

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A pessoa em condição de fragilidade física:
contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação
- Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de enfermagem de reabilitação

Autor

Ana Isilda Torres Martins Santos

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

A pessoa em condição de fragilidade física:

contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

- Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de reabilitação

The person in a condition of physical frailty:

contribution from the nurse specialist in rehabilitation nursing

- Project to develop specialized clinical skills in the area of rehabilitation nursing

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
Professor Adjunto, Doutor

Maria Narcisa da Costa Gonçalves
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Ana Isilda Torres Martins Santos

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Neste contexto, este relatório decorre de um projeto individual, elaborado no módulo I, e resulta de um processo de formação avançada em enfermagem de reabilitação, que deriva de uma aprendizagem de cariz reflexivo, nos diferentes contextos clínicos onde decorreram os estágios.

Essencialmente, este relatório visa demonstrar a transferência de conhecimentos e o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ao longo dos estágios, em diferentes contextos clínicos. Não obstante, em consonância com o definido no projeto de estágio, optou-se pelo investimento na temática da fragilidade física, por forma a demonstrar o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa idosa frágil, particularmente no âmbito dos domínios da força muscular e do andar.

O investimento na fragilidade física visa acompanhar as alterações dos perfis epidemiológicos e sociodemográficos da sociedade atual, que refletem o aumento da esperança média de vida, da população idosa e da prevalência das doenças de evolução prolongada. Pesa embora a longevidade em algumas pessoas não comprometa a sua condição de saúde, para outras motiva o desenvolvimento de um estado de baixa reserva fisiológica, tornando-as vulneráveis a resultados clínicos adversos e, portanto, frágeis.

Assim, neste relatório, numa primeira fase, são caracterizados os contextos clínicos onde decorreram os estágios. Posteriormente, são apresentados dois estudos de caso que visam demonstrar a conceção de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa idosa em condição de fragilidade física internada em contexto hospitalar, tendo por base a ontologia de enfermagem. Em seguida, é feita a explanação do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e, no âmbito destas últimas, é abordado o contributo perante a pessoa idosa em condição de fragilidade física internada em contexto hospitalar. Esse contributo ficou sistematizado num programa de enfermagem de reabilitação. Por último, é efetuada a síntese final do relatório.

Palavras chave: Enfermagem em Reabilitação; Idoso Fragilizado; Fragilidade Física; Força Muscular; Andar.

ABSTRACT

This report was conducted within the scope of the curricular unit “Professional Internship with Report – Module II”, of the study plan of the master’s course in Rehabilitation Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

In this context, this report results from an individual project, prepared in module I. It represents the outcomes of an advanced training experience in rehabilitation nursing, which derives from reflective learning gained across diverse clinical settings during the internships.

The primary objective of this report is to showcase the knowledge transfer and the acquisition of general and specialized skills in rehabilitation nursing by specialist nurses through their participation in internships across various clinical settings. Thus, in line with what was defined in the internship project, the decision was made to focus on physical frailty. This choice aimed to illustrate the role of specialized rehabilitation nurses in supporting frail elderly individuals, specifically in improving muscular strength and walking abilities.

The focus on physical frailty seeks to monitor changes in today's society's epidemiological and socio-demographic profiles. These changes are reflected in a rising life expectancy, a growing elderly population, and an increased prevalence of chronic diseases. While longevity may not affect health in some individuals, for others, it can lead to diminished physiological reserves, making them vulnerable to adverse clinical outcomes and thus susceptible to frailty.

Therefore, this report is structured into several phases. Firstly, the clinical contexts of the internships are characterized. Following this, two case studies are presented to illustrate the care approach taken by specialized rehabilitation nurses towards elderly individuals experiencing physical frailty in a hospital setting, based on nursing ontology. Subsequently, the development of the common and specific competencies of the nurse specialist in rehabilitation nursing is explained and, within the scope of the latter, their impact on elderly patients with physical frailty in a hospital setting. This contribution was systematized in a rehabilitation nursing program. Finally, the report concludes with a summary of the key findings and insights.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Frail Elderly, Physical Fragility, Muscle Strength, Gait.

ABREVIATURAS

ABCD² – Escala de predição do risco de acidente vascular cerebral após acidente isquémico transitório

AHA/ASA – American Heart Association/American Stroke Association

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AngioTC – Angiotomografia computadorizada

ASIA – American Spinal Injury Association

ATP - Adenosina trifosfato

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de vida diária

CAT – COPD Assessment Test

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro especialista

EBRSR - Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EQ-5D – EuroQol-5D

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESO – European Stroke Organisation

EMBARC - European Multicentre Bronchiectasis Audit and Research Collaboration

FADA – Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado

FOCUS – Frailty Management Optimisation through EIP-AHA Commitments and Utilisation of Stakeholders Input

FOIS – Functional Oral Intake Scale

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease

GUSS – Gugging Swallowing Test

HADS - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

HDL - High Density Lipoproteins

IDDSI - International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

INE - Instituto Nacional de Estatística

INR - Razão internacional normalizada

LCFS - Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale

LDL - Low Density Lipoproteins

LMERT - Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho

MIF - Medida de Independência Funcional

mMRC - Modified Medical Research Council Scale

MMSE - Mini Mental State Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

MRC - Medical Research Council

MID - Membro inferior direito

MIE - Membro inferior esquerdo

MS - Membros superiores

MSD - Membro superior direito

MSE - Membro superior esquerdo

NSCA - National Strength and Conditioning Association

NIHHS - National Institutes of Health Stroke Scale

NYHA - New York Heart Association

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

POST-NIHSS - Posterior National Institutes of Health Stroke Scale

RM CE - Ressonância magnética crânio-encefálica

1RM - Teste de uma repetição máxima

SGRQ - St. George's Respiratory Questionnaire

TC CE - Tomografia computadorizada crânio-encefálica

TUG - Timed up and go

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. ESTUDO DE CASO_1	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	52
3.3. Medicação	53
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	53
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	54
3.5. Domínios	55
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	56
3.6. Conceção de Cuidados	63
3.7. Especificação das intervenções	109
3.8. Síntese relativa ao caso	123
4. ESTUDO DE CASO_2	127
4.1. Enquadramento teórico	127
4.2. Clientes	130
4.3. Medicação	131
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	131
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	131
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	131
4.5. Domínios	132
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	133
4.6. Conceção de Cuidados	134
4.7. Especificação das intervenções	169
4.8. Síntese relativa ao caso	177
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	181
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	205
7. BIBLIOGRAFIA	209
ANEXOS	223

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Índice de figuras

Figura 1: Fases do ciclo da marcha.....	35
Figura 2: Genograma da família da Srª MRMR.....	47
Figura 3: Ecomapa da família da Srª MRMR.....	47
Figura 4: Genograma da família da Srª VCMT.....	125
Figura 5: Ecomapa da família da Srª VCMT.....	126
Figura 6: PRISMA expondo as fases da scoping review.....	197

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Esta unidade curricular visou a concretização de um projeto individual, elaborado no módulo I, de desenvolvimento de competências, num quadro de transferência de conhecimentos e desenvolvimento de competências inerentes ao processo de formação avançada do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Este relatório resulta da aprendizagem de cariz reflexivo decorrente deste processo, onde é colocada em evidência a relevância das competências clínicas diferenciadas e avançadas adquiridas ao longo desta unidade curricular.

No âmbito do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ESEP, 2023), a unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II” serviu ainda os seguintes objetivos:

- I) Expandir e consolidar a consciência profissional sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER);
- II) Aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados;
- III) Expandir competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, numa lógica de promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais;
- IV) Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- V) Consolidar a capacidade de suportar e incorporar na prática clínica a melhor evidência disponível;
- VI) Aprofundar e consolidar competências clínicas diferenciadas e avançadas, face a necessidades (complexas) em cuidados.

O ciclo de estudo que conduz à aquisição do grau de mestre em enfermagem de reabilitação prevê a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019) e das competências específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019). Este processo de desenvolvimento profissional especializado deve ter por base o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Este instrumento é um referencial para a reflexão e promoção da melhoria contínua da prática especializada, facilitando a gestão da qualidade dos cuidados e a tomada de decisão clínica dos EEER.

Posto isto, com consciência dos conceitos centrais e conexos à enfermagem de reabilitação, dos

modelos e teorias da disciplina alicerçados nos conhecimentos científicos e instrumentos reguladores da profissão, procurou-se desenvolver um exercício profissional intencional e especializado.

No âmbito do projeto individual, a opção pelo investimento na temática da fragilidade teve em consideração o core dos cuidados em enfermagem de reabilitação e as mudanças socioculturais, económicas, políticas e, essencialmente, os perfis epidemiológicos e demográficos da sociedade atual (Silva et al. 2019). Considerando a tendência para o aumento da esperança média de vida, acompanhado pelo aumento da população idosa, com previsível prevalência das doenças de evolução prolongada e agravamento do índice de dependência de pessoas idosas, torna-se evidente a necessidade de cuidados em enfermagem de reabilitação (Regulamento 350/2015).

O aumento da longevidade reflete a melhoria das políticas sociais e de saúde, no entanto, também coloca novos desafios aos profissionais, e particularmente aos EEER, no sentido de promover o potencial de saúde e a capacidade funcional das pessoas idosas (Faria et al., 2022). Embora algumas pessoas idosas permaneçam relativamente saudáveis e resilientes ao longo do processo de envelhecimento, outras tornam-se frágeis, sendo necessário implementar estratégias e programas que previnam a progressão da fragilidade.

A fragilidade acarreta consequências não só para as pessoas idosas, como também para os cuidadores, sistema de saúde e sociedade (Faria et al. 2022). Caracteriza-se como sendo um estado de baixa reserva fisiológica, relacionada à idade, que traduz um risco aumentado a resultados clínicos adversos (Zhang et al. 2021). Através de uma abordagem multidimensional da fragilidade, considera-se que fatores de índole física, psicológica e social podem aumentar a vulnerabilidade da pessoa idosa (Gobbens et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2020) recomenda uma abordagem holística nos cuidados de saúde à pessoa idosa frágil, na medida em que os seus determinantes podem ser de natureza pessoal, ambiental, sociocultural. Os fatores de risco que concorrem para a condição de fragilidade podem desencadear alterações físicas, psicológicas e sociais, e consequentemente, efeitos adversos, tais como quedas, hospitalizações, dependência.

Durante o módulo II, além da resposta às necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação que emergiram da transição de saúde/doença, no sentido de promover um envelhecimento saudável, esteve prevista uma abordagem holística, atuando nos determinantes modificáveis do curso da vida, através de intervenções de saúde específicas que previnem, adiam ou mesmo reverterem o fenómeno da fragilidade. Porém, tendo em consideração os diferentes contextos clínicos e o reduzido período de estágio previsto neles, para este relatório foi selecionada a problemática da fragilidade física, tendo por referencial o modelo da fragilidade fenotípica de Fried e colaboradores (2001).

Os marcadores fenotípicos propostos por Fried et al. (2001) definem a fragilidade como fraqueza global com diminuição da força muscular, diminuição da mobilidade, fadiga, diminuição da atividade física e perda de peso não intencional. Portanto, os domínios da força muscular e do andar são áreas de intervenção do EEER que, na perspectiva do modelo supracitado, concorrem para a condição de fragilidade.

As melhores intervenções para lidar com a fragilidade entre as pessoas idosas internadas em contexto hospitalar ainda não foram totalmente definidas (Zhang et al. 2021). Contudo, no campo da fragilidade física, de acordo com a perspectiva fenotípica, acredita-se que intervenções terapêuticas nos domínios da força muscular e do andar, previnem, retardam e minimizam o impacto e consequências da fragilidade. Assim, no âmbito do desenvolvimento das competências específicas do EEER, vigora-se a justificação e a pertinência em aprofundar esta temática.

O presente relatório foi elaborado na plataforma educacional e4Nursing. Aprovada pela Ordem dos Enfermeiros em 2020, a e4Nursing apresenta uma arquitetura assente nas fases do processo de enfermagem, de acordo com Ontologia de Enfermagem. Esta plataforma orienta a conceção de cuidados de enfermagem, promovendo o desenvolvimento do processo de tomada de decisão clínica.

Assim, tendo em consideração a estrutura da plataforma, na primeira parte do relatório, sem elementos que possam identificar as instituições envolvidas, são genericamente caracterizados os contextos clínicos onde decorreram os estágios. No âmbito hospitalar (neurológico, cardiorrespiratório, ortopédico, pediátrico), em Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Unidade de Cuidados de Convalescença, os contextos clínicos são descritos em termos de recursos físicos e humanos, método de organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação e projetos de melhoria contínua da qualidade.

Na segunda parte do relatório, apresentam-se os estudos de caso que, contemplando a ontologia em enfermagem e suportados pela melhor evidência científica, sustentam os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, ancorados pelos referenciais teóricos das transições e do autocuidado.

A terceira parte, Contributos para o Desenvolvimento de Competências, visa explanar o desenvolvimento das competências comuns e especializadas que resulta do percurso de formação avançada, por meio de uma prática reflexiva.

Para terminar, e olhando para os desafios e oportunidades deste percurso, o último capítulo expõe a síntese final do relatório.

No anexo 1 encontra-se o programa de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa em condição de fragilidade física internada em contexto hospitalar, elaborado tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada. A sua representação esquemática é efetuada no anexo 2.

Acredita-se que este relatório, embora longe de esgotar os conteúdos relevantes desta área de especialização, espelha um processo de formação avançado que promove o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e a experiência prática adquirida, particularmente considerando a pessoa idosa em condição de fragilidade física internada em contexto hospitalar.

Este documento foi redigido conforme o guia de orientações para a elaboração do relatório de estágio da UC “Estágio de natureza Profissional com Relatório - Módulo II” e as normas de elaboração de trabalhos ESEP - Guia de trabalhos 2021.

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

Os estágios decorreram em unidades de saúde do norte do país, no âmbito das componentes cardiorrespiratória (18/09/2023 – 29/09/2023), musculoesquelética (02/10/2023 – 18/10/2023), neurológica (19/10/2023 – 16/11/2023), comunidade – Equipa de Cuidados Continuados Integrados (17/11/2023 – 07/12/2023), convalescença (11/12/2023 – 19/12/2023) e pediatria (08/01/2024 – 12/01/2024). Exceto neste último, em todos os outros contextos, o perfil de doentes são adultos que estão a vivenciar uma transição saúde/doença, em particular pessoas idosas especialmente vulneráveis. Esta realidade traduz a versatilidade da temática da fragilidade.

A componente cardiorrespiratória decorreu numa Unidade de Reabilitação Respiratória. A equipa é composta por EEER que exercem funções, tanto em contexto ambulatorial, como de internamento, mais concretamente no serviço de Pneumologia desse hospital. O horário de funcionamento da unidade é das 08H00 às 16H00, com seis a sete EEER no turno, de segunda à sexta-feira. No serviço de Pneumologia está destacado um EEER todos os dias, no turno da manhã. Os doentes com patologia respiratória do tipo obstrutiva, restritiva ou mista são referenciados para esta unidade pelo pneumologista/fisiatra e integram um protocolo de tratamento designado por I, II ou III.

O protocolo I é regido pela orientação da Direção-Geral da Saúde nº 014/2019 de 07/08/2019, incorpora um módulo de treino de exercício estruturado e supervisionado e um módulo de educação e de apoio psicossocial. As sessões de treino de exercício são operacionalizadas num ginásio que dispõe de quatro boxes equipadas com máquinas de musculação, pesos livres, passadeira ou bicicleta estática, marquesa, cadeira e espelho quadriculado. Neste módulo de treino está assegurada a monitorização da pressão arterial, da frequência cardíaca, da oximetria de pulso, a perceção subjetiva de esforço (avaliada com recurso à Escala de Borg Modificada) e, caso se justifique, o controlo da atividade elétrica cardíaca, para a deteção de arritmias ou indicadores de isquemia. Para segurança destes utentes, antes da admissão a este programa, todos realizam prova de esforço máxima ou prova de marcha de seis minutos. Este protocolo engloba treino de exercício aeróbio, de força muscular (dos principais grupos musculares dos membros superiores e inferiores) e de flexibilidade, com duração mínima de oito semanas, pelo que habitualmente compreende vinte sessões, sendo que 2 a 3 sessões por semana são supervisionadas.

O módulo educacional e de apoio psicossocial compreende oito sessões em grupo, com duração de aproximadamente 60 minutos, realizadas por EEER, pneumologistas e nutricionistas. Os

temas abordados visam a gestão no dia-a-dia da doença respiratória e a adaptação funcional da pessoa, remetendo para a fisiopatologia respiratória, identificação e gestão de exacerbações, controlo ventilatório, técnicas de relaxamento, técnicas de conservação de energia, adaptação do exercício no domicílio, nutrição e técnica inalatória.

A sessões são realizadas numa sala com equipamento audiovisual (projetor e computador), são utilizados materiais específicos, como por exemplo os inaladores (para demonstração e instrução da técnica inalatória), panfletos informativos, entre outros.

Relativamente ao protocolo III, este é dirigido a outra tipologia de doentes, em que o foco está na reabilitação respiratória, concretamente no âmbito da ventilação e da limpeza das vias aéreas. No decorrer do estágio verificou-se que parte significativa destes doentes eram de pré ou pós-operatório e tinham patologia respiratória do tipo restritivo. Já o protocolo II é um intermédio de ambos, compreende tanto reabilitação respiratória, como treino de fortalecimento muscular.

Neste âmbito, existe uma sala de reabilitação preparada com quatro unidades, sendo que uma encontra-se estruturalmente mais afastada, pelo que habitualmente é utilizada em caso de isolamento de contato ou gotícula. Cada unidade tem uma maca, cadeira, almofadas/rolos de posicionamento, sacos de areia e um bastão. Nesta secção existe um espelho quadriculado, folhetos informativos, cicloergómetro e dispositivos específicos para otimização da ventilação (como inspirómetros de incentivo de volume e fluxo) e para limpeza das vias aéreas (como flutter, shaker, aerobika). Em caso de necessidade podem ser deslocados materiais do ginásio, tais como pesos livres, perneiras ou faixas elásticas, cronómetros e podómetros.

A Unidade de Reabilitação Respiratória estruturalmente dispõe de escadas internas e de uma varanda coberta, espaço este desimpedido e útil, por exemplo, para instrução/treino de estratégias de conservação de energia. Ainda existem outros equipamentos, tais como rampas de oxigénio, oxímetros, esfigmomanómetros, cardiofrequencímetros, carro de emergência e, obviamente, equipamentos de proteção individual. O espaço é arejado e entre cada atendimento é realizada a limpeza da respetiva unidade pela assistente operacional. Os registos de enfermagem são efetuados em documentos homologados e no SClínico. A alta dos doentes com patologia respiratória do tipo restritivo é decidida pelo pneumologista, nos outros casos, é o EEER que faz o seu planeamento. O acompanhamento após a alta é realizado, por via telefónica, pelos EEER, num período de até um ano.

O trabalho desenvolvido pelos EEER desta unidade visa atenuar os efeitos físicos psicológicos, sociais e económicos da pessoa com doença pulmonar, melhorando a sua funcionalidade, diminuindo a frequência das exacerbações, favorecendo, deste modo, a sua qualidade de vida. Para além do plano de treino físico, promove-se o desenvolvimento de estratégias de autogestão da doença, através da cessação tabágica, da adesão ao regime terapêutico (por exemplo, a técnica inalatória), ao desenvolvimento de comportamentos adaptativos e o

tratamento precoce de exacerbações.

O estágio da componente musculoesquelética decorreu num serviço de ortopedia que se destina ao internamento de doentes com cirurgia eletiva (habitualmente da anca, joelho ou coluna) e doentes do foro ortotraumatológico, provenientes do serviço de urgência. Trata-se de um serviço com vinte e seis camas, no entanto, em situações definidas no plano de contingência da instituição, pontualmente mostra-se forçoso o internamento em corredor. No decorrer do estágio, o número máximo de doentes internados no turno foi de vinte e nove. Está destacado um EEER doze horas por dia (ou seja, das 08H00 às 20H00), todos os dias da semana. Esta equipa é composta por três EEER, que também exercem funções como enfermeiros generalistas, em determinados turnos, de acordo com o horário e plano de trabalho definidos.

Neste serviço, quase a totalidade dos doentes têm necessidades de cuidados sensíveis à intervenção do EEER, o que torna mais exigente e complexa a organização dos cuidados. Após a passagem de turno, que é realizada junto à cama do doente, é definida a priorização dos cuidados. Para esta seleção pesam determinados fatores, como a condição clínico-funcional da pessoa, o dia de pós-operatório ou de internamento, a necessidade de cuidados diferenciados, a determinação e complexidade de planeamento da alta, a presença ou ausência de prestador de cuidados, bem como a preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado.

As enfermarias do serviço são compostas por quatro unidades/camas, necessariamente conferindo um espaço pouco amplo e desimpedido, com limitada privacidade visual e acústica. O corredor do serviço tem cerca de 30 metros, dispõe de um corrimão lateral, é largo, contudo o desenvolvimento de determinadas atividades, no âmbito das intervenções implementadas, deve acautelar a presença de internamentos em corredor. Existem escadas interiores, também com corrimão lateral, com vários lanços de escadas e plataformas de descanso. Cada enfermaria possui um WC e uma casa de banho (separados) e o serviço estruturalmente detém uma instalação de banho assistido.

No que concerne a recursos materiais, o serviço dispõe de ajudas técnicas/produtos de apoio, como auxiliares de marcha (canadianas, andarilhos, tripés, cadeiras de rodas e sara stedy), materiais de apoio nas transferências (discos e tábuas de transferência), auxiliares para tratamento e treino (pesos livres, perneiras, cicloergómetro, faixas elásticas, skate, bola medicinal, bola terapêutica, tábua de Freeman e máquina de fazer gelo), ajudas para cuidados pessoais e de apoio (camas articuladas, pendural/trapézio de fixação na cama, cadeiras de banho, barras de apoio, almofadas/rolos para posicionamento, almofadas de assento anti-escaras, apoio de pés para utilizar durante a permanência no cadeirão/cadeira, alteador de sanita e tabuleiro em acrílico para aplicação em cadeirão/cadeira de rodas) e ortóteses (colete Jewett, colar cervical, dispositivo para imobilização da coluna tipo pano e varas, dispositivo de imobilização de ombro tipo Jerdy, triângulo abdutor, tala de DePuy e artromotor).

Os registos de enfermagem de reabilitação são realizados no SClínico e a passagem de informação entre os EEER, essencial para a promoção da continuidade de cuidados, é documentada em folha de passagem de turno.

Também está implementada, pelos EEER deste serviço, a consulta pré-operatória da artroplastia da anca e do joelho. Habitualmente, é realizada uma vez por semana, em grupo, tem duração aproximada de 60 minutos, numa sala com equipamento audiovisual para o efeito (projetor e computador), sendo utilizados materiais específicos, como panfletos informativos, para complementar a informação transmitida. Nesta consulta é, em primeiro lugar, efetuada uma avaliação inicial da pessoa, através de entrevista e do exame físico. Posteriormente, são fornecidas informações sobre o processo de reabilitação pós-cirúrgico (tendo em consideração o protocolo da instituição), prevenção de complicações (de acordo com a abordagem cirúrgica), estratégias e equipamentos adaptativos para a concretização dos autocuidados, prevenção de quedas, material/roupa aconselhados e são ainda instruídos exercícios músculo-articulares, que podem ser executados pela pessoa antes e após a cirurgia.

Como projeto de melhoria contínua da qualidade está implementado no serviço/instituição um programa digital de enfermagem de reabilitação. O referido programa é destinado a pessoas que irão ser submetidas a artroplastia do joelho e aos seus cuidadores. Visa o acompanhamento, monitorização e comunicação com estas pessoas (por via de uma aplicação móvel), logo após a consulta de enfermagem de reabilitação pré-operatória, permitindo-lhes aceder, em qualquer lugar, a um conjunto de informações úteis e a planos de exercício diários. Esta aplicação possibilita a monitorização e acompanhamento em tempo real da pessoa, sendo uma via facilitadora da comunicação com a equipa de enfermagem. O programa está dividido em três fases: antes da cirurgia, no internamento e no regresso a casa.

A componente neurológica decorreu numa Unidade de AVC/Unidade Funcional, que se destina ao internamento de doentes agudos e subagudos com acidente vascular cerebral e internamento de medicina (essencialmente canalizada para doentes com patologia neurológica). Trata-se de uma unidade nível C (local ou básica), portanto menos diferenciada, não realiza fibrinólise, funcionando em articulação com outros hospitais, recebendo os doentes daí transferidos, após a fase aguda. À semelhança do serviço de ortopedia, trata-se de um serviço com vinte e seis camas, no entanto, pontualmente mostra-se forçoso o internamento em corredor. No decorrer do estágio, o número máximo de doentes internados no turno foi trinta. Está destacado um EEER sete horas por dia (ou seja, das 08H00 às 15H00), todos os dias da semana. Esta equipa é composta por três EEER, que também exercem funções como enfermeiros generalistas, em determinados turnos, de acordo com o horário e plano de trabalho definidos.

Também neste serviço, quase a totalidade dos doentes tem necessidade de cuidados sensíveis à intervenção do EEER. A sua seleção para a organização e priorização dos cuidados é realizada

após a passagem de turno (na unidade de agudos é efetuada junto à cama do doente, nas restantes enfermarias é realizada em sala). Para esta seleção pesam determinados fatores, entre eles a condição clínico-funcional da pessoa, o processo de continuidade de cuidados (tendo em conta o potencial de recuperação e as especificidades do doente com problema neurológico), o dia de internamento e atitudes terapêuticas prescritas. Para a organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação também recai a necessidade de desenvolver atividades diagnósticas diferenciadas e respetivas prescrições. A complexidade do planeamento da alta, a presença ou ausência de prestador de cuidados, bem como a preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado, também são aspetos que inferem neste processo. Neste serviço, tendo em conta a existência de um maior número de profissionais de outras áreas também dedicados à reabilitação (fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais), para a seleção dos doentes, também se procura uma articulação com a equipa multidisciplinar.

A Unidade de AVC compreende quatro camas/unidades, com monitor de sinais vitais e sistema de telemetria cardíaca. As enfermarias de subagudos são duas, dispondo de oito camas/unidades.

No que concerne a recursos materiais, o serviço dispõe de auxiliares de marcha (canadianas, andarilhos, tripés, cadeiras de rodas), materiais de apoio nas transferências (discos e tábuas de transferência), auxiliares para tratamento e treino (pesos livres, perneiras, cicloergómetro, faixas elásticas, bola sensitiva, bola terapêutica, tábua de Freeman, disco sensitivo, espelho quadriculado, espelho para reabilitação do membro superior, jogos de estimulação cognitiva, jogos de estimulação da motricidade fina, tapete para treino de equilíbrio e degrau), ajudas para cuidados pessoais e de apoio (camas articuladas, pendural/trapézio de fixação na cama, cadeiras de banho, barras de apoio, almofadas/rolos para posicionamento, almofadas de assento anti-escaras, apoio de pés para utilizar durante a permanência no cadeirão/cadeira, tabuleiro em acrílico para aplicação em cadeirão/cadeira de rodas, colher adaptada, rebordo do prato e copo recortado). Não estão disponíveis ortóteses nem outros dispositivos para tratamento e treino, como talas oroinsufláveis ou bladder scan (particularmente importante também no serviço de ortopedia anteriormente descrito, tendo em conta a prevalência de doentes com patologia da coluna).

Os registos de enfermagem de reabilitação também são realizados no SClínico e a passagem de informação entre os EEER, essencial para a promoção da continuidade de cuidados, é documentada na folha de passagem de turno do serviço.

Na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, os EEER cumprem o horário da manhã, isto é, das 08H00 às 15H00, ou da tarde, das 13H00 às 20H00. A equipa onde decorreu o estágio é composta por três EEER e a tipologia de doentes engloba qualquer pessoa que, independente da sua idade, apresente perda de autonomia/independência, que requeira intervenções

terapêuticas. Neste âmbito, são prestados cuidados de enfermagem de reabilitação em ambiente domiciliário, numa perspetiva de reabilitação e/ou satisfação das necessidades da pessoa dependente no autocuidado, contribuindo também para a capacitação do familiar cuidador na prestação dos cuidados.

Durante o estágio, os EEER tinham em média cinco a seis doentes, assumindo-se como gestores de caso dos mesmos. Os doentes têm patologias de diversas tipologias (foro cardiorrespiratório, musculoesquelético e/ou neurológico). A planificação dos cuidados é realizada de acordo com as necessidades detetadas, através de visitas programadas e regulares. Semanalmente, decorrem reuniões para discussão do plano de intervenção traçado para cada doente, em articulação com a equipa multidisciplinar, empregando os recursos materiais e da comunidade disponíveis.

No que concerne a recursos materiais, o serviço dispõe de alguns produtos de apoio, porém, no que toca a auxiliares para tratamento e treino, frequentemente são feitas adaptações no domicílio para a concretização das atividades terapêuticas, recorrendo, por exemplo, a garrafas de água, sacos de arroz/sal, feijões, molas da roupa, panos/toalhas, plasticina, paus de vassoura, rolos de cartão e outros objetos do quotidiano para os mais diversos fins criativos. De realçar que o serviço dispõe de auxiliares de marcha (canadianas, andarilhos, tripés, cadeiras de rodas), auxiliares para tratamento e treino (pesos livres, perneiras, cicloergómetro, faixas elásticas), ajudas para cuidados pessoais e de apoio (camas articuladas, pendural/trapézio de fixação na cama) e outros dispositivos médicos (como material para tratamento de feridas, esfigmomanómetros, cardiófrequencímetros, entre outros). Os registos de enfermagem de reabilitação são efetuados no SClínico e na plataforma do Gestcare.

O estágio da Unidade de Convalescença decorreu na Unidade de Cuidados Continuados de um hospital privado. Nesta unidade, o EEER, para além de executar funções no âmbito das suas competências específicas, é simultaneamente o enfermeiro gestor da unidade. Em regime de prestação de serviços, uma a duas vezes por semana, das 08H00 às 17H00, colabora com a instituição outro EEER, que dá apoio tanto à Unidade de Convalescença, como à Unidade de Média Duração e Reabilitação.

Trata-se de um serviço com vinte camas, com quartos individuais e duplos, com casas de banho próprias, ginásio exclusivo para a Medicina Física e Reabilitação e sala de Terapia Ocupacional e Terapia da Fala. A atuação do EEER distingue-se por ser transversal à dinâmica de um ambiente que se pretende o mais familiar possível, através do acompanhamento da pessoa nas suas atividades de vida diária. Portanto, a atuação do EEER não está circunscrita a uma sala, dado que a assistência prestada é adaptada às necessidades da pessoa com dependência no autocuidado, pelo que os recursos físicos, tanto são a unidade do doente, como a sua casa de banho, o refeitório, os corredores, as escadas, entre outros.

A tipologia de doentes compreende tanto o foro cardiorrespiratório, como musculoesquelético e neurológico. A planificação dos cuidados é realizada através da identificação das necessidades

de intervenção especializadas percebidas como prioritárias no domínio da enfermagem de reabilitação. Por outro lado, outro ponto prioritário desta planificação é a gestão dos cuidados de enfermagem, através da otimização da resposta da equipa, orientando e supervisionando as tarefas a delegar. Tendo em conta o cargo de liderança do EEER, as competências da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, bem como o desenvolvimento das aprendizagens pessoais, assumem particular importância e responsabilidade neste contexto.

No que concerne a recursos materiais, o serviço dispõe de ajudas técnicas/produtos de apoio, como auxiliares de marcha (canadianas, andarilhos, tripés, cadeiras de rodas), materiais de apoio nas transferências (discos e tábuas de transferência), auxiliares para tratamento e treino (pesos livres, perneiras, cicloergómetro, faixas elásticas, bola sensitiva, bola terapêutica e materiais para treino da motricidade fina), ajudas para cuidados pessoais e de apoio (camas articuladas, pendural/trapézio de fixação na cama, cadeiras de banho, barras de apoio, almofadas/rolos para posicionamento, colher adaptada, rebordo do prato e copo recortado). Neste contexto, também não estão disponíveis ortóteses nem outros dispositivos para tratamento e treino, como talas oroinsufláveis ou bladder scan.

Ainda no mesmo contexto clínico, o projeto de visita domiciliária visa a melhoria contínua da qualidade e dá resposta a um outro projeto mais amplo relativo à preparação da alta para integração da pessoa no domicílio. A visita domiciliária está prevista em situações que o EEER considere oportuno, no sentido de promover o regresso da pessoa ao seu meio familiar com segurança, através da identificação das barreiras arquitetónicas, propondo as respetivas alterações, adequando os produtos de apoio necessários às características do domicílio. Desta forma, o EEER avalia as condições reais do ambiente da pessoa, ajudando-a a ultrapassar dúvidas, incertezas e dificuldades.

O estágio que se seguiu decorreu num serviço de neonatologia. Trata-se de um serviço com quatro vagas de cuidados intensivos e oito de cuidados intermédios neonatais. Nesta unidade, os recém-nascidos encontram-se em incubadoras fechadas ou em berços, sob monitorização contínua não invasiva e, recentemente, centralizada.

O serviço dispõe de material para suporte ventilatório avançado, suporte ventilatório não invasivo, incubadora de transporte e diferentes dispositivos médicos de nutrição (parentérica e entérica), para colocação de cateteres, algaliação, gasimetria, entre outros.

É constante a preocupação com a manutenção rigorosa da assepsia, da promoção da visita e capacitação do pai/mãe, do aleitamento materno (iniciado o mais precocemente) e do contato pele a pele, através do método Canguru.

Neste serviço existe um EEER que exerce funções ao nível da reabilitação pediátrica, com intervenções em contexto neonatal, através da estimulação neurológica, sensorial, motora e

cardiorrespiratória. Por outro lado, é igualmente importante o papel do EEER na capacitação do pai/mãe e da equipa. O plano de trabalho do serviço prevê que fiquem adstritos aos cuidados do EEER os doentes de dois grandes grupos: recém-nascidos com patologia respiratória aguda ou crónica (taquipneia transitória do recém-nascido, pneumotórax, doença da membrana hialina, broncodisplasia, atelectasias) e recém-nascidos com necessidades de intervenção a nível sensoriomotor.

No âmbito de um projeto centrado nos afetos, o EEER (na medida em que é também instrutor certificado) está ainda responsável pelo Curso de Massagem Infantil, efetuado segundo o protocolo da Associação Portuguesa de Massagem Infantil. O curso decorre em formato online, uma vez por semana, durante quatro semanas e é gratuito. Além dos conhecimentos e habilidades transmitidas através do curso, esta é uma oportunidade para acompanhamento após a alta do bebé e do pai/mãe, com intervenção muito vantajosa para quem o frequenta. No dia do curso, o EEER está extranumerário, pelo que planeia a sua intervenção de acordo com as necessidades de cuidados que identifica.

3. ESTUDO DE CASO_1

Mulher com 71 anos que teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico em território da Artéria Cerebral Média Esquerda, provocando Enfarte Isquémico Talâmico Esquerdo, sem efeito de massa regional, a 26 de outubro de 2023. Encontra-se internada na enfermaria de subagudos da Unidade de AVC.

3.1. Enquadramento teórico

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação perante a pessoa em condição de fragilidade

A enfermagem de reabilitação compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, os quais integram as competências comuns dos EE e as competências específicas dos EEER. A aquisição destas competências resulta de um percurso de formação avançada que envolve a aquisição, o desenvolvimento e a aplicação de tais conhecimentos e técnicas em contextos clínicos por meio de uma prática reflexiva.

A metodologia científica do processo de enfermagem aplicada à identificação de necessidades, ao diagnóstico de problemas, com intervenção e posterior avaliação de resultados, deve ter em conta a evidência científica e os modelos conceituais do autocuidado e das transições, no sentido de garantir os padrões de qualidade especializados em enfermagem de reabilitação (Regulamento nº 350/2015).

Tendo em conta a especificidade do exercício profissional em enfermagem de reabilitação, revela-se particularmente estruturante para o alvo de intervenção do EEER – a pessoa com necessidades especiais no contexto em que encontra – a sua readaptação/reeducação funcional e promoção da inclusão social.

A intervenção clínica do EEER deve dar resposta às necessidades concretas da população e às novas exigências de cuidados. Esta premissa, tendo em conta as tendências atuais do aumento da população idosa portuguesa e o seu índice de dependência, associado ao aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada, alude à temática da fragilidade.

O Portal de Estatísticas Oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE) divulga os Resultados

Definitivos dos Sensos 2021, apontando como uma das principais tendências ocorridas em Portugal na última década, o agravamento do fenómeno de envelhecimento da população, com o aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem (INE, 2022). Ainda segundo este portal, no âmbito das tábuas de mortalidade para Portugal (2019-2021), verifica-se que a esperança média de vida à nascença é de 80,72 anos e de 19,35 anos aos 65 anos. No espaço de uma década, verificou-se um aumento de 14,0 meses de vida para o total da população (INE, 2022).

O EEER tem um papel fundamental no diagnóstico precoce das necessidades de saúde das pessoas idosas e na conceção e implementação de planos e programas que maximizem as suas capacidades funcionais, no âmbito do processo de transição desenvolvimental, prevenindo complicações, promovendo a participação social, de forma a cooperar com as estruturas da comunidade na promoção da inclusão.

Em virtude das alterações sociodemográficas verificadas nas últimas décadas, no livro “Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados”, Lopes (2021) afirma que é inevitável a alteração dos modelos de cuidados de forma a manter a continuidade de resposta exigida, tendo em conta as necessidades de cuidados das pessoas, considerando as suas atuais características, mas também o contexto social e económico em que vivem.

Este aumento da longevidade coloca desafios ao planeamento e prestação de cuidados de saúde, devido à maior prevalência de doenças crónicas e das condições clínicas específicas da velhice. No entanto, ainda que não exista processo patológico, o envelhecimento tende a ser encarado como um problema e não como um processo natural (Rebelo, 2019).

Ao longo do processo natural do envelhecimento, algumas pessoas permanecem relativamente saudáveis e resilientes, por outro lado, outras tornam-se frágeis e, portanto, mais vulneráveis a eventos stressores internos e/ou externos e, assim, com maior risco de ocorrência de eventos adversos. O envelhecimento não leva inevitavelmente à fragilidade, contudo com o avançar da idade este processo tende a ser prevalente (Faria, 2022).

A fragilidade é um conceito relativamente novo e retrata uma condição predominantemente associada à população envelhecida. Existem diferentes modelos e conceitos que a definem, alguns com uma perspetiva predominantemente centrada no domínio físico, outros acrescentam a este os domínios psicológico e social, incorporando, portanto, um modelo multidimensional, como o Modelo Integral proposto por Gobbens e colaboradores (2010).

Esta síndrome geriátrica tem gerado interesse na comunidade científica nos últimos anos, pelas consequências que acarreta para os idosos e seus familiares cuidadores, mas também pelas consequências nos sistemas de saúde e na sociedade. Apesar da ausência de um consenso absoluto acerca da definição, modelo e instrumento de avaliação a utilizar, é possível definir fragilidade como um estado clinicamente reconhecível de maior vulnerabilidade, por via da

perda da reserva funcional, comprometendo a capacidade de fazer face a eventos stressores, com maior risco à ocorrência de eventos adversos (Gobbens et al., 2010).

Para Gobbens et al. (2010) a fragilidade é um estado dinâmico que afeta um indivíduo que experimenta perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico, social), por via da influência de múltiplas variáveis, o que aumenta o risco de eventos adversos, tais como quedas, fraturas, hospitalizações, complicações pós-operatórias, institucionalizações e até morte. Trata-se de um estado de vulnerabilidade a desfechos adversos que podem ter impacto na saúde e na qualidade de vida das pessoas frágeis. “Tornar-se frágil” é, portanto, um processo insidioso e silencioso, que importa prevenir.

Assim sendo, pode afirmar-se que a fragilidade antecede a incapacidade e que a própria fragilidade tem estados precedentes de pré-fragilidade que podem ser identificados (Fried et al. 2001). Esta perspetiva abre um amplo caminho à investigação e à prevenção, constituindo um desafio para os profissionais de saúde e, particularmente, para os EEER.

Atualmente, existe uma quantidade considerável de instrumentos para avaliação da fragilidade, a sua escolha deve ter em consideração, essencialmente, o modelo concetual de base e o contexto. Os componentes da fragilidade que cada um avalia, espelham a heterogeneidade em torno da temática. De entre os instrumentos mais aceites na comunidade científica, destacam-se o Fenótipo da Fragilidade Física (Physical Frailty Phenotype) desenvolvido por Fried e colaboradores (2001) – adaptação por Amaral (2017) – e o Indicador de Fragilidade de Tilburg (Tilburg frailty indicator) desenvolvido por Gobbens e colaboradores (2010) – instrumento adaptado e validado para a população portuguesa por Coelho et al. (2015). Enquanto que o primeiro se centra no domínio físico da fragilidade, o modelo integral proposto por Gobbens é multidimensional, avaliando a fragilidade de forma holística. Para além destes instrumentos vulgarmente utilizados, existem outros mencionados na literatura, como o modelo de défices acumulados (Rockwood et al., 2005) e o PRISMA-7 (Raïche et al., 2008) - instrumento validado para a população portuguesa (Santiago et al., 2020).

Constata-se que a temática da fragilidade tem sido cada vez mais uma área de atenção dos EEER (Faria et al., 2021). Dada a escassez de pesquisas em Portugal que analisam o perfil de fragilidade dos idosos numa abordagem multidimensional, Faria et al. (2022) analisaram os fatores sociodemográficos e de saúde relacionados com a fragilidade em idosos residentes no domicílio. Neste artigo, os investigadores analisaram o perfil de uma população idosa inscrita numa Unidade de Saúde do Norte de Portugal. Na colheita de dados, foi utilizado um formulário, dividido em quatro partes: características sociodemográficas (género, idade, escolaridade, estado civil, agregado familiar), condições de saúde (autoperceção de saúde, antecedentes patológicos, regime medicamentos, antecedentes de quedas, perceção do risco de queda, medo de cair – avaliação através da escala Falls Efficacy Scale International), capacidade funcional (avaliação através do Índice de Barthel, Índice de Lawton e Brody) e a condição de fragilidade

(avaliação através do Índice de Fragilidade de Tilburg).

O referido estudo identificou os seguintes fatores associados à fragilidade multidimensional em pessoas idosas residentes no domicílio: o género feminino, estado civil solteiro ou viúvo, autoperceção de saúde entre ruim e aceitável, condições patológicas (doença musculoesquelética, osteoarticular, endócrina, psiquiátrica, vascular periférica e cerebrovascular), vivência de uma doença grave no último ano, antecedentes de queda nos últimos três meses, medo de cair, polimedicção e dependência nos autocuidados e atividades instrumentais de vida diária. No que diz respeito aos determinantes da fragilidade, de acordo com o Índice de Fragilidade de Tilburg, todos os componentes físicos, psicológicos e sociais (exceto a condição de viver sozinho) se associaram à fragilidade multidimensional nos idosos. No que se reporta à fragilidade física, neste estudo houve uma representação elevada expressa por meio do cansaço físico, falta de força nas mãos, dificuldade em manter o equilíbrio, em andar, assim como problemas de visão e audição. Aqueles que se dizem sentir fisicamente saudáveis correspondem a menos de um quarto da amostra. Estas dificuldades podem ter repercussão no medo em cair e no maior grau de dependência para as atividades instrumentais de vida diária. Com relação à componente psicológica, estiveram associadas com os idosos que participaram neste estudo as sensações de desânimo, nervosismo e ansiedade. Para além disso, mais de metade referiu ter problemas de memória e somente uma pequena parte se sente capaz de lidar bem com os seus problemas. Já a fragilidade social esteve expressa por meio da sensação de não ter pessoas à sua volta, apesar de grande parte garantir que recebe o apoio suficiente de outras pessoas.

Segundo Faria et al. (2022), os resultados do estudo corroboram os resultados de outros estudos internacionais, designadamente no que se reporta à associação do género feminino à fragilidade multidimensional, uma vez que as mulheres, à medida que envelhecem, têm maior prevalência de morbilidades, perda fisiológica de massa muscular, em determinados casos, com ingestão nutricional inadequada. Também se verifica associação com o facto de ser solteiro ou viúvo, na medida em que ser casado e ter retaguarda familiar são fatores protetores de fragilidade. Relativamente aos fatores idade e escolaridade, neste estudo não houve uma associação estatisticamente significativa, embora a literatura demonstre que podem estar associados à fragilidade (Apóstolo et al., 2017). A autoperceção de saúde e a vivência de doença grave no último ano também tiveram associações com a condição de fragilidade, bem como a polimedicção, isso confirma resultados de estudos internacionais (Rivas-Ruiz et al., 2019; Jung et al., 2020; Blanco-Reina et al., 2021). A fragilidade física, psicológica e social teve uma representação elevada entre os idosos frágeis, pelo que, para garantir o bem-estar e qualidade de vida deste segmento da população, é importante a identificação dos fatores predisponentes, no sentido de prevenir o declínio funcional e a ocorrência de resultados adversos.

Mais recentemente, no âmbito do projeto FOCUS – Frailty Management Optimisation through EIP-AHA Commitments and Utilisation of Stakeholders Input – que se enquadra no trabalho

desenvolvido pela Parceria Europeia para a Inovação na área do Envelhecimento Ativo e Saudável, Marcucci et al. (2019), especialistas do consórcio, recomendam intervenções no âmbito da fragilidade. Os autores apresentam quatro diretrizes clínicas baseadas em evidências e consenso sobre intervenções para prevenir ou retardar a fragilidade, sendo que cada diretriz inclui recomendações sobre a forma como as intervenções devem ser implementadas. A recomendação geral do documento sugere, sumariamente, a implementação de intervenções para a gestão da fragilidade. Neste contexto, é importante o rastreio e intervenções direcionadas a uma deficiência específica, caso esta esteja presente (por exemplo, perda de força muscular). As intervenções no âmbito da fragilidade devem ser adequadas ao contexto, numa abordagem centrada na pessoa e na sua família, considerando a autoeficácia dos intervenientes e acessibilidade a recursos/serviços, assim como estratégias de mudança de comportamento.

Marcucci et al. (2019) sugerem, o que designam de “recomendação 1”, a implementação de programas de atividade física, intervenções nutricionais ou a combinação de ambos para prevenir ou retardar a progressão da fragilidade. Estes autores afirmam que encontraram evidências que apoiam que o sucesso das intervenções físicas é especialmente visível quando a fragilidade é definida de acordo com o paradigma físico. A recomendação é mais forte para programas de exercícios supervisionados em grupo. Para além disso, apesar de uma força de recomendação fraca, devido à baixa certeza/qualidade da evidência quantitativa, parece haver uma relação sinérgica com outros componentes da fragilidade, como a fragilidade psicológica.

A “recomendação 2” sugere a implementação de intervenções baseadas em cuidados personalizados e/ou pela perspetiva do modelo de avaliação e gestão geriátrica, envolvendo uma equipa multidisciplinar, numa abordagem centrada na pessoa. Por fim, a “recomendação 3” orienta para intervenções baseadas no treino cognitivo, tanto de forma isolada, como em combinação com os exercícios e suplementação/aconselhamento nutricional. Segundo Marcucci et al. (2019), não há evidências para a sugestão de intervenções baseadas na terapia hormonal, intervenções farmacológicas, terapia de resolução de problemas, ou outro tipo de intervenções psicológicas.

No âmbito da fragilidade física, o fenótipo de fragilidade física proposto por Fried et al. (2001) concebe uma abordagem da fragilidade de índole qualitativa. Segundo esta perspetiva, a fragilidade é entendida como uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, que é observada através de um conjunto de sinais e sintomas (fenótipo), culminando num estado de vulnerabilidade fisiológica, por via da diminuição das reservas de energia e da capacidade em manter/recuperar a hemóstase após um evento desestabilizador. O fenótipo de fragilidade enumera as seguintes características: I) perda de peso não intencional (superior a 4,5 kg ou mais de 5% da massa corporal no último ano); II) fadiga autorrelatada; III) baixo nível de atividade física (ajustada ao sexo da pessoa); IV) redução da velocidade da marcha (tempo que demora a percorrer 4,57 metros, ajustado segundo o sexo e altura); V) diminuição da força de

preensão manual (avaliada por dinamometria e ajustada segundo o sexo e índice de massa corporal).

Segundo o modelo da fragilidade fenotípica, são considerados idosos frágeis os que apresentam três ou mais critérios do fenótipo, sendo que a presença de um ou dois critérios indicam pré-fragilidade. Por outro lado, a ausência destes critérios indica robustez (ou não-fragilidade).

Um grupo de consenso composto por delegados de seis grandes sociedades internacionais, criou quatro pontos de consenso de uma tipologia específica de fragilidade: a fragilidade física (Morley et al., 2013). Segundo estes autores, a fragilidade física é (I) uma importante síndrome específica dentro do contexto mais amplo da fragilidade; (II) pode potencialmente ser prevenida ou tratada com exercício físico, suplementação proteico-calórica, vitamina D e redução da polimedicação; (III) existem testes simples e rápidos que permitem que os profissionais de saúde reconheçam objetivamente pessoas frágeis; (IV) deve proceder-se ao rastreio da fragilidade física em todas as pessoas com mais de 70 anos e em pessoas com perda de peso significativa (5%) por doença crónica.

O grupo destacou que a fragilidade física é uma condição controlável e que intervenções no âmbito da sarcopenia podem ser benéficas em situações de fragilidade, como é o caso do exercício físico. Em pessoas frágeis, o exercício físico aumenta o desempenho funcional, a velocidade de caminhada, o teste timed up and go (TUG), subir escadas e o equilíbrio, além de diminuir a depressão e o medo de cair (Morley et al., 2013). A perda de peso também é uma componente importante na síndrome da fragilidade, sendo a suplementação calórico-proteica importante para o aumento da massa muscular, melhoria da força de preensão, aumento de peso, pelo que pode sinergicamente investir-se num plano de exercícios resistidos. A suplementação em pessoas frágeis com deficiência de vitamina D pode ser útil, bem como a redução da polimedicação, com a retirada de medicamentos inapropriados, diminuindo assim os custos, bem como os efeitos adversos destes em pessoas frágeis. Por outro lado, existem outras potenciais causas de fragilidade, tais como problemas visuais, auditivos, declínio cognitivo, determinadas patologias (tais como diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, entre outras), pelo que o plano de intervenção deve ter em consideração a gestão desses processos patológicos (Morley et al., 2013).

Na esfera da fragilidade física, tendo em consideração o acima exposto, é possível afirmar que os domínios da força muscular e do andar concorrem para a condição de fragilidade da pessoa idosa. Estes domínios são sensíveis à intervenção do EEER que, no âmbito das suas competências específicas, avalia, diagnostica, concebe e implementa planos de intervenção, avaliando os resultados das intervenções implementadas. Desta forma, intervenções terapêuticas nestes domínios, podem prevenir, retardar ou minimizar o impacto e consequências da fragilidade física.

A força muscular como domínio sensível aos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e com potencial impacto na fragilidade física

Pelas definições da Física, a força é uma tração que altera ou tenciona o movimento de um corpo, pelo que está associada ao movimento, contudo pode existir força sem que este ocorra. A biomecânica esclarece o movimento dos corpos, envolvendo forças internas e externas das estruturas biológicas (Liberali & Vieira, 2016). Na ontologia de enfermagem, a força muscular refere-se à força de contração do músculo. Os músculos, por serem estruturas que cruzam uma ou mais articulações, e pela capacidade de contração que têm, são capazes de produzir movimento. Para além disso, permitem a manutenção da postura corporal, estabilizam articulações, regulam a temperatura corporal e suportam e protegem órgãos internos. O tecido muscular tem capacidade de irritabilidade (capacidade de responder a um estímulo), contratilidade (capacidade de contrair quando recebe estimulação adequada), extensibilidade (capacidade de aumentar o seu comprimento quando uma força é aplicada) e elasticidade (capacidade de retornar ao comprimento normal em repouso, quando o estímulo é interrompido), sendo que nenhum outro tecido possui estas características (Guyton & Hall, 2011; Ody & Norris, 2017).

A contração do músculo esquelético ocorre por via do mecanismo de deslizamento dos filamentos de actina e miosina nos sarcómeros. Quando um potencial de ação (gerado pela secreção nervosa de acetilcolina) passa pela fibra muscular, o retículo sarcoplasmático liberta grande quantidade de iões de cálcio, que rapidamente circulam pelas miofibrinas. Estes ativam as forças entre os filamentos de miosina e de actina e, assim, a contração muscular inicia-se. Para dar continuidade ao processo de contração é necessária energia, através da degradação da molécula de adenosina trifosfato (ATP) (Guyton & Hall, 2011; Ody & Norris, 2017).

Uma contração isométrica ocorre quando um músculo se contrai, por forma a que ocorra aumento do tônus muscular, sem que o seu comprimento se altere, mantendo o ângulo articular. Por outro lado, na contração isotónica, o músculo contrai e assim modifica o seu comprimento e o ângulo da articulação, sendo que esta pode ser do tipo concêntrica ou excêntrica. No primeiro caso, ocorre aproximação das inserções musculares, sendo que, geralmente, este movimento ocorre contra a força da gravidade, na medida em que se trata de uma atividade de aceleração. Já na contração isotónica excêntrica, o músculo alonga ao mesmo tempo que contrai, ou seja, as inserções musculares afastam-se; é geralmente um movimento a favor da gravidade, de desaceleração. Na contração muscular isocinética a resistência aplicada é variável, contudo a velocidade permanece a mesma, só podendo ocorrer com recurso a equipamentos especiais (Guyton & Hall, 2011; Ody & Norris, 2017).

O músculo, no que confere à função, pode ser qualificado em agonista (aquele que é

diretamente responsável pelo movimento), sinergista/agonista secundário (aquele que auxilia no movimento, contudo não é o principal responsável), antagonista (o que realiza o movimento oposto ao agonista, geralmente está relaxado quando este se contrai), estabilizador (conferem sustentação a uma parte do corpo, garantindo um trabalho mais eficaz do agonista) e neutralizador (contraem para evitar movimentos indesejados em músculos que conseguem desempenhar duas ou mais ações) (Guyton & Hall, 2011; Ody & Norris, 2017).

Os músculos são compostos por fibras musculares lentas (tipo I), intermédias (tipo IIa) ou rápidas (tipo IIb). As fibras de contração muscular lenta também podem ser designadas de vermelhas, pois contêm grande quantidade de mioglobina, possuem um sistema de capilares extenso, assim como de mitocôndrias, pelo que utilizam a via aeróbia para produzir contração muscular. As fibras musculares de contração rápida – ou brancas – têm déficit de mioglobina, em consequência utilizam a via glicolítica (anaeróbica) como sistema energético predominante; são inervadas por fibras nervosas de maior calibre, o que permite uma maior quantidade de impulsos na mesma unidade de tempo, possibilitando uma grande força de contração muscular; o retículo sarcoplasmático é muito extenso, para a rápida liberação de íons de cálcio. As fibras musculares de contração intermédia possuem menos capilares que as fibras tipo I, no entanto com boa capacidade de metabolismo aeróbico, fadigando menos do que as fibras tipo IIb (Guyton & Hall, 2011; Ody & Norris, 2017).

Força muscular, potência e resistência musculares são termos que se referem a fenómenos distintos. Força muscular corresponde à capacidade do músculo esquelético gerar tensão e é determinada, principalmente, pelo seu tamanho, ou seja, a força de contração máxima corresponde de 3 a 4 kg/cm² de área da secção muscular transversa. Pela lei da Física, a força é igual à multiplicação da massa (do objeto ou a resistência imprimida pelo examinador, em gramas), pela aceleração (da força da gravidade, ou seja, 10 metros por segundo ao quadrado) (Guyton & Hall, 2011; Ody & Norris, 2017). Para avaliação da força muscular habitualmente recorre-se à dinamometria ou à sua graduação através da escala MRC.

Por outro lado, a potência corresponde à capacidade de gerar trabalho muscular na unidade de tempo, ou seja, é o máximo de contração muscular que pode fazer-se no espaço de tempo mais curto. Pela lei da Física, a potência é igual ao trabalho muscular (quando se gera força muscular e essa tensão nos músculos esqueléticos é capaz de produzir contração do músculo e calor) multiplicado pelo tempo. Desta forma, a potência é determinada não só pela força da contração muscular, mas também pela distância da contração e pelo número de vezes que ele se contrai por minuto; é medida em quilogramas metro por minuto (kg-m/min). As fibras musculares de contração rápida estão associadas à potência muscular (Guyton & Hall, 2011; Ody & Norris, 2017).

A resistência é outra medida de desempenho muscular, corresponde à capacidade de prolongar esforços, estão envolvidas as fibras de contração lenta, resistentes à fadiga e apropriadas para

o exercício aeróbico prolongado (de longa duração e intensidade baixa - moderada) (Guyton & Hall, 2011; Ody & Norris, 2017).

O envelhecimento acarreta, entre outras coisas, alteração nas propriedades dos músculos. Observa-se frequentemente redução da massa muscular associada à progressão da idade, isto é, a sarcopenia. Esta perda de massa muscular ocorre a partir dos 30 anos de idade, acentuando-se aos 60 anos (National Strength and Conditioning Association [NSCA], 2019). Para além de perda de massa muscular, ocorre a redução da qualidade tecidual no músculo esquelético. Vários autores descrevem que parece haver uma perda preferencial de fibras musculares de contração rápida, causando uma remodelação das unidades motoras por neurónios motores que inervam as fibras de contração lenta, formam-se desta forma unidades motoras menos eficientes. Esta remodelação resulta numa menor precisão de controlo dos movimentos e diminuição da velocidade da contração muscular, em consequência ocorre perda de equilíbrio e de velocidade de movimento. Portanto, a perda preferencial de fibras musculares rápidas pode prejudicar não só a potência, mas também a força, a velocidade e a capacidade funcional da pessoa idosa (Fleck & Kraemer, 2017).

O treino resistido é importante para o desenvolvimento de força muscular. A exercitação muscular sem carga, mesmo que por horas, aumenta pouco a força muscular, por outro lado, músculos que se contraem a mais de 50% da carga máxima, rapidamente desenvolvem força. Associado ao aumento de força está o aumento de massa muscular, isto é, hipertrofia muscular. A fibra muscular hipertrofiada tem aumento de miofibrilas, enzimas mitocondriais, aumento do ATP, fosfocreatina, glicogénio e triglicérideos, aumentando, assim, a capacidade dos sistemas metabólicos (anaeróbico e aeróbico) e a eficácia do sistema oxidativo (Guyton & Hall, 2011; Ody & Norris, 2017).

A NSCA (2019) fornece as guidelines para a elaboração de programas de treino de força muscular com exercícios resistidos para idosos com fragilidade. Segundo a NSCA, o programa de treino de força para idosos deve ser elaborado de acordo com uma abordagem individualizada, periodizada, com caráter progressivo. O treino de força muscular com exercícios resistidos tem-se demonstrado como viável e eficaz na neutralização da fraqueza muscular e fragilidade física. Entre outros benefícios, atenua a infiltração adiposa, melhora o desempenho físico, aumenta a fibra muscular e a qualidade muscular, a densidade óssea, o metabolismo e sensibilidade à insulina, gestão de condições crónicas de saúde, diminuição de ocorrência de eventos adversos, como quedas e fraturas.

A ocorrência de lesões associadas ao treino resistido está essencialmente associada a combinações de cargas de trabalho pesadas e repetitivas, posicionamento desfavorável/técnica incorreta e à seleção inadequada dos exercícios. Por esse motivo, a série deve terminar, independentemente do número de repetições, sempre que haja uma interrupção na técnica correta (Fleck & Kraemer, 2017). No sentido de manter a segurança, é necessária consideração

especial no desenho do programa em algumas populações de idosos. Os exercícios/programas de treino devem de ter em consideração as eventuais comorbilidades do idoso (problemas ortopédicos, de mobilidade, de tolerância ao esforço) e responder às suas necessidades únicas, desafios físicos, psicológicos e clínicos (NSCA, 2019).

The American College of Sports Medicine (ACSM, 2021) define o princípio FITT-VP (F: frequência; I: intensidade; T: tempo; T: tipo; V: volume; P: progressão) como método de prescrição de exercício físico. A frequência corresponde ao número de vezes que o exercício é realizado a cada semana; a intensidade do treino resistido é definida, classicamente, como a carga de treino (em percentagem ou número absoluto) relativamente à força dinâmica máxima (isto é, repetição máxima - RM); o tempo refere-se à duração do exercício; o tipo reporta para a variedade de exercícios e equipamentos que podem ser usados para melhorar a aptidão muscular; o volume corresponde à quantidade total de séries realizadas para um determinado grupo muscular/padrão de movimento por semana; a progressão corresponde ao aumento gradual do estímulo aplicado no corpo, podendo ser por via do aumento da percentagem de carga, do número de repetições com a mesma carga, do número de séries por semana/por grupo muscular, da frequência do treino.

As diretrizes da NSCA (2019) para programas de treino de força muscular com exercícios resistidos para idosos com fragilidade determina que estes devem ser executados 2-3 vezes por semana (frequência), com 3 séries de 8-12 repetições (volume), iniciando com 20-30% de 1 repetição máxima (RM) e progredindo até 80% de 1RM (intensidade). O tempo de descanso entre séries nos estudos que foram analisados orientam para variações entre 1,5 a 3 minutos (baseada na tolerância e progressão sem efeitos adversos). Está descrito que a maioria dos estudos publicados, relativos ao treino resistido, incorporam exercícios unilaterais e uniarticulares. Isto é particularmente importante em determinadas condições, como por exemplo, no acidente vascular cerebral, onde ocorrem, muitas vezes, assimetrias profundas entre os membros. Por outro lado, em idosos frágeis que podem tolerar exercícios bilaterais de cadeia cinética fechada, os exercícios podem refletir todos os principais músculos nas extremidades superiores e inferiores, com prioridade para movimentos multiarticulares.

A fim de induzir melhorias no desempenho da tarefa funcional, NSCA (2019) recomenda exercícios de potência, de baixa-moderada intensidade (isto é, 30-60% de 1RM), exercícios de treino funcional em que sejam simuladas atividades diárias e exercícios multicomponente, incorporando o treino de marcha e de equilíbrio.

O treino funcional incorpora movimentos multiarticulares complexos e dinâmicos, requerendo padrões semelhantes aos das AVD (por exemplo, a atividade de levantar e sentar), corresponde, portanto, a um treino com especificidade de movimento. Por outro lado, para além de englobar diversas dimensões ao nível do desempenho físico, incluindo atividades multitarefa, complementam-se aos níveis cognitivo e social (ACSM, 2021).

A abordagem multicomponente em idosos, que combina treino em vários domínios, tais como equilíbrio, agilidade, proprioção, coordenação, força, resistência, flexibilidade, é descrita como eficaz na prevenção e redução de quedas (NSCA, 2019; ACSM, 2021).

Relativamente ao treino de equilíbrio, o ACSM (2021) enumera quatro recomendações gerais: a) redução gradual da base de apoio; b) implementação de movimentos dinâmicos que perturbem o centro de gravidade; c) foco nos grupos musculares posturais; d) redução de estímulos sensoriais.

É importante a definição da ordem dos exercícios devido à progressão da fadiga durante o treino. Por outro lado, a progressão do programa relaciona-se com a tolerância individual e deve ser exclusiva para os objetivos específicos da pessoa. As recomendações incidem em aumentos graduais no volume, intensidade e/ou complexidade dos exercícios (NSCA, 2019).

A demência (e o comprometimento cognitivo em geral) relaciona-se com a síndrome de fragilidade, na medida em que ambas partilham algumas características fisiopatológicas e consequências, tais como a incidência de quedas, incapacidade, institucionalização. Uma das principais consequências da demência é o declínio grave da atividade física, muitas vezes induzido pelo uso de restrições físicas. Neste sentido, os programas de treino de resistência na demência devem ser adaptados, com instruções verbais e estrutura simples, incorporando instruções visuais, suporte tátil e uso de técnicas de espelho, em detrimento de instruções orais complexas. É importante saber lidar com a raiva ou agressão, na medida em que estes comportamentos não são um ataque pessoal, mas sim consequências do curso da doença (NSCA, 2019).

Nos idosos que usam auxiliar de marcha para compensar alterações nos domínios do equilíbrio, força, coordenação e/ou sensibilidade, devem ser asseguradas as condições de segurança e, para tal, os exercícios resistidos tradicionais, realizados na posição de pé, devem ser adaptados para que a sua realização seja concretizada na posição de sentada. Os programas podem progredir para a posição de pé, na medida em que se garante a melhoria na força muscular e equilíbrio. Devem ser, ainda, consideradas situações especiais sobre doenças cardiovasculares, nervosas, renais, oculares, limitações ortopédicas, osteoporose, artrite e diabetes (NSCA, 2019).

O andar como domínio sensível aos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e com potencial impacto na fragilidade física

No que se reporta ao andar, a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (2019), refere que este domínio corresponde ao movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas, passo a passo. Envolve a capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com

uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada ou rápida. Inclui subir ou descer escadas e rampas.

Andar é o meio natural do corpo se deslocar de um lado para o outro (Perry, 2005; Pina, 2017). É uma ação complexa, na medida em que depende de múltiplas interações entre a massa total do corpo e os multissegmentados dos membros inferiores. Corresponde ao movimento rítmico, inconsciente e quase automático, que leva o corpo para a frente, em perfeito equilíbrio com forças externas, que agem no corpo, e forças internas, provenientes dos músculos, tendões, ossos, ligamentos e cápsulas (Liberali & Vieira, 2016).

A eficiência dos movimentos no âmbito do andar depende da mobilidade articular e da atividade muscular (seletiva em duração e intensidade), permitindo que os membros inferiores se adaptem a diferentes superfícies, obstáculos e degraus. Quando uma patologia causa um prejuízo na mobilidade e/ou eficiência muscular (tais como acidente vascular cerebral, lesão vertebro-medular, trauma crânio-encefálico, amputações, poliomielite, doença articular degenerativa, artrite reumatoide, esclerose múltipla, mielodisplasia, distrofia muscular, paralisia cerebral) tendencialmente ocorrem ações compensatórias dos segmentos subjacentes, que tendem a compensá-la, sendo que o padrão de marcha torna-se num misto de movimentos normais e anormais. As medidas terapêuticas que podem, por ventura, ser implementadas, devem ser direcionadas ao déficit primário e não para as referidas ações compensatórias. Ou seja, os desvios ao padrão normativo definem as correções necessárias (Perry, 2005; Pina, 2017).

O ciclo da marcha é composto por duas fases: fase de apoio (que corresponde a 60% do processo) e fase de balanço (que se reporta aos restantes 40%). Para a sua análise é importante ter um dos membros como referência. A fase de apoio ocorre quando o calcanhar do pé entra em contato com o solo e termina quando esse pé levanta do solo. A fase de balanço ocorre quando o pé não está em contato com o solo, ou seja, inicia assim que o pé sai do solo e termina quando o calcanhar do mesmo pé toca de novo no solo. A fase de apoio é subdividida em cinco fases: contato inicial (primeiro toque com o solo do calcanhar do pé que vem da fase de balanço), resposta à carga (quando todo o pé toca no solo, mas não tem a carga toda distribuída), apoio médio (o corpo começa a ser projetado para a frente e passa de forma alinhada pelo eixo tornozelo-pé), apoio final (o corpo começa a ser projetado para a frente do eixo tornozelo-pé, é o momento em que o calcanhar começa a sair do solo e o apoio passa para o antepé) e pré balanço (são os dedos que tocam no solo, principalmente o hálux, que faz pressão no chão para dar impulso para a fase de balanço). Por outro lado, a fase de balanço é composta por três fases: balanço inicial (começa com a saída do pé do solo), balanço médio (o pé balança sob o corpo e ultrapassa-o) e balanço terminal (começa com a perna em posição vertical e termina quando o calcanhar do pé toca no solo) (Liberali & Vieira, 2016).

Durante as fases do ciclo da marcha, decorrem três atividades: aceitação do peso (quando o pé

toca no solo e o peso do corpo começa a ser transferido para o membro inferior correspondente), apoio simples do membro inferior (quando o peso do corpo é totalmente transferido para um membro, para que o outro possa avançar) e avanço do membro inferior no balanço (ocorre na fase de balanço, quando o membro que estava apoiado se desloca para a frente) (Perry, 2005; Pina, 2017).

Durante o ciclo da marcha existem dois períodos em que ambos os pés estão em contato com o solo – apoio duplo (20%) – e dois períodos em que apenas um pé se encontra em contato com o solo – apoio simples (80%) – sendo que na fase de balanço só existe apoio simples. Na corrida ainda existem períodos sem apoio, contudo tal não acontece no ciclo da marcha (Perry, 2005; Pina, 2017).

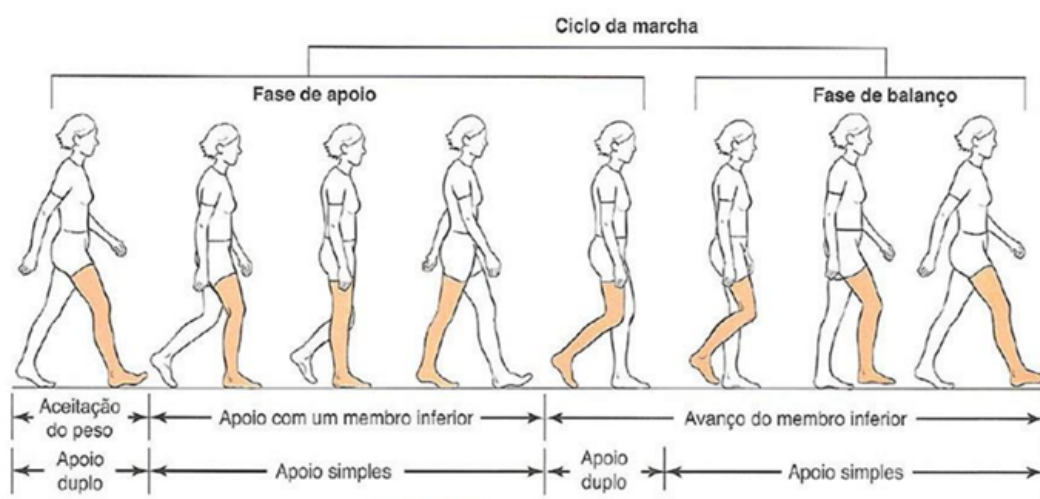


Figura 1: Fases do ciclo da marcha. Fonte: <https://kinetec.com.br/new/fases-do-ciclo-da-marcha-humana/>, acesso a 25/09/2023.

Durante todo o processo do ciclo da marcha, a cabeça e o tronco estão eretos. No contato inicial, o membro inferior permanece em frente do corpo, ocorre dorsiflexão, extensão do joelho, flexão do quadril e rotação da pelve para a frente ipsilateral. Na resposta à carga, há flexão do joelho e quadril. No apoio médio, o pé é colocado no solo, ocorre dorsiflexão e extensão do joelho e quadril, a pelve fica em posição neutra e os dois membros estão paralelos ao corpo. No apoio terminal, o corpo fica à frente do membro inferior de apoio, ocorre dorsiflexão máxima, extensão do joelho e do quadril e rotação posterior da pelve ipsilateral. No pré-balanço, ocorre dorsiflexão, flexão do joelho, extensão do quadril e inclinação lateral da pelve (Perry, 2005; Pina, 2017).

A colheita de dados relevantes sobre o andar requer conhecimento e habilidade por parte do

profissional. Esta pode ser efetuada a olho nu, em qualquer ambiente e instante, contudo, para casos mais complexos, são necessários exames laboratoriais. A análise observacional da marcha é facilitada com recurso a um instrumento que guie o avaliador, como é o caso do formulário de análise observacional de marcha do corpo todo, desenvolvido por Rancho Los Amigos Medical Center, Califórnia, e publicado em 1989. Este formulário, para além de identificar os possíveis desvios de marcha, apresenta as fases em que cada desvio pode ocorrer. Por outro lado, faz a diferenciação dos desvios de marcha mais significativos (blocos brancos), desvios menores de marcha (blocos cinzentos) e desvios pouco frequentes (blocos pretos). A avaliação deve começar pelo pé, progredindo para tornozelo, joelho, quadril e pelve, nas fases do ciclo da marcha. A avaliação deve ser realizada no formulário horizontalmente, dentro de cada área anatómica. A análise do ciclo da marcha deve ser do corpo todo, não só do membro inferior, importa, por isso, a posição do pescoço, omoplata e membros superiores. O referido formulário não dispõe de um local específico para a esse registo, pelo que devem realizar-se as referidas anotações na coluna “maiores problemas”, fazendo também a síntese das três fases: aceitação do peso, apoio simples do membro inferior e avanço do membro inferior no balanço. Importa indicar, ainda, se existe sustentação excessiva do peso, quando a pessoa usa auxiliar de marcha. O compromisso funcional deve ser deduzido a partir dos achados físicos (diminuição da força muscular, espasticidade, sensibilidade comprometida). No entanto, se não for possível chegar a uma conclusão, está recomendada a análise da marcha instrumentalizada e a eletromiografia (Perry, 2005; Pina, 2017).

Andar é uma atividade fundamental do dia-a-dia, sendo elementar para a manutenção da independência das pessoas idosas, com ou sem doença prévia. Além disso, uma marcha anormal pode ser um fator de risco para a ocorrência de quedas, por esse motivo é importante o estudo das características da marcha nos idosos. A degradação do sistema musculartoarticular associado ao envelhecimento pode afetar a função muscular e a marcha, na medida em que, com o aumento da idade, o tronco torna-se mais rígido e ocorre diminuição da amplitude de movimento do tórax e pelve. Para além da idade, o sexo também determina o padrão de marcha, isto é, os homens têm um comprimento do passo maior e as mulheres têm a velocidade de marcha maior (Zhai et al., 2023).

Zhai et al. (2023), compararam os parâmetros cinemáticos articulares do tronco e dos membros inferiores entre adultos jovens e idosos para identificar fatores cinemáticos associados a alterações na marcha em idosos. Este estudo elucida que existem alterações biomecânicas da marcha associadas ao envelhecimento. Ao nível dos membros inferiores ocorre diminuição da amplitude de movimento do quadril, joelho e tornozelo. Ocorre, ainda, diminuição da ativação muscular do tornozelo (pelo que a diminuição da amplitude de movimento do tornozelo pode estar correlacionada com a diminuição da força muscular). Além disso, idosos com amplitude de movimento do tornozelo reduzida apresentam comprimento do passo mais curto e velocidade de marcha mais lenta. Por outro lado, a amplitude de movimento das articulações do quadril e

joelho aumentam significativamente à medida que a amplitude de movimento do tronco aumenta. A amplitude de movimento da pelve contribuiu expressivamente para o comprimento da passada, ao contrário da amplitude de movimento do tórax. Embora os idosos apresentem menor amplitude de movimento pélvica, durante o ciclo da marcha tendem a compensar com aumento da rotação torácica. Como conclusão, estes autores defendem que, para melhorar o padrão de marcha, os idosos devem melhorar a força muscular e aumentar a amplitude de movimento. Por outro lado, uma compreensão mais abrangente das diferenças sexuais na marcha das pessoas idosas pode fornecer orientação direcionada para exercícios músculo-articulares.

As alterações no desempenho da marcha, relacionadas ao envelhecimento, podem estar associadas à perda de força e massa muscular, ao compromisso no equilíbrio e aumento do custo energético no andar (Gueugnon et al., 2019). Como resultado, a coordenação intersegmentar corporal durante a caminhada pode ficar prejudicada. Gueugnon et al., (2019) levantaram essa hipótese e verificaram que a coordenação dos membros inferiores modificou-se com a idade, em particular a coordenação entre o pé e a perna, influenciando o movimento e potência do tornozelo. Os autores afirmam que esta modificação na coordenação constitui-se como uma adaptação neuromuscular, no sentido de manter a eficiência da marcha, que acompanha a diminuição da força (flexores plantares) e amplitude articular do tornozelo, favorecendo a potência do joelho.

As alterações motoras e sensoriais fisiológicas relacionadas à idade desencadeiam ajustes neuromusculares no andar (Dewolf et al., 2021). Em comparação com os adultos jovens, Dewolf et al. (2021) verificaram que os idosos têm uma marcha caracterizada por passos com comprimento mais curto, maior duração da fase de apoio, velocidade de marcha mais lenta, explosão mais ampla da atividade muscular e mudança de distal para proximal dos movimentos articulares. Esta última característica - tendo em conta que nos padrões normais, a maior amplitude articular começa distalmente - tem particular impacto na cinética e cinemática da marcha dos idosos. Estas modificações podem comprometer a adaptação locomotora dos idosos em diversas situações, como andar em aclives, declives e subir e descer escadas. Dewolf et al. (2021), identificaram as diferenças relacionadas à idade no controlo neuromuscular nestas situações, através do registo da cinemática do corpo e eletromiografia de superfície de doze músculos dos membros inferiores. Os resultados deste estudo corroboram ainda mais a ideia de que o envelhecimento afeta principalmente os segmentos distais (sacrais), interferindo em atividades que exigem maior impulso do tornozelo, como caminhar em subidas.

No sentido de comparar o papel funcional dos músculos dos membros inferiores em adultos jovens e idosos saudáveis durante a caminhada com velocidade de caminhada diferente, Lim et al. (2022), orientaram para a conceção de programas de exercícios destinados a melhorar o apoio e o equilíbrio naqueles com risco de queda. Sendo certo que os cinco grupos musculares - glúteo máximo, glúteo médio, vasto, gastrocnémio e sóleo - contribuem mais significativamente

para a componente vertical (apoio), anteroposterior (progressão) e mediolateral (equilíbrio) da força de reação do solo, o referido estudo pretendeu definir se os adultos jovens e mais velhos usam os mesmos músculos para gerar suporte, progressão e equilíbrio quando ambos os grupos caminham em diferentes velocidades (lenta, normal e rápida). Em suma, os autores descobriram que os cinco grupos musculares contribuem para o apoio, a progressão e o equilíbrio em adultos jovens e idosos saudáveis nas diferentes velocidades. Porém, os idosos utilizaram o glúteo máximo para gerar maior apoio, enquanto que o gastrocnêmio contribuiu menos para a propulsão em todas as velocidades de caminhada. Com o aumento da velocidade, os idosos aumentaram a flexão do quadril e do joelho. Assim, os idosos podem usar os extensores do quadril para compensar a redução no apoio e na propulsão (Lim et al., 2022).

Com já foi anteriormente referido, com o avançar da idade ocorre um declínio na velocidade da marcha, sendo certo que a velocidade com que caminhamos é um importante indicador de saúde (Homagainl & Martens, 2023). A velocidade da marcha pode ser afetada pela condição clínica da pessoa idosa, sendo que velocidades de marcha mais lentas estão associadas a complicações de saúde, tais como hospitalizações, quedas, institucionalizações (Alcock et al., 2023).

O lobo frontal, sendo o maior lobo do cérebro, pode eventualmente estar mais suscetível a atrofia associada à idade. Compreende as unidades funcionais da área de Broca, o córtex pré-frontal e o córtex motor, que por sua vez envolve o córtex motor primário, o córtex motor suplementar e o córtex pré-motor. Estas são regiões corticais que estão envolvidas na execução de movimentos voluntários, como a marcha (Guyton & Hall, 2011; Ody & Norris, 2017). O córtex pré-frontal está envolvido em tarefas da marcha que requerem maior atenção, como a dupla tarefa, atividades com maior exigência motora (como aumentar a velocidade de marcha), ou potenciadoras de desequilíbrio (como ajustes posturais antecipatórios). O córtex pré-motor e o córtex motor suplementar contribuem para a seleção, planeamento e coordenação de movimentos voluntários (Alcock et al., 2023).

Andar é considerada uma tarefa cognitivamente exigente em idosos com comprometimento cognitivo, limitação da mobilidade e com necessidade de priorização de tarefas. Alcock et al. (2023), através da monitorização da hemoglobina oxigenada regional no lobo frontal e da quantificação da marcha através de um acelerómetro triaxial, avaliaram as diferenças entre jovens e idosos, em diferentes velocidades de caminhada, na atividade do córtex motor primário. Nesse estudo verificou-se que caminhar mais rápido, bem como o aumento do comprimento do passo e a redução da sua variabilidade, exigiu maior ativação de regiões motoras nos idosos. Ou seja, os aumentos generalizados de hemoglobina oxigenada regional no córtex frontal destacam que caminhar rápido representa uma tarefa que consome muitos recursos à medida que envelhecemos.

Por outro lado, para além do declínio associado à idade, a marcha dos idosos pode ser

influenciada também pelas características do ambiente físico. Contudo, quaisquer que sejam as características do ambiente, as dificuldades no andar podem ser exacerbadas sempre que a caminhada contemple a dupla tarefa. Andar em dupla tarefa é frequentemente necessário no dia-a-dia, como andar enquanto se mantém uma conversa, se seguem instruções, se fala ao telemóvel, se observam as montras das lojas. No estudo de Hennah & Doumas (2023), verificou-se que andar em dupla tarefa pode ser um desafio para muitos idosos. Os resultados deste estudo evidenciaram que ocorre falta de adaptação do comprimento e altura do passo durante a caminhada em dupla tarefa em idosos, tornando-os vulneráveis a quedas e suas consequências.

Para além da condição clínico-funcional, alguns estudos também analisam a influência dos estados emocionais na marcha. Os resultados do estudo de Homagainl & Martens (2023) mostram que as emoções de tristeza e excitação afetam a marcha em adultos jovens saudáveis, ou seja, a tristeza resulta em passos mais curtos, redução da velocidade da marcha, aumento do tempo da fase de apoio, enquanto o oposto foi observado na fase de excitação.

Depois de explanar o contributo do EEER na pessoa com fragilidade, retomando ao caso em estudo, aborda-se em seguida a problemática do acidente vascular cerebral.

Acidente vascular cerebral: um evento desestabilizador que frequentemente agrava a condição de fragilidade física

A condição de fragilidade pode frequentemente ser agravada pela ocorrência de um evento desestabilizador causado por um processo patológico, como o AVC. Este reporta para um défice neurológico de início abrupto, por via de uma causa vascular focal. Os exames laboratoriais são usados para sustentar o diagnóstico, dado que a definição é clínica. As manifestações clínicas são altamente variáveis, dependendo da vasculatura e região encefálica acometidas. O AVC isquémico decorre da redução do fluxo sanguíneo encefálico; se esta interrupção demorar mais que alguns minutos, ocorre morte (ou enfarte) do tecido cerebral, por outro lado, se o fluxo sanguíneo for restaurado rapidamente, o tecido cerebral recupera - acidente isquémico transitório (AIT). Já o AVC hemorrágico resulta de uma hemorragia no cérebro ou no seu redor, causando problemas neurológicos por efeito de massa sobre estruturas neurais, por aumento da pressão intracraniana ou pelos efeitos tóxicos do sangue (Smith et al., 2018).

O AVC é a segunda causa de morte mais comum na União Europeia e a uma das principais causas de incapacidade em adultos (Wafa et al., 2020). Já em Portugal, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, de tal modo que correspondem a 25,9% dos óbitos ocorridos. As doenças cerebrovasculares são responsáveis por 7,7% das mortes no país, com idade média de 82 anos, sendo 9,8 o número médio de anos potenciais de vida perdidos

(INE, 2023).

Estima-se que até 2047 o número de pessoas que vivem com AVC aumente 27%. Este facto pode ser explicado devido às alterações demográficas projetadas que indicam o aumento da população envelhecida. Por outro lado, estima-se que a probabilidade de sobrevivência ao evento inicial seja maior, devido à implementação generalizada de estratégias de prevenção primária e a melhores cuidados e tratamento. Desta forma, a procura de cuidados de reabilitação também aumentará 27%, o que economicamente traduz grandes desafios financeiros e logísticos, principalmente em países cujos sistemas de saúde já se encontram sobrecarregados (Wafa et al., 2020).

Na vertente pré-hospitalar, a Norma 015/2017 de 13/07/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, da Direção-Geral da Saúde, apela à identificação precoce de sinais de alarme de AVC pela pessoa, familiares, cuidadores ou quem assiste, devendo contactar-se de imediato o Número Europeu de Emergência 112, onde o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) deve confirmar a suspeita e proceder à ativação da Via Verde AVC pré-hospitalar. O CODU deve encaminhar o transporte do doente para o serviço de urgência de uma unidade hospitalar capacitada, isto é, a que se encontra mais próxima e com disponibilidade imediata para receber o caso.

Na vertente hospitalar, o atendimento do caso suspeito deve ser imediato, procedendo à avaliação ABC: manutenção da via aérea com controlo cervical (A-Airway maintenance with cervical spine control); ventilação (B-Breathing); circulação com controlo hemorrágico e acesso venoso (C-Circulation with haemorrhage control). Com carácter de urgência, deve ser efetuada a validação da suspeita de AVC, com revisão de circunstâncias e início de sintomas, procedendo à recolha da história clínica. Neste contexto, é imperativo a realização do exame objetivo geral e neurológico, com quantificação dos défices, através de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) (DGS, 2017).

A NIHSS é um instrumento do National Institute of Health dos Estados Unidos da América usado para mensurar a severidade da disfunção neurológica após um AVC, cuja versão portuguesa foi adaptada por Castro et al. (2008). Esta escala de uso padrão é universalmente aceite, fiável, simples e de rápida aplicabilidade (menos de dez minutos) por profissionais de saúde, uniformizando a linguagem entre eles. Para a American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA), a utilização de uma escala de classificação da gravidade do AVC, preferencialmente a NIHSS, ajuda a identificar os candidatos a intervenção fibrinolítica ou mecânica, permite a medição objetiva da mudança do estado clínico e identifica as pessoas com maior risco de complicações (como hemorragia intracerebral) (Powers et al., 2019).

A NIHSS compreende a avaliação do nível de consciência, orientação, ordens verbais, movimentos oculares horizontais, campos visuais, paralisia facial, força dos membros superiores e inferiores, ataxia dos membros, sensibilidade, linguagem, disartria, extinção e desatenção. A

pontuação varia entre 0 e 42, sendo que quanto maior a pontuação, maior a severidade do AVC: 0 corresponde a um AVC sem sintomas, 1-4 AVC minor, 5-15 AVC moderado, 16-20 AVC grave e pontuação superior a 20 corresponde a um AVC severo (Castro et al., 2008).

A NIHSS pondera eficazmente os défices causados por lesões da circulação anterior, no entanto características clínicas do AVC da circulação posterior não são medidas, como a marcha, ataxia troncular, paralisia do olhar vertical, nistagmo e sinais de disfunção bulbar, podendo assim ser subestimada a gravidade clínica do AVC da circulação posterior. A versão modificada da NIHSS (POST-NIHSS), inclui a avaliação da marcha/ataxia troncular e sinais bulbares, que parece melhorar a precisão prognóstica da NIHSS em doentes com AVC de circulação posterior que apresentam sintomas leves a moderados (pontuação NIHSS <10). Esta escala pode ser aplicada no final da NIHSS, sempre que exista suspeita de AVC da circulação posterior. Contudo, Alemseged et al. (2022) defendem que, na medida em que a disfagia e a ataxia da marcha/tronco podem estar presentes em pessoas com AVC de circulação anterior (lobo frontal, gânglios da base, lesões na corona radiata), a POST-NIHSS poderia potencialmente ser aplicada em pessoas com AVC, independentemente da sua topografia, que apresentem pontuações de NIHSS baixas, no sentido de identificar sintomas incapacitantes.

Na POST-NIHSS primeiro é examinada a tosse, se normal, o examinador procede ao exame oral preliminar, no sentido de detetar alterações anatómicas que sugiram presença de sinais bulbares e/ou disfagia. Se as etapas anteriores forem normais, o que confere maior grau de segurança, realiza-se o teste da disfagia. A ataxia troncular pode ser testada quando a ataxia da marcha não é possível (Alemseged et al., 2022).

No sentido de permitir a tomada de decisões terapêuticas e/ou cirúrgicas, devem ter-se em conta exames complementares de diagnóstico, designadamente através de avaliação imagiológica, isto é, tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC CE) e, na pessoa candidata a tratamento endovascular, angiotomografia computadorizada (angioTC) do arco aórtico, troncos vasculares supra-aórticos e cerebral. A ressonância magnética crânio-encefálica (RM CE) deve ser realizada em caso de dúvida no diagnóstico. O eletrocardiograma e avaliação laboratorial [hemograma com plaquetas, razão internacional normalizada (INR), glicemia, função renal] também são tidos em consideração (DGS, 2017).

O AVC isquémico refere-se a um défice neurológico de início súbito, por via de uma lesão vascular focal, com manutenção dos défices para além das vinte e quatro horas, ou lesão isquémica aguda documentada em exames de imagem. A região cerebral afetada depende do vaso intracraniano cujo fluxo sanguíneo foi suprimido, do fluxo sanguíneo contralateral, da anatomia vascular e da pressão arterial sistémica. A área de isquemia cerebral com disfunção reversível em torno da área de enfarte designa-se de penumbra isquémica e, se o fluxo sanguíneo não for restaurado, também esta progride para área de enfarte. O enfarte cerebral deriva da isquemia que, por um lado, causa insuficiência energética (e consequente necrose

celular), por outro, conduz à apoptose celular (devido à libertação de glutamato e da resposta inflamatória gerada) (Smith et al., 2018).

A etiologia do AVC isquémico pode ser cardioembólica, aterotrombótica ou lacunar. O AVC isquémico cardiembólico resulta da embolia de material trombótico formado na parede arterial ou ventricular ou nas válvulas cardíacas esquerdas. Estes trombos embolizam para a circulação arterial e alojam-se frequentemente na artéria carótida interna, na artéria cerebral média, na artéria cerebral posterior, ou nos seus ramos. A principal causa é a fibrilação auricular, contudo também podem ter origem em outras condições cardíacas, com enfarte agudo do miocárdio, endocardite infecciosa, estenose mitral reumática, válvulas mecânicas protésicas, cardiomiopatia dilatada e tumores cardíacos. O AVC aterotrombótico decorre da embolização de placas ateroscleróticas para artérias intracranianas (mecanismo artério-arterial) ou por trombose local (embora menos frequente). Decorre, habitualmente, por aterosclerose da artéria carótida (dentro da bifurcação da carótida comum e da artéria carótida interna proximal ou no sifão carotídeo). Os fatores de risco para formação de aterosclerose cerebrovascular como o sexo masculino, idade avançada, tabagismo, hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia, estão frequentemente associados a este tipo de AVC. O AVC lacunar possui como principais fatores de risco a hipertensão e a idade e refere-se à oclusão de pequenos vasos/artérias cerebrais perfurantes, por via de doença aterotrombótica ou espessamento lipoalínótico. Outras causas menos comuns (como estados de hipercoagulabilidade, trombose venosa cortical, anemia falciforme, displasia fibromuscular, arterite temporal ou necrosante, vasculite primária do sistema nervoso central, drogas (em particular anfetaminas), síndrome da encefalopatia posterior reversível, síndrome de vasoconstrição cerebral reversível, leucoaraiose, arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia) ou até causas indeterminadas podem ditar a recorrência deste tipo de AVC (Smith et al., 2018).

No AVC minor, cuja pontuação da NIHSS é igual ou inferior a cinco, a abordagem terapêutica deve ser igual ao AIT de alto risco. No entanto, se existir afeção das funções superiores, com tempo de evolução inferior a 4,5 horas, é recomendada trombólise intravenosa com alteplase. Por outro lado, no AVC moderado a severo, isto é, NIHSS com pontuação superior a cinco, devem ser determinados os critérios de elegibilidade para trombólise/trombectomia. Se o início da apresentação de sintomas está entre 4,5 e 9 horas, ou se o AVC for observado ao acordar (wake-up stroke), devem ser usadas imagens cerebrais avançadas (RM ou TC com perfusão), no sentido de determinar elegibilidade para tratamento com alteplase (Berge et al., 2021).

Para a realização de trombólise são recomendações fortes possuir idade igual ou superior a 80 anos, tensão arterial inferior a 185/110mmHg, uso de antagonistas de vitamina K, contudo INR inferior ou igual a 1,7, uso de antiagregantes plaquetares, contagem plaquetar desconhecida (desde que não seja expectável trombocitopenia) e lesões pequenas da substância branca. Como recomendações fracas fazem parte a presença de comorbilidades, fragilidade ou incapacidade prévia ao evento, microrragias desconhecidas, lesões da substância branca

grandes, aneurisma cerebral sem rotura, crises convulsivas, dissecções arteriais cervicais isoladas e enfarte agudo do miocárdio sem supra ST nos últimos três meses. A trombólise não está recomendada em casos de tensão arterial persistentemente acima de 180/110mmHg, uso de antagonistas de vitamina K com INR superior a 1,7 ou sem estudo da coagulação, uso de anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K nas ultimas 48 horas, plaquetas superiores a 100 000/L, cirurgia major de local não compressivo nos últimos catorze dias, microrragias cerebrais, AVC isquémico nos últimos três meses, dissecção do arco aórtico, enfarte agudo do miocárdio com supra ST na última semana e endocardite (Berge et al.,2021).

A revascularização mecânica está indicada em situações de oclusão de grande vaso com início de sintomas com menos de seis horas. Evidências de qualidade moderada também sugerem revascularização mecânica com janela de tempo de 6 a 24 horas em pessoas que atendem a determinados critérios de elegibilidade (Turc et al, 2023).

No que concerne a cuidados gerais de suporte e tratamento de emergência do AVC, no âmbito das vias aéreas, respiração e oxigenação, a AHA/ASA recomenda que deve ser fornecido oxigénio suplementar para manter oximetrias periféricas superiores a 94%, bem como suporte das vias aéreas e assistência ventilatória em pessoas com diminuição do estado de consciência ou disfunção bulbar. No que se reporta à pressão arterial, recomenda corrigir hipotensão e hipovolémia, no sentido de manter os níveis de perfusão sistémica necessários para apoiar a função do órgão. Relativamente à temperatura corporal, esta deve ser identificada e corrigida se superior a 38°C, na medida em que fontes de hipertermia estão associada a maior risco de morte hospitalar. Já hipoglicemia deve ser tratada para valores superiores a 60mg/dL (força de recomendação forte) e a hiperglicemia no intervalo de 140-180mg/dL (força de recomendação moderada). Recomenda, ainda, futuras pesquisas focadas no posicionamento da cabeça, uma vez que o grau de recomendação do posicionamento da cabeça em plano 0º é incerto, apesar da suposição que provavelmente pode beneficiar o aumento da perfusão em pessoas com AVC grave e oclusão de grandes artérias (Powers et al., 2019).

O início da hipocoagulação após o evento agudo, com hipocoagulantes orais diretos, deve estar de acordo com a gravidade do evento isquémico. A “regra 1-2-3-4 dias” dita que o início deve ser após um, dois, três ou quatro dias, no caso de AIT, AVC isquémico menor, AVC isquémico moderado, AVC isquémico severo, respetivamente (Kimura et al., 2022).

A oclusão dos vasos intracranianos acarreta manifestações clínicas distintas e o compromisso motor após o AVC depende da extensão dos danos no sistema corticoespinal (Winstein et al., 2016). A circulação anterior do cérebro (ou carótídea) é composta pela artéria carótida interna e os seus ramos. O AVC da artéria cerebral média habitualmente decorre de um êmbolo. Quando ocorre a sua oclusão completa, isto é, obstrução dos seus ramos penetrantes (artérias lentículo-estriadas) e corticais – e se o fluxo sanguíneo contralateral for limitado – a pessoa pode apresentar hemiplegia, paresia facial central, hemianestesia, hemianópsia homónima e

disartria. A afasia é frequente se o hemisfério dominante for afetado, enquanto que a anosognosia, apraxia e a negligência unilateral observam-se quando é afetado o hemisfério não dominante. As síndromes parciais podem provocar hemiparesia de predomínio braquial, afasia de Broca com paresia facial central, com ou sem diminuição da força muscular do membro superior (síndrome opercular frontal). As manifestações motoras, com déficit sensitivo e afasia, são comuns em enfartes extensos do córtex frontal e parietal. A afasia vem muitas vezes acompanhada de quadrantanópsia superior homônima contralateral (Jameson et al., 2018).

A artéria cerebral anterior divide-se no segmento pré-comunicante e pós-comunicante. A oclusão proximal (pré-comunicante) da artéria cerebral anterior costuma ser bem tolerada em função do fluxo contralateral cortical. A oclusão de um segmento pós-comunicante pode causar hemiparesia e hemipostesia de predomínio do membro inferior, incontinência urinária, abulia e ataxia da marcha. Se ambos os segmentos pós-comunicantes derivarem de um tronco encefálico anterior único, as manifestações clínicas são mais graves, na medida em que pode afetar os dois hemisférios, ocorrendo abulia profunda, paraparésia ou tetraparésia e incontinência urinária. Se o fluxo sanguíneo da artéria carótida interna é suprimido na origem da artéria cerebral média e artéria cerebral anterior pode ocorrer abulia ou estupor, hemiplegia, hemianestesia e afasia. Por outro lado, quando provoca isquemia da artéria oftálmica pode ocorrer amaurose monocular (Smith et al., 2018).

A circulação posterior do cérebro (ou vértebro-basilar) é composta pelas artérias vertebrais, artéria basilar e artérias cerebrais posteriores. Na oclusão de uma artéria cerebral posterior, habitualmente observa-se a síndrome de P1 (pela oclusão do segmento P1 ou dos seus ramos penetrantes, ou seja, artérias talamogeniculada, de Percheron e coroidal posterior) ou síndrome de P2 (oclusão do segmento P2A, com enfarte dos lobos temporal medial e occipital). No primeiro caso ocorrem sinais mesencefálicos, subtalâmicos e talâmicos, isto é, ataxia, hemiplegia, hemibalismo contralateral, paresia do olhar, abulia; em casos graves a pessoa permanece em coma, apresenta pupilas não reativas, sinais piramidais bilaterais e rigidez de decerebração. A síndrome de P2 manifesta-se frequentemente por hemianopsia homônima contralateral, prejuízo agudo da memória (principalmente se acometer o hemisfério dominante), alexia, agnosia, podendo a pessoa, inclusivamente, apresentar alucinações visuais. O comprometimento ao nível das artérias vertebrais e do tronco basilar (e seus ramos) pode combinar a presença de diferentes sinais e sintomas como desequilíbrio, ataxia, nistagmo, diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados, disartria, coma, parésia e/ou hipostesia (Menoita et al., 2012).

A avaliação dos défices clínico-funcionais na pessoa com AVC é importante para a seleção, definição e adequação das intervenções no âmbito do processo de reabilitação. As intervenções de reabilitação em ambiente hospitalar na pessoa com AVC devem resultar de um cuidado interprofissional organizado, não só para reduzir as taxas de mortalidade, incapacidade e a probabilidade de institucionalização, mas também para melhorar a recuperação da pessoa e

aumentar a sua independência nas atividades de vida diária. Os cuidados de reabilitação têm, portanto, impacto clínico-funcional, com redução do risco de imobilidade, depressão, perda de autonomia e redução da independência funcional (Winstein et al., 2016).

As unidades de AVC devem ter cuidados especializados que incorporem reabilitação e esta deve ser de intensidade proporcional ao benefício e tolerância prevista pela pessoa (Powers et al., 2019). A reabilitação após AVC requer esforços sustentados da equipa multidisciplinar, exigindo coordenação e comunicação entre os seus membros (Winstein et al., 2016). As recomendações das melhores práticas clínicas no cuidado de reabilitação do AVC em adultos da AHA/ASA visam reduzir o seu impacto clínico e comorbilidades pela imobilidade, depressão, perda de autonomia e independência funcional. Frequentemente persistem necessidades não satisfeitas na pessoa com AVC que o processo de reabilitação pode minimizar ou anular. Neste contexto, a reabilitação é uma prioridade para a recuperação da pessoa, pelo que deve iniciar-se assim que esta esteja estável hemodinamicamente e a possa tolerar (Winstein et al., 2016).

Na medida em que o AVC pode afetar diversos sistemas neurais cerebrais, é importante a avaliação clínica das suas possíveis manifestações ao nível da estrutura corporal, nas dimensões da função (deficiências), das atividades e da participação. Com já referido anteriormente, o exame físico, através da NIHSS, é um dos métodos disponíveis que pode ajudar nesta avaliação. No entanto, de forma a identificar as necessidades reais de reabilitação, monitorizar o processo e ajustar intervenções, é importante uma avaliação sensível a todas as áreas de possível comprometimento, recorrendo, se necessário, a instrumentos de apoio à tomada de decisão e a equipamento específico. Portanto, a reabilitação pós-aguda do AVC deve contemplar a identificação de comorbilidades, avaliação dos défices neurológicos, capacidade funcional (prévia e atual), limitação da atividade ao nível do autocuidado e nas atividades de vida diária mais complexas (domésticas, comunitárias e de lazer), estado cognitivo, comunicativo e psicológico, capacidade para participar no processo de reabilitação e no retorno à vida em comunidade e avaliação da capacidade da família/cuidador em fazer face às necessidades de cuidados (Winstein et al., 2016).

Remetendo para o caso em estudo, no âmbito da transição saúde-doença, a reabilitação pós-aguda da Sr^a MRMR deve considerar as diretrizes acima descritas, bem como os fatores facilitadores e inibidores deste processo, os quais são analisados de seguida.

Fatores facilitadores e inibidores no âmbito do processo de transição saúde-doença

A Sr^a MRMR, de 71 anos, foi vista bem pela última vez na manhã do dia 25/10/2023. Cerca das 18H30 foi encontrada pelo marido consciente, mas sem reação a estímulos. Levada pelos

bombeiros para o serviço de urgência tendo sido internada na enfermaria de subagudos da Unidade de AVC a 3/11/2023. Como antecedentes clínicos, apresenta: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, AIT carotídeo esquerdo em 2016 (terá sido seguida em consulta de Neurologia e Cirurgia Vascular e submetida a endarteriectomia carotídea direita e esquerda por estenose de 80-90% e 70-80%, respetivamente, com alta em 2021 para Medicina Geral e Familiar para controlo de fatores de risco), doença hepática crónica de etiologia alcoólica (Child-Pugh classe A, teve alta em 2012 da consulta externa de Gastroenterologia e terá abandonado consumos alcoólicos há mais de 10 anos), litíase renal e patologia degenerativa osteoarticular. Sem alergias medicamentosas conhecidas, segundo a própria. Em termos de lateralidade é destra.

A forma como a pessoa lida com as mudanças (temporárias ou permanentes) que ocorrem, por via da alteração da sua condição de saúde, deve ser alvo das terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010). Esta passagem de um estado/condição para outro distinto – transição – implica um processo psicológico de reorganização e adaptação, que permita a incorporação das mudanças por parte da pessoa e cuidador. É esperado que a pessoa e o cuidador se adaptem às novas circunstâncias, sendo que no sentido de facilitar o processo, importa o acompanhamento do EEER. A Teoria da Transições (Meleis et al., 2000) ajuda na compreensão das vivências da pessoa e família em qualquer momento do processo, favorecendo o seu desenrolar. Segundo este referencial teórico, existem algumas propriedades que interferem no processo de transição: consciencialização (a pessoa reconhece a situação/mudanças implicadas e os recursos que tem disponíveis), envolvimento (que depende da motivação intrínseca e/ou extrínseca), o intervalo de tempo (na medida em que o processo de modificação interna é favorecido à medida do tempo), a perceção da mudança/diferença (o sentir-se diferente) e eventos críticos (cujo desenrolar interfere com a velocidade do processo de consciencialização).

As intervenções terapêuticas em enfermagem de reabilitação podem interferir ou ter interferência pelas condições da comunidade, sociedade e pessoais. Para este último concorrem significados, crenças, status socioeconómico, preparação e o conhecimento. O que se pretende no final do processo é que a pessoa (e/ou cuidador) adquira mestria, isto é, tenha conhecimentos e habilidades para lidar com a nova condição de saúde, e identidade fluida, ou seja, uma nova visão de si e do futuro. Existem indicadores que permitem perceber se o processo decorre de forma saudável – indicadores de resultado (sentir-se ligado, interagir, estar situado e o desenvolvimento de confiança e coping) (Meleis et al., 2000).

No sentido de permitir a identificação dos fatores pessoais e ambientais que interferem nos domínios físico, psicológico e emocional, tanto da pessoa como da família, o genograma e o ecomapa podem ser instrumentos úteis. Trata-se de uma família nuclear. A Sr^a MRMR e o marido, ambos reformados (eram agricultores) estão casados há 52 anos, têm três filhas, um filho, seis netos e um bisneto. A segunda filha do casal, reside com os pais, não tem filhos, nem é casada e assume-se como cuidadora informal dos pais. É empregada de num posto de

gasolina com horário parcial, completando em média vinte e cinco horas semanais. Os restantes membros da família residem em localidades próximas, a Sr^a MRMR refere ter relações efetivas e saudáveis com todos os elementos, particularmente com os filhos e com a neta mais velha. No âmbito do contexto externo, a Sr^a MRMR tem uma boa relação com os vizinhos, a equipa do Centro de Saúde e com a igreja (que frequenta ao domingo). A cuidadora refere que tem uma relação particularmente próxima e forte com os pais, amigos e com os elementos do seu local de trabalho. De seguida é apresentado o genograma e o ecomapa da família.

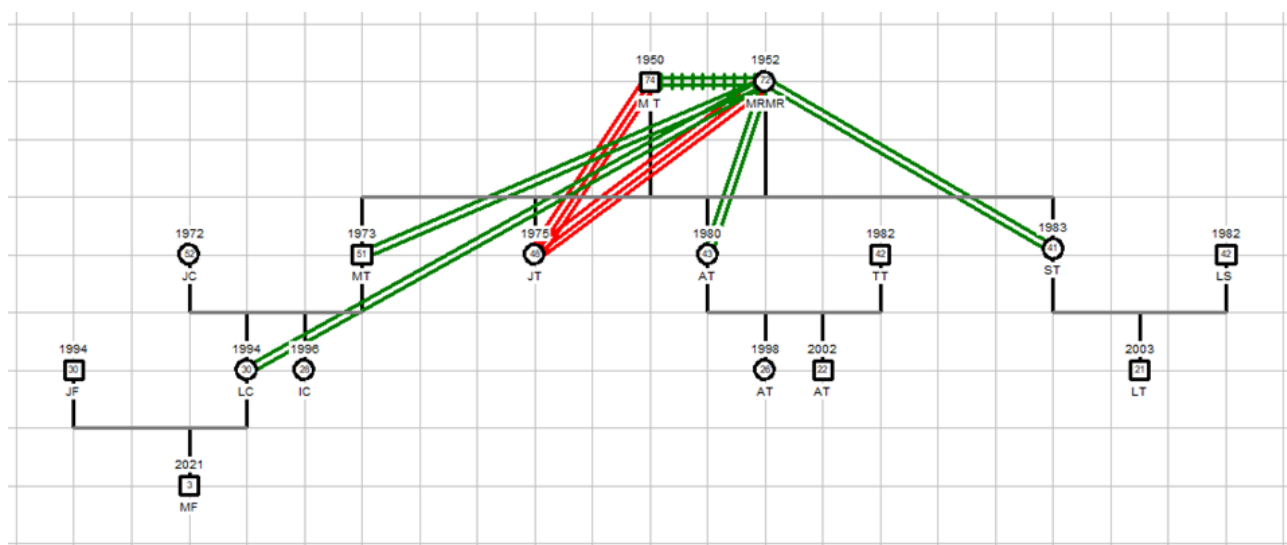


Figura 2: Genograma da família da Sr^a MRMR.

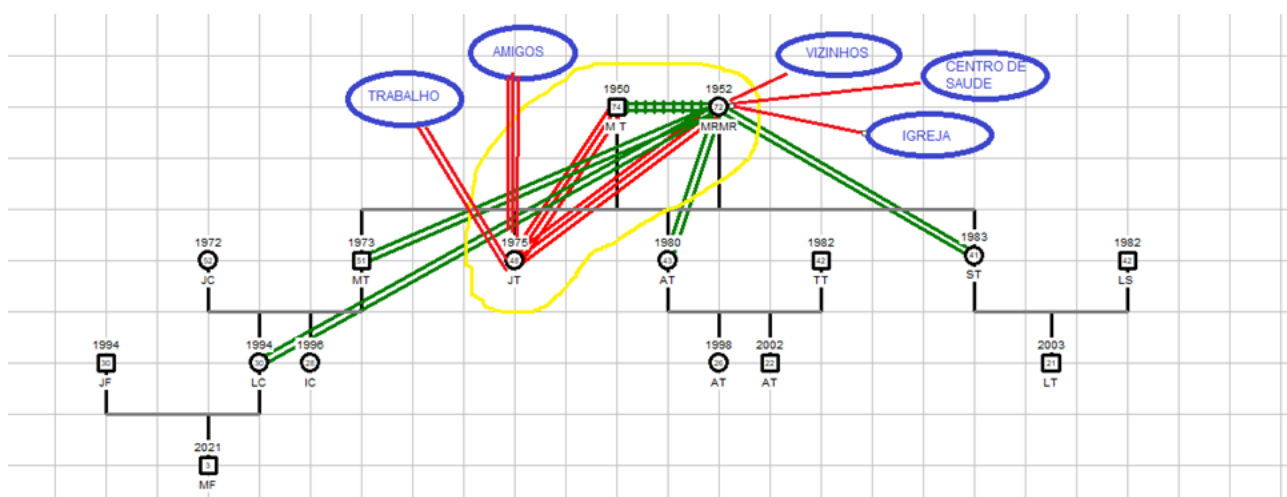


Figura 3: Ecomapa da família da Sr^a MRMR

No que concerne à avaliação dos aspetos instrumentais do desenvolvimento familiar, a cuidadora é a principal interveniente, sendo responsável pela confeção das refeições, compras (de alimentos e medicamentos), lida da casa, tratamento das roupas, transporte a consultas ou tratamentos médicos e assistência aos pais ao nível do autocuidado, designadamente no tomar banho, arranjar-se, vestir-se/despir-se e na administração de fármacos (designadamente a insulina). Nos restantes autocuidados, previamente ao internamento, o casal de idosos era independente e cognitivamente íntegros. No que se reporta à avaliação da componente expressiva, não há referência a conflito familiar, existindo uma interação de papéis através de uma comunicação eficaz. Não se verificam crenças dificultadoras que impeçam a resolução de problemas. Evidencia-se uma interação que denota comportamento de procura de saúde com os profissionais do contexto hospitalar.

A Sr^a MRMR reside em moradia própria, de um piso, composta por três quartos (sendo que um deles funciona como quarto de arrumos), uma cozinha e uma sala de estar/jantar. Refere que nas traseiras da habitação há um anexo que é utilizado como lavandaria e para arrumos. Ainda nas traseiras existe uma pequena horta com um galinheiro. A entrada exterior da habitação tem quatro degraus, de altura variável, sem corrimão. O acesso ao interior da habitação é feito por uma porta que dá acesso à sala de estar/jantar. Segundo a própria, na cozinha existem armários altos que são usados somente pela cuidadora e os corredores são largos e desimpedidos. Refere que o seu quarto tem uma cama de casal, um armário para a roupa, uma cómoda e duas mesas de cabeceira colocadas em cada lado da cama. A sala de estar/jantar existe um sofá com assentos altos, com braços e apoio de costas e uma mesa (fixa e segura) com quatro cadeiras. O WC tem um poliban, uma sanita, um bidé e um lavatório. Nesta divisão não estão incorporadas barras de apoio, nem existe tapete antiderrapante ou banco/cadeira de banho. Nas divisões da casa não há tapetes. Existe iluminação em todas as divisões, com interruptores acessíveis, o que permite a circulação com segurança, mesmo durante a noite. No quarto, as mesas de cabeceira têm candeeiros. Os puxadores das portas são de alavanca e encontram-se a uma altura de fácil alcance.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 71 anos | Feminino

Cuidador

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Parentesco: filha / filho.

03-11-2023 08:30 - Coabita com a pessoa dependente.

03-11-2023 08:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

03-11-2023 08:30 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

03-11-2023 08:30 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

03-11-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

03-11-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

03-11-2023 08:30 - suficiente para assegurar na totalidade.

03-11-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para dar banho

03-11-2023 08:30 - suficiente para assegurar na totalidade.

03-11-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para transferir

03-11-2023 08:30 - suficiente para assegurar na totalidade.

03-11-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-03 08:30:00	Clopidogrel, 75 mg, ao almoço	
2023-11-03 08:30:00	Aspirina, 100 mg, ao almoço	
2023-11-03 08:30:00	Pantoprazol, 40 mg, em jejum	
2023-11-03 08:30:00	Insulina glargina, 16UI, às 19H00	
2023-11-03 08:30:00	Amlodipina + olmesartan medoxomilo, 5 mg + 20 mg, às 08H00	
2023-11-03 08:30:00	Rosuvastatina + ezetimiba, 20 mg + 10 mg, às 22H00	

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

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

Os exames complementares de diagnóstico, como a TC CE, a angioTC do arco aórtico, troncos vasculares supra-aórticos e cerebral, a RM CE, o eletrocardiograma e a avaliação laboratorial (hemograma com plaquetas, INR, glicemia, função renal) sustentam a tomada de decisões terapêuticas e/ou cirúrgicas no âmbito do doente com suspeita de compromisso neurovascular (DGS, 2017).

A Sr^a MRMR, a 25/10/2023, realizou angioTC CE. O relatório deste exame descreve: “sinais incipientes de leucoencefalopatia subcortical microangiopática aterosclerótica. Enfarte isquémico talâmico esquerdo, sem efeito de massa regional. Enfartes lacunares lenticulocapsulares e das coroas radiárias, de cronologia imprecisa. Sistema ventrículo-cisternal permeável. Sulcos corticais patentes. Padrão de atrofia cerebral cortical difusa. Ausência de coleções hídricas e/ou hemáticas extra-axiais. Regular morfologia e calibre dos segmentos dos eixos carotídeos, sem evidencia de lesões ectasiantes e/ou estenosantes. Regular permeabilidade das artérias vertebrais. No estudo da circulação intracraniana assinalamos regular calibre e permeabilidade das artérias proximais intracranianas dos sistemas carotídeo e vertebro-basilar, sem evidência de estenoses, oclusões ou trombos endoluminais. Sem evidência de trombo”.

Dependendo da persistência ou recorrência de fatores de risco vasculares, outros meios complementares de diagnóstico como o ecodopler dos vasos carotídeo e vertebral sugerem a existência, ou não, de placas ateromatosas suscetíveis à rutura, especialmente em doentes com sintomas típicos ou atípicos de lesão carotídea e endarterectomia prévia (Mateus, 2015).

O relatório do ecodopler dos vasos carotídeo e vertebral, realizado a 3/11/2023, indaga não existir “evidência de alterações morfológicas ou hemodinâmicas significativas ao nível dos bolbos carotídeos direito e esquerdo (regiões endarterectomizadas)”.

O ecocardiograma (transtorácico ou transesofágico) é indispensável para a deteção de fontes embólicas (fibrilhação auricular ou enfarte agudo do miocárdio) ou patologias cardíacas em doentes com AVC. A presença de tais patologias pode constituir-se como uma contra-indicação ou limitação para o processo de reabilitação (Mateus, 2015).

O ecocardiograma transtorácico, realizado a 3/11/2023, determina: “Exame condicionado por

deficiente janela ecocardiográfica. Câmaras cardíacas não dilatadas. Septos aparentemente íntegros. Raiz da aorta e artéria pulmonar sem alterações valorizáveis. Hipertrofia ligeira das paredes do ventrículo esquerdo. Observa-se ligeira aceleração do fluxo a nível medioventricular, com gradiente dinâmico máximo de 17 mmHg. Estruturas valvulares com ligeiras alterações morfológicas do tipo degenerativo. Válvula mitral com calcificação do anel folheto posterior, com ligeira aceleração de fluxo transmitral e gradientes transvalvulares máximo e médio de 5 e 3 mmHg, respetivamente – sem limitação significativa da sua amplitude de abertura. Insuficiência mitral mínima. Insuficiência tricúspide mínima. Fluxo pulmonar não sugestivo de HTP. Função sistólica global biventricular normal. Sem alterações da contratilidade segmentar. Pericárdio sem alterações valorizáveis. Não se visualização massas intracavitárias.”

Do estudo analítico da Srª MRMR (3/11/23) salienta-se: glicose jejum 190mg/dL // HgbA1c 14,3 g/dL // LDL 126mg/dL // leuconitritúria.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-11-2023 08:30	Consciência	
03-11-2023 08:30	Força muscular	
03-11-2023 08:30	Movimento articular	
03-11-2023 08:30	Tónus muscular	
03-11-2023 08:30	Função motora fina	
03-11-2023 08:30	Equilíbrio estático	
03-11-2023 08:30	Equilíbrio dinâmico	
03-11-2023 08:30	Visão	
03-11-2023 08:30	Audição	
03-11-2023 08:30	Perceção corporal	
03-11-2023 08:30	Reflexo corneano	
03-11-2023 08:30	Comunicação verbal	
03-11-2023 08:30	Sistema respiratório	
03-11-2023 08:30	Sistema cardiovascular	
03-11-2023 08:30	Mastigação	
03-11-2023 08:30	Deglutição	
03-11-2023 08:30	Eliminação intestinal	
03-11-2023 08:30	Eliminação urinária	
03-11-2023 08:30	Pele e mucosas	
03-11-2023 08:30	Metabolismo	
03-11-2023 08:30	Termorregulação	
03-11-2023 08:30	Sono	
03-11-2023 08:30	Autoconceito	
03-11-2023 08:30	Emoção	
03-11-2023 08:30	Memória	
03-11-2023 08:30	Virar-se	
03-11-2023 08:30	Erguer-se	
03-11-2023 08:30	Transferir-se	

Início	Domínios	Fim
03-11-2023 08:30	Sentar-se	
03-11-2023 08:30	Vestir-se ou despir-se	
03-11-2023 08:30	Andar	
03-11-2023 08:30	Alimentar-se	
03-11-2023 08:30	Autogestão do regime medicamentoso	
03-11-2023 08:30	Padrão alimentar	
03-11-2023 08:30	Sensações somáticas	
03-11-2023 08:30	Atividade psicomotora	
03-11-2023 08:30	Status neurológico	
03-11-2023 08:30	Cuidar da higiene pessoal	

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

Consciência

O estado de consciência é a percepção que a pessoa tem de si mesma e do meio ambiente onde se encontra (Menoita, 2012). Na ontologia em enfermagem a consciência corresponde a uma resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, o que permite a manutenção da mente alerta e sensível ao ambiente exterior. A alteração desta resposta mental pode indicar lesão cerebral (Powers et al., 2019). Atendendo a que a Sr^a. MRMR teve um AVC, torna-se fundamental a identificação deste domínio.

Status neurológico

No âmbito da conceção de cuidados é importante que o EEER proceda à avaliação inicial da pessoa com AVC, tendo em conta a sua condição e necessidades (Araújo et al., 2021). A AHA/ASA recomenda a utilização de uma escala de classificação da gravidade do AVC, preferencialmente a NIHSS para avaliação do estado neurológico. Esta análise pode ser complementada pela avaliação dos doze pares cranianos (Powers et al., 2019), caracterizando com mais profundidade o status neurológico.

Reflexo corneano

O reflexo corneano reporta para a avaliação do nervo trigémeo e traduz-se por toque leve na córnea com um algodão humedecido. A avaliação dos pares cranianos faz parte do exame neurológico e é basilar para a avaliação do estado clínico da pessoa com AVC (Teasel et al, 2020).

Memória

O comprometimento cognitivo decorrente do AVC é frequente. Os domínios cognitivos mais acometidos são a memória, orientação, linguagem e atenção. A avaliação da memória (imediate, recente e remota), baseada na linguagem e nível visuoespacial, é importante para a

adequação do plano de reabilitação (Winstein et al., 2016).

Sistema respiratório

As diretrizes da AHA/ASA (2019), que visam o tratamento precoce de doentes com AVC isquêmico agudo, orientam para o suporte das vias aéreas e para a assistência ventilatória se disfunção bulbar. No entanto, independentemente da área de lesão, as orientações visam manter saturações periféricas de oxigénio superiores a 94% (Powers et al., 2019), motivo pelo qual se torna relevante a identificação deste domínio.

Sistema cardiovascular

A hipotensão e a hipovolemia devem ser corrigidas, no sentido de manter os níveis de perfusão sistémica necessários para apoiar a função do órgão. A hipotensão pode causar complicações, tais como o comprometimento da perfusão cerebral no tecido de penumbra (com agravamento do AVC) e lesão renal aguda (por hipoperfusão renal). A exceção está em casos de comorbilidades agudas graves que exigem uma redução da pressão arterial para prevenir doenças graves. Doentes que não receberam alteplase IV ou trombectomia mecânica e que não tenham comorbilidades que não requerem tratamento anti-hipertensivo urgente, como na situação do caso em estudo, o benefício em iniciar ou reiniciar o tratamento da hipertensão nas primeiras 48-72 horas é incerto (Powers et al., 2019).

Termorregulação

Dados fornecidos pelo estudo de coorte retrospectivo de Saxena et al. (2015) demonstram que a hipertermia em doentes com AVC está associada a risco aumentado de morte hospitalar, pelo que fontes de hipertermia (isto é, temperatura superior a 38°C) devem ser identificadas e tratadas (Powers et al., 2019), motivo pelo qual se torna relevante a identificação deste domínio.

Metabolismo

A hiperglicemia e hipoglicemia intra-hospitalar persistentes estão associadas a piores resultados do AVC. Os níveis de glicose no sangue devem localizar-se no limite superior de 140 a 180 mg/dL e não inferiores a 60mg/dL (Powers et al., 2019). Posto isto, e considerando os antecedentes clínicos da Sr^a MRMR, foi identificado este domínio por forma a promover o controlo dos valores de glicemia capilar e, assim, favorecer a sua estabilidade clínica.

Força muscular

O AVC causa limitação da irrigação ao córtex ou ao trato corticoespinal, provocando lesão no tecido neural. O córtex motor primário é a região primária do sistema motor, está localizado na porção posterior no lobo frontal e trabalha em associação com outras áreas motoras. As lesões neurais causadas pelo AVC, que condicionam o comprometimento destas estruturas, conduzem a diferentes graus de diminuição da força muscular. Portanto, a diminuição da força muscular,

por si só, pode ser um indicador de agravamento de lesão cerebral contralateral ao déficit motor (Guyton & Hall, 2011).

Pessoas com AVC na artéria cerebral média habitualmente apresentam diminuição da força muscular de predomínio braquial (Teasel et al, 2020). Atendendo a que a Srª MRMR teve um AVC neste território, torna-se fundamental a identificação deste domínio.

Para além do processo fisiopatológico decorrente do AVC, a processo natural do envelhecimento pode gerar compromisso na força muscular, pela perda preferencial de fibras musculares de contração rápida e pela formação de unidades motoras menos eficientes (Fleck & Kraemer, 2017). Posto isto, a necessidade de identificação deste domínio na Srª MRMR também decorre desse processo.

Movimento articular

Embora decorrente do AVC, numa fase aguda, possa não existir compromisso no movimento articular, o processo natural de envelhecimento pode desencadear alterações a este nível (Zhai et al., 2023). Estas alterações devem ser precocemente identificadas, uma vez que podem determinar ajustes na conceção de cuidados. Por esse motivo, no caso da Srª MRMR justifica-se a identificação deste domínio.

Tónus muscular

Habitualmente, o córtex motor primário exerce, nos neurónios motores da medula espinal, efeito de estimulação do tónus muscular. Ora, se esta estimulação for interrompida ocorre hipotonia. No AVC, habitualmente a lesão cerebral não envolve somente o córtex motor, mas também as vias extrapiramidais dos núcleos da base. Assim, as vias extrapiramidais que são danificadas deixam de inibir os núcleos motores vestibulares e reticulares do tronco cerebral. A quebra da inibição dos núcleos motores provoca aumento do tónus nos músculos envolvidos no lado aposto do corpo (porque as fibras motoras cruzam), o que pode culminar na espasticidade que, frequentemente, acompanha o AVC (Guyton & Hall, 2011). Para o caso em estudo, a identificação deste domínio torna-se, por isso, essencial.

Função motora fina

A capacidade de controlar os movimentos finos depende da associação do córtex motor primário, do núcleo caudado subjacente e das áreas motoras, pré-motoras e motoras suplementares adjacentes. Se por via do AVC o córtex motor primário for afetado, sem que as outras estruturas o sejam, a pessoa pode apresentar movimentos posturais motores grosseiros das extremidades, porém os movimentos finos dos segmentos distais (especialmente mãos e dedos) podem estar comprometidos. Portanto, se o AVC afetar a área piramidal, os músculos das mãos podem contrair, mas a capacidade de gerar movimentos finos pode perder-se (Guyton & Hall, 2011). Daí a pertinência em identificar o domínio que remete para as habilidades

motoras finas manuais no caso em estudo.

Equilíbrio

O equilíbrio depende de informações dos sistemas sensorial, vestibular e somatossensorial. De forma sintética, se compromissos nesses sistemas não forem detetados e tratados, pode desencadear-se uma cascata de acontecimentos catastróficos para a pessoa (Winstein et al., 2016). Atividades diagnósticas precisas no âmbito do equilíbrio, no caso da Sr^a MRMR, orientam para a identificação de dados que sustentam os diagnósticos e, conseqüentemente, o planeamento de intervenções no sentido em alcançar os resultados pretendidos.

Percepção corporal

O compromisso da percepção corporal não está associado a um défice sensorial primário ou motor, corresponde a uma condição neuropsicológica que provoca um défice de atenção num lado do espaço (Winstein et al., 2016). Este compromisso ocorre em 25% dos doentes encaminhados para reabilitação após AVC e decorre predominantemente de lesões parietais direitas. Esta falha em caracterizar, responder ou orientar estímulos sensoriais apresentados no lado contralateral à lesão cerebral, quando emerge de forma evidente nos primeiros dias após o AVC indica gravidade. Contudo, em ambiente hospitalar, formas mais subtis desta condição podem passar despercebidas. A apresentação clínica do compromisso da percepção corporal é complexa e difere de pessoa para pessoa (Blackport et al., 2020). Remetendo para o presente estudo de caso, a identificação deste domínio é importante, na medida em que o seu compromisso é indicativo de agravamento de lesão cerebral, orientado para a conceção de cuidados.

Sensações somáticas

O AVC pode produzir alterações no sistema somatossensorial, pelo comprometimento do sistema nervoso central, produzindo limiares sensoriais e de cinestesia diminuídos. Dependendo da extensão do défice neurológico, a pessoa com AVC pode apresentar limiar de dor térmica mais elevado e de pressão mais reduzido (Winstein et al., 2016). A identificação deste domínio, no caso da Sr^a MRMR, visa a implementação de atividades diagnósticas que permitam a identificação de alterações desta condição. Assim, é também possível orientar a conceção de cuidados para a segurança e eficácia dos processos corporais, bem como para as atividades de vida diária.

Atividade psicomotora

A atividade psicomotora, objetivada através da coordenação dos movimentos voluntários, pode estar comprometida em lesões no cerebelo, pedúnculos cerebelares e nos tratos cerebelares do tronco cerebral, causando atraso no início do movimento dos membros, erros de tempo, trajetória, com dismetria (Winstein et al., 2016). Alterações da coordenação dos movimentos

voluntários podem indicar compromisso neurológico, justificando a pertinência da identificação deste domínio no presente estudo de caso.

Mastigação e deglutição

As complicações associadas à deglutição e mastigação são comuns nos doentes com AVC agudo (Powers et al., 2019). Os músculos da cavidade oral são enervados pelos nervos trigêmeo e facial, a língua pelo hígoglosso e os músculos faríngeos pelo glossofaríngeo e vago (Hirano & Kahrilas, 2017). Lesões no trato corticoespinal causadas pelo AVC podem comprometer os nervos craneanos e, desta forma, prejudicar a mastigação e a deglutição. O compromisso nestes domínios está associado ao risco aumentado de desenvolvimento de pneumonia de aspiração que, por sua vez, se associa a piores resultados para os doentes (Powers et al., 2019), o que justifica, desta forma, a pertinência na identificação destes domínios.

Visão

O AVC pode frequentemente causar deficiência visual. O controlo dos movimentos oculares voluntários depende da área pré-motora, localizada imediatamente acima da área de Broca. Se o AVC comprometer esta área cerebral, a pessoa pode ter dificuldade no controlo das pálpebras e tende a travar involuntariamente o olhar, pelo efeito do córtex visual occipital. Através da avaliação do terceiro (oculomotor comum), quarto (troclear ou patético) e sexto (abducente ou oculomotor externo) pares cranianos, é possível objetivar estas alterações (Guyton & Hall, 2011). As deficiências visuais após o AVC podem incluir movimentos oculares anormais, redução de acuidade visual, diplopia, défices no processamento visual de ordem superior, dificuldades de leitura e prejuízo na visão das cores (Winstein et al., 2016). Desta forma, justifica-se a pertinência na identificação do domínio da visão para o caso da Sr^a MRMR.

Audição

O AVC pode resultar em perda auditiva aguda que, frequentemente, decorre de isquemia da artéria cerebelar anteroinferior. A perda da audição é muitas vezes acompanhada por défices adicionais relacionados com enfarte do tronco cerebral/cerebelar. A avaliação do oitavo par craniano (vestibulococlear) pode indicar compromisso na audição (Guyton & Hall, 2011). O processo de envelhecimento também pode causar prejuízo neste domínio e comprometer a comunicação verbal. A identificação deste domínio visa a implementação de atividades diagnósticas que permitam identificar um eventual compromisso, indicando agravamento do AVC, ou reportando-se para uma condição prévia ao internamento, o que favorece a adequação da conceção de cuidados.

Comunicação verbal

Ao longo da região perissilviana do hemisfério esquerdo encontram-se as áreas fundamentais para a linguagem. Um destes centros específicos é a área de Broca que se localiza no lobo

frontal inferior. O AVC que envolve esta estrutura, provoca interferência na fonologia, fluência e estrutura gramatical. A área de Wernicke encontra-se nas porções posteriores do lobo temporal e o compromisso nesta estrutura causa interferência na capacidade da pessoa em compreender a mensagem falada ou escrita e a capacidade em expressar pensamentos por palavras. Estes dois centros estão interligados e danos nesta rede causam défices de linguagem, isto é, afasia. A disartria, por outro lado, não se reporta a uma perturbação da função cognitiva, diz respeito a uma perturbação na articulação verbal, por falta de força, alteração do tónus ou da coordenação dos músculos da fonação. Na avaliação informal da linguagem é importante considerar quatro áreas fundamentais: o discurso espontâneo, a compreensão, nomeação e a repetição (Mesulam, 2017). No caso da Sr^a MRMR, o domínio da comunicação verbal permite a identificação de agravamento do défice neurológico, bem como a adequação da conceção de cuidados.

Andar

O AVC pode causar perda ou dificuldade no andar e esta pode ser uma das suas consequências mais devastadoras. As deficiências na marcha, com consequente padrão instável, ineficiente e com risco de queda associado, exigem frequentemente intervenção dos EEER. (Winstein et al., 2016). O referido pode ainda ser agravado na sequência do processo natural do envelhecimento (Zhai et al., 2023).

O andar depende da integridade de diversos sistemas e estruturas corporais (como a postura corporal, a função vestibular, a propriocepção, a visão), sendo que qualquer alteração nestes sistemas, pode comprometer o ciclo da marcha. A marcha hemiplégica (helicópede ou ceifante) é a marcha patológica mais comum relacionada com o AVC, devido ao padrão espástico do membro inferior. Neste padrão de marcha ocorre rotação externa da anca, extensão das articulações da anca e joelho, inversão da tibiotársica e dorsiflexão do pé. Assim, o membro inferior afetado avança em semicírculos (Mesquita, 2012).

Atividades diagnósticas no âmbito do andar fornecem dados relevantes acerca da condição da Sr^a MRMR e são fundamentais para o processo de conceção de cuidados.

Autocuidado

As atividades de autocuidado são parte integrante do quotidiano da pessoa. A incapacidade gerada pelo AVC, pelo comprometimento em diferentes domínios do funcionamento humano, pode levar à perda de independência para a sua concretização. O compromisso no autocuidado, na sequência do AVC, pode comprometer a independência da pessoa e, consequentemente, requerer a sua assistência por cuidadores. O exposto pode ter impacto não só para a pessoa, como também para a sua família. As relações sociais podem ficar conturbadas, com necessidade de alteração de papéis, gerando necessidades especiais de cuidados e problemas económicos (Araújo et al., 2021; Mesquita, 2012).

A avaliação da capacidade da pessoa para a concretização das atividades inerentes aos

diferentes autocuidados será determinante para o planeamento efetuado. Neste contexto, e atendendo a que a Sr^a. MRMR teve um AVC, torna-se essencial a identificação deste domínio.

Autoconceito e emoção

Após o AVC é comum que a pessoa apresente sintomas depressivos (Powers et al., 2019). Embora os mecanismos de depressão não estejam completamente compreendidos, os preditores de depressão pós-AVC incluem história de depressão e história familiar de transtorno psiquiátrico, incapacidade grave, comprometimento cognitivo, AVC da circulação anterior e sexo feminino (Winstein et al., 2016). A identificação destes sintomas fornece dados relevantes ao processo de reabilitação, na medida podem prejudicar a capacidade da pessoa em participar nele (Araújo et al., 2021), daí a pertinência da identificação deste domínio no caso da Sr^a MRMR.

Eliminação urinária e intestinal

A incontinência (urinária e fecal) é uma disfunção comum após o AVC, embora muitos doentes recuperem esta capacidade. Muitas são as causas associadas à incontinência que vão desde a perda da consciência da necessidade de urinar/defecar, limitação da mobilidade que condiciona as idas ao WC, como o compromisso na comunicação que impede a verbalização desta necessidade. A incontinência pode causar estigma social, maior necessidade de cuidados de saúde e aumento do risco de lesões cutâneas (Winstein et al., 2016). Esta é uma parte essencial do processo de reabilitação, tal como previsto no regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019).

Pele e mucosas

As lesões do sistema corticoespinal decorrentes do AVC podem causar alterações do estado de consciência e compromissos sensoriomotores, como hemiparesia e hipostesia. A conjugação destes fatores pode favorecer a ocorrência de lesões cutâneas. A idade avançada, a insuficiência venosa periférica e a incontinência (urinária ou vesical) são fatores intrínsecos à pessoa que, quando conjugados, podem ainda favorecer mais este processo (AHA/ASA, 2019), daí a relevância de identificar este domínio.

Autogestão da doença, do regime medicamentoso e dietético

No âmbito da autogestão dos fatores de risco cardiovasculares é importante que Sr^a MRMR incorpore e adote comportamentos de saúde, desenvolvendo competências que a capacitem para uma gestão eficaz da doença, no sentido de prevenir agudizações da sua condição de saúde. Homem et al. (2022) defendem que no cuidado ao doente devem ser alvo de atenção os seus respetivos fatores de risco, isto é o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o consumo excessivo de álcool, o controlo da hipertensão arterial, da dislipidemia, da diabetes mellitus, dos fatores psicossociais/ansiedade e das perturbações do sono.

Sono

Independentemente dos fatores de risco tradicionais para as doenças cardiovasculares, as perturbações do sono, designadamente no que concerne à duração e horários irregulares, também têm sido apontadas como fator de risco independente para o desenvolvimento e/ou exacerbação de diversas condições cardiovasculares (Homem et al., 2022). Tendo em conta o exposto, justifica-se a pertinência na identificação deste domínio para o caso em estudo.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Consciente.

03-11-2023 08:30 - Determinar sinais de alteração da consciência

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem horário]

06-11-2023 08:30 - Consciente.

Força muscular

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Força - contração muscular

03-11-2023 08:30 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

03-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

03-11-2023 08:30 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

03-11-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

03-11-2023 08:30 - Face Direita(o): desvio da comissura labial sem apagamento do sulco naso labial.

03-11-2023 08:30 - Face Esquerda(o): mobilidade da face simétrica e sem alterações.

03-11-2023 08:30 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro superior direito: Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltóide, coracobraquial e bicípite braquial), extensores (deltóide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltóide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor); flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancónio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e

curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade - score 4.

03-11-2023 08:30 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro superior esquerdo: Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltóide, coracobraquial e bicípite braquial), extensores (deltóide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltóide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor); flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancônio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: força normal - score 5.

03-11-2023 08:30 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro inferior direito Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho: força normal - score 5. Dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnémio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade - score 4.

03-11-2023 08:30 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro inferior esquerdo: Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho: força normal - score 5. Dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial

anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnêmio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade - score 4.

03-11-2023 08:30 - Avaliação da face em repouso (simetria e tônus) e em movimento, segundo a Escala de House-Brackmann (House & Brackmann, 1985): Paresia facial central direita ligeira, só detetável com inspeção cuidada; fecha olho direito completamente com mínimo esforço; assimetria só no sorriso forçado; sem complicações (espasmos, contraturas, sincinesias) - Grau 2: disfunção ligeira.

03-11-2023 08:30 - Dinamometria com dinamómetro digital manual, média de 3 medições, com descanso entre elas de 60 segundos. Pessoa posicionada em posição confortável, numa cadeira com encosto vertical reto, sem suporte de MS, com ombro abduzido e em rotação neutra, cotovelo com flexão de 90°, antebraço em posição neutra e punho entre 0-30° de extensão. Utilização do mesmo instrumento e à mesma hora do dia em todas as medições (Santos et al., 2021). Estado físico de acordo com o resultado do teste dado pelo dinamómetro: sexo feminino (70-99 anos) - fraco (<14,7 quilograma-força), normal (14,7 - 24,5 quilograma-força), forte (>24,5 quilograma-força). - Membro superior direito (mão não dominante): 8,8 quilograma-força. - Membro superior esquerdo (mão dominante): 10,1 quilograma-força.

03-11-2023 08:30 - Paresia

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da força muscular

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da força - contração muscular [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Força - contração muscular

06-11-2023 08:30 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Face Direita(o): desvio da comissura labial sem apagamento do sulco naso labial [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Face Esquerda(o): mobilidade da face simétrica e sem alterações [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Melhorar força muscular

03-11-2023 08:30 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Executar massagem dos músculos da face [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo

[1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [RESOLVIDO]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM]

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Instruir exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Treinar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Realiza os exercícios músculo-articulares de acordo com a recomendação.

06-11-2023 08:30 - Refere insatisfação com a autogestão dos exercícios músculo-articulares mas disponibilidade para melhorar.

03-11-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares

03-11-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para executar os exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Instruir cuidador sobre exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Treinar cuidador a executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - O cuidador realiza os exercícios músculo-articulares de acordo com a recomendação.

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro superior direito (MSD): Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltóide, coracobraquial e bicípite braquial), extensores (deltóide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltóide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor); flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancónio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade – score 4. [MANTEVE]

06-11-2023 08:30 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro superior esquerdo (MSE): Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltóide, coracobraquial e bicípite braquial), extensores (deltóide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltóide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor); flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancónio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: força normal - score 5. [MANTEVE]

06-11-2023 08:30 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro inferior direito (MID): Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho: força normal - score 5. Dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnémio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade - score 4+. [MELHOROU]

06-11-2023 08:30 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro inferior esquerdo (MIE): Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho: força normal - score 5. Dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnémio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade - score 4+. [MELHOROU]

06-11-2023 08:30 - Avaliação da face em repouso (simetria e tônus) e em movimento, segundo a Escala de House-Brackmann (House & Brackmann, 1985): Paresia facial central direita ligeira, só detetável com inspeção cuidada; fecha olho direito completamente com mínimo esforço; assimetria só no sorriso forçado; sem complicações (espasmos, contraturas, sincinesias) - Grau 2: disfunção ligeira.

06-11-2023 08:30 - Dinamometria com dinamómetro digital manual, média de 3 medições, com descanso entre elas de 60 segundos. Pessoa posicionada em posição confortável, numa cadeira com encosto vertical reto, sem suporte de membros superiores (MS), com ombro abduzido e em rotação neutra, cotovelo com flexão de 90º, antebraço em posição neutra e punho entre 0-30º de extensão. Utilização do mesmo instrumento e à mesma hora

do dia em todas as medições (Santos et al., 2021). Estado físico de acordo com o resultado do teste dado pelo dinamômetro: sexo feminino (70-99 anos) – fraco (<14,7 quilograma-força), normal (14,7 – 24,5 quilograma-força), forte (>24,5 quilograma-força). MSD (mão não dominante): 9 quilograma-força. // MSE (mão dominante): 11,2 quilograma-força.

Movimento articular

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Articulação

03-11-2023 08:30 - Antebraço Direita(o): Supinação.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Antebraço Direita(o): Pronação.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.

03-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular limitada.

03-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular limitada.
03-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular limitada.
03-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular limitada.
03-11-2023 08:30 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Ombro Direita(o): Abdução.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Ombro Direita(o): Adução.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Ombro Direita(o): Flexão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular limitada.
03-11-2023 08:30 - Ombro Direita(o): Extensão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Ombro Direita(o): Rotação externa.

03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Ombro Esquerda(o): Adução.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular limitada.
03-11-2023 08:30 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Punho Direita(o): Flexão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Punho Direita(o): Extensão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Punho Direita(o): Desvio radial.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Punho Esquerda(o): Flexão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Punho Esquerda(o): Extensão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
03-11-2023 08:30 - mobilidade articular total.
03-11-2023 08:30 - Flexão dos ombros (direito e esquerdo): 0-140º.
03-11-2023 08:30 - Flexão plantar (pé direito e esquerdo): 0-36º.
03-11-2023 08:30 - Dorsiflexão (pé direito e esquerdo): 0-15º.

03-11-2023 08:30 - Rigidez articular

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da amplitude articular

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da amplitude articular [1x/sessão]*

06-11-2023 08:30 - Articulação

06-11-2023 08:30 - Ombro Direita(o): Flexão.

06-11-2023 08:30 - 140 ° (graus).

06-11-2023 08:30 - Ombro Esquerda(o): Flexão.

06-11-2023 08:30 - 140 ° (graus).

06-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.

06-11-2023 08:30 - 36 ° (graus).

06-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.

06-11-2023 08:30 - 15 ° (graus).

06-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.

06-11-2023 08:30 - 36 ° (graus).

06-11-2023 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.

06-11-2023 08:30 - 15 ° (graus).

03-11-2023 08:30 - Evitar agravamento da rigidez articular

03-11-2023 08:30 - *Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido [1x/sessão ou SOS]*

03-11-2023 08:30 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

[RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular [1x/sessão ou SOS]*

[FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - *Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]*

03-11-2023 08:30 - Instruir exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]
03-11-2023 08:30 - Treinar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]
03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

Tónus muscular

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Tónus

03-11-2023 08:30 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

03-11-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

03-11-2023 08:30 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

03-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

03-11-2023 08:30 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Grau 0 - tónus normal (à mobilização passiva dos membros, não é identificada resistência ao movimento).

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do tónus muscular

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do tónus muscular [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Tónus

06-11-2023 08:30 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Grau 0 - tónus normal (à mobilização passiva dos membros, não é identificada resistência ao movimento).

Função motora fina

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Destreza manual

03-11-2023 08:30 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões com dificuldade.

03-11-2023 08:30 - Função motora fina comprometida

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da função motora fina

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da função motora fina [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Destreza manual

06-11-2023 08:30 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões com dificuldade.

03-11-2023 08:30 - Promover adesão: treino da função motora fina

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para executar exercícios da função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Significado atribuído ao treino da função motora fina: não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios e a função motora fina [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios da função motora fina [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios da função motora fina [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capacidade para executar exercícios da função motora fina: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Instruir exercícios da função motora fina [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Treinar a função motora fina [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da adesão ao treino da função motora fina [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Realiza treino da função motora fina de acordo com a recomendação.

06-11-2023 08:30 - Refere insatisfação com a autogestão do treino da função motora fina mas disponibilidade para melhorar.

Equilíbrio estático

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

03-11-2023 08:30 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do equilíbrio estático

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

Equilíbrio dinâmico

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se.

03-11-2023 08:30 - Teste de Tinetti, adaptado à população portuguesa por Petiz, E. M. (2002): Equilíbrio dinâmico - Score 5/12 [10. Início da marcha - 1 (sem hesitação); 11. Largura do passo pé esquerdo - 0 (não ultrapassa à frente do pé em apoio); 12. Altura do passo pé esquerdo - 0 (não perde totalmente o contato com o solo); 13. Largura do passo pé direito - 0 (não ultrapassa à frente do pé em apoio); 14. Altura do passo pé direito - 0 (não perde totalmente o contato com o solo); 15. Simetria do passo - 1 (comprimento do passo aparentemente simétrico); 16. Continuidade do passo - 0 (dá passos descontínuos); 17. Percurso de 3m - 1 (desvia-se ligeiramente da linha marcada); 18. Estabilidade do tronco - 2 (oscilação); 19. Base de sustentação durante a marcha - 0 (calcanhares muito afastados)].

03-11-2023 08:30 - Equilíbrio dinâmico comprometido**03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico**

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao andar [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Melhorar equilíbrio dinâmico

03-11-2023 08:30 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Prevenir queda

03-11-2023 08:30 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sem horário]

03-11-2023 08:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

03-11-2023 08:30 - Promover autogestão: prevenção de quedas

03-11-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Ensinar sobre prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Adota comportamentos de prevenção de quedas.

06-11-2023 08:30 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de quedas.

03-11-2023 08:30 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

03-11-2023 08:30 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada

para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [RESOLVIDO]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Treinar equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Realiza treino do equilíbrio dinâmico de acordo com a recomendação.

06-11-2023 08:30 - Refere insatisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico mas disponibilidade para melhorar.

03-11-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

03-11-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [1x/sessão ou

SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - O cuidador adota comportamentos de prevenção de queda.

03-11-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: adesão ao treino do equilíbrio dinâmico

03-11-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no treino do equilíbrio [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Instruir cuidador a assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Treinar cuidador a assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - O cuidador realiza treino do equilíbrio dinâmico de acordo com a recomendação.

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Teste de Tinetti, adaptado à população portuguesa por Petiz (2002): Equilíbrio - Score 12/16 [1. Equilíbrio sentado - 2 (estável, seguro); 2. Levantar-se - 2 (capaz na primeira tentativa sem usar os braços); 3. Equilíbrio imediato - 2 (estável, sem qualquer tipo de ajudas); 4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos - 2 (pés próximos e sem ajudas); 5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição - 1 (vacilante, agarrar-se, mas estabiliza); 6. Fechar os olhos na mesma posição - 1 (estável); 7. Volta 360º - 1 (estável, mas dá passos descontínuos); 8. Apoio unipodal - 0 (aguenta 3 segundo de forma estável); 9. Sentar-se - 1 (usa os braços)]. Marcha - Score 6/12 [10. Início da marcha - 1 (sem hesitação); 11. Largura do passo pé esquerdo - 0 (não ultrapassa à frente do pé em apoio); 12. Altura do passo pé esquerdo - 1 (perde totalmente o contato com o solo); 13. Largura do passo pé direito - 1 (ultrapassa o pé em apoio); 14. Altura do passo pé direito - 1 (eleva-se completamente do solo); 15. Simetria do passo - 0 (comprimento do passo aparentemente assimétrico); 16. Continuidade do passo - 0 (dá passos descontínuos); 17. Percurso de 3m - 1 (desvia-se ligeiramente da linha marcada); 18. Estabilidade do tronco - 0 (usa auxiliar de marcha); 19. Base de sustentação durante a marcha - 1 (calcanhares próximos, quase se tocam)].

Sensações somáticas

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Sensibilidade superficial

03-11-2023 08:30 - Face Direita(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

03-11-2023 08:30 - Face Esquerda(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

03-11-2023 08:30 - Membro inferior Direita(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

03-11-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

03-11-2023 08:30 - Membro superior Direita(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

03-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

03-11-2023 08:30 - Sensibilidade profunda

03-11-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

03-11-2023 08:30 - Membro inferior Direita(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

03-11-2023 08:30 - Membro superior Direita(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

03-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

03-11-2023 08:30 - Mão Direita(o)

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 03-11-2023 08:30 - Mão Esquerda(o)
 03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 03-11-2023 08:30 - Pé Direita(o)
 03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 03-11-2023 08:30 - Pé Esquerda(o)
 03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 03-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 03-11-2023 08:30 - Sem manifestação de dor.

03-11-2023 08:30 - Determinar sinais de dor

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução de sinais de dor [1x/sessão ou SOS]*
 06-11-2023 08:30 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da sensibilidade

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da sensibilidade [1x/sessão ou SOS]*

06-11-2023 08:30 - Sensibilidade superficial

06-11-2023 08:30 - Face Direita(o)

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

06-11-2023 08:30 - Face Esquerda(o)

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

06-11-2023 08:30 - Membro inferior Direita(o)

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

06-11-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

06-11-2023 08:30 - Membro superior Direita(o)

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

06-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o)

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
06-11-2023 08:30 - Sensibilidade profunda
06-11-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
06-11-2023 08:30 - Membro inferior Direita(o)
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
06-11-2023 08:30 - Membro superior Direita(o)
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
06-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o)
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
06-11-2023 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

Visão

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Acuidade visual

03-11-2023 08:30 - Bilateral: sem compromisso.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da visão

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da visão [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Acuidade visual

06-11-2023 08:30 - Bilateral: sem compromisso.

Audição

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Acuidade auditiva

03-11-2023 08:30 - Bilateral: sem compromisso.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da audição

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da audição [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Acuidade auditiva

06-11-2023 08:30 - Bilateral: sem compromisso.

Percepção corporal

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Percepção do corpo

03-11-2023 08:30 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

03-11-2023 08:30 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da negligência unilateral

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da negligência unilateral [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Percepção do corpo

06-11-2023 08:30 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior [MANTEVE].

Reflexo corneano

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Integridade do reflexo corneano

03-11-2023 08:30 - Bilateral: sem compromisso.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do reflexo corneano

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do reflexo corneano [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Integridade do reflexo corneano

06-11-2023 08:30 - Bilateral: sem compromisso [MANTEVE].

Comunicação verbal

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso de expressão da mensagem.

03-11-2023 08:30 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

03-11-2023 08:30 - Aphasia Rapid Test, instrumento validado para a população portuguesa por Tábuas-Pereira et al. (2018): Pontuação total 0 - 1a) Executa as ordens "Abra e feche os olhos" e "Dê-me a sua mão direita" corretamente (0); 1b) Executa uma ordem complexa como "Coloque a sua mão direita na orelha esquerda" (0); 2) Repete perfeitamente as palavras "anel", "tarte", "bagagem" (0); 3) Repete perfeitamente a frase "O rapaz canta na floresta" (0).

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da comunicação

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da comunicação verbal [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso de expressão da mensagem [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MANTEVE].

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Aphasia Rapid Test, instrumento validado para a população portuguesa por Tábuas-Pereira et al. (2018): Pontuação total 0 - 1a) Executa as ordens "Abra e feche os olhos" e "Dê-me a sua mão direita" corretamente (0); 1b) Executa uma ordem complexa como "Coloque a sua mão direita na orelha esquerda" (0); 2) Repete perfeitamente as palavras "anel", "tarte", "bagagem" (0); 3) Repete perfeitamente a frase "O rapaz canta na floresta" (0).

Sistema respiratório

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

03-11-2023 08:30 - Ritmo respiratório regular.

03-11-2023 08:30 - Movimento respiratório simétrico.

03-11-2023 08:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

03-11-2023 08:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

03-11-2023 08:30 - Sem adejo nasal.

03-11-2023 08:30 - Saturação do oxigênio no sangue

03-11-2023 08:30 - Periférico(a): 95 %.

03-11-2023 08:30 - Coloração da mucosa: rosada.

03-11-2023 08:30 - Não comunica falta de ar.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da ventilação

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da ventilação [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

06-11-2023 08:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Saturação do oxigênio no sangue

06-11-2023 08:30 - Periférico(a): 99 %.

06-11-2023 08:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Localização do Pulso

03-11-2023 08:30 - Antebraço Esquerda(o)

03-11-2023 08:30 - Frequência do pulso: 89 pulsações por minuto.

03-11-2023 08:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

03-11-2023 08:30 - Pulso rítmico.

03-11-2023 08:30 - Pulso simétrico.

03-11-2023 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

03-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o)

03-11-2023 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 146 mmHg.

03-11-2023 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 88 mmHg.

03-11-2023 08:30 - Temperatura das extremidades

03-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

03-11-2023 08:30 - Coloração das extremidades

03-11-2023 08:30 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

03-11-2023 08:30 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Localização do Pulso

06-11-2023 08:30 - Antebraço Direita(o)

06-11-2023 08:30 - Pulso rítmico.

06-11-2023 08:30 - Frequência do pulso: 82 pulsações por minuto.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

06-11-2023 08:30 - Membro superior Direita(o)

06-11-2023 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 124 mmHg.

06-11-2023 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

Mastigação

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Movimentos do ciclo mastigatório normais.

03-11-2023 08:30 - Simetria do ciclo mastigatório

03-11-2023 08:30 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico.

03-11-2023 08:30 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico.
 03-11-2023 08:30 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) .

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da mastigação

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da mastigação [1x/sessão ou SOS]*
 06-11-2023 08:30 - Movimentos do ciclo mastigatório normais [MANTEVE].
 06-11-2023 08:30 - Simetria do ciclo mastigatório
 06-11-2023 08:30 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].
 06-11-2023 08:30 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].
 06-11-2023 08:30 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) [MANTEVE].

Deglutição

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Com indícios de compromisso da deglutição.
 03-11-2023 08:30 - Gugging Swallowing Screen (GUSS), instrumento validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2018): Teste indireto (score 5) – consegue estar vígil durante pelo menos 15 minutos (vigilância), tosse e pigarrear voluntário duas vezes (tosse e/ou pigarro), deglute a saliva eficazmente, sem sialorreia, ou alterações da voz após a deglutição; Teste direto semissólido (score 5) – deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz; Teste direto líquido (score 4) – tosse depois da administração dos 20mL água, contudo, deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz na administração de água espessada consistência néctar [adequação da viscosidade do líquido, de acordo com os níveis de National Dysphagia Diet (2002)]; Teste direto sólido (score 5) - deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz.
 03-11-2023 08:30 - Apresenta controlo cervical e do tronco, sensibilidade da mucosa e da face, mobilidade da língua e lábios (com movimento simétrico), elevação laríngea, reflexo de vômito. Sem dessaturação periférica durante a alimentação. Auscultação cervical sem ruídos adventícios. Sem refluxo nasal de conteúdo da cavidade oral. Apresenta paresia facial central direita Grau 2 (disfunção ligeira), na Escala de House-Brackmann.

03-11-2023 08:30 - Deglutição comprometida

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da deglutição

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da deglutição [1x/sessão ou SOS]*
 06-11-2023 08:30 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Prevenir aspiração

03-11-2023 08:30 - *Planear dieta [1x/sessão ou SOS]*
 03-11-2023 08:30 - *Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [Às refeições]*
 03-11-2023 08:30 - *Posicionar para prevenir a aspiração [Às refeições]*

03-11-2023 08:30 - Promover autogestão: deglutição

03-11-2023 08:30 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
 03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da

deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia para deglutir: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Significado atribuído ao treino da deglutição: não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

adequação da dieta para facilitar a deglutição [RESOLVIDO] 06-11-2023

08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: facilitador [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação

entre o treino e a promoção da deglutição [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o treino e a promoção da deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para deglutir

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para deglutir [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Instruir técnica de deglutição [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Treinar técnica de deglutição [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da autogestão da deglutição [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Adota comportamentos de autogestão da deglutição.

06-11-2023 08:30 - Refere satisfação com a autogestão da deglutição.

03-11-2023 08:30 - Promover autogestão: prevenção da aspiração

03-11-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Significado atribuído à adequação da dieta: não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: facilitador [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Ensinar sobre prevenção da aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção da aspiração [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Adota comportamentos de prevenção de aspiração.

06-11-2023 08:30 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de aspiração.

03-11-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: prevenção da aspiração

03-11-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [RESOLVIDO]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: facilitador [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: facilitador [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Ensinar cuidador sobre inspeção da cavidade oral após as refeições [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Ensinar cuidador sobre posicionamento facilitador da deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção da aspiração [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - O cuidador adota comportamentos de prevenção de aspiração.

03-11-2023 08:30 - Promover a capacidade para executar exercícios para promoção da deglutição.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios para promoção da deglutição

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios para promoção da deglutição. [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Treinar exercícios para promoção da deglutição [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Instruir exercícios para promoção da deglutição [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Gugging Swallowing Screen (GUSS), instrumento validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2018): Teste indireto (score 5) – consegue estar vígil durante pelo menos 15 minutos (vigilância), tosse e pigarrear voluntário duas vezes (tosse e/ou pigarro), deglute a saliva eficazmente, sem sialorreia, ou alterações da voz após a deglutição; Teste direto semissólido (score 5) – deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz; Teste direto líquido (score 4) – tosse depois da administração dos 20mL água, contudo, deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz na administração de água espessada consistência néctar [adequação da viscosidade do líquido, de acordo com os níveis de National Dysphagia Diet (2002)]; Teste direto sólido (score 5) - deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz.

06-11-2023 08:30 - Apresenta controlo cervical e do tronco, sensibilidade da mucosa e da face, mobilidade da língua e lábios (com movimento simétrico), elevação laríngea, reflexo de vômito. Sem dessaturação periférica durante a alimentação. Auscultação cervical sem ruídos adventícios. Sem refluxo nasal de conteúdo da cavidade oral.

06-11-2023 08:30 - Apresenta paresia facial central direita Grau 2 (disfunção ligeira), na Escala de House-Brackmann.

Eliminação intestinal

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.
03-11-2023 08:30 - Fezes: em moderada quantidade.
03-11-2023 08:30 - Consistência das fezes: Fezes moles.
03-11-2023 08:30 - Coloração das fezes: acastanhada.
03-11-2023 08:30 - Número de defecações por dia: 1.
03-11-2023 08:30 - Sem sensação de urgência para defecação.
03-11-2023 08:30 - Expulsão controlada de fezes.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1x/sessão]

06-11-2023 08:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].
06-11-2023 08:30 - Número de defecações por dia: 1.
06-11-2023 08:30 - Número de defecações por semana: 0.
06-11-2023 08:30 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].
06-11-2023 08:30 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

Eliminação urinária

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Urina em moderada quantidade.
03-11-2023 08:30 - Cor da urina: alaranjada.
03-11-2023 08:30 - Cheiro da urina: "sui generis".
03-11-2023 08:30 - Transparência da urina: Límpida.
03-11-2023 08:30 - Frequência da eliminação urinária: normal .
03-11-2023 08:30 - Reconhece a vontade de urinar.
03-11-2023 08:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.
03-11-2023 08:30 - Sem globo vesical.
03-11-2023 08:30 - Eliminação urinária involuntária ausente.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1x/sessão]

06-11-2023 08:30 - Urina em grande quantidade.
06-11-2023 08:30 - Cor da urina: alaranjada.
06-11-2023 08:30 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].
06-11-2023 08:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].
06-11-2023 08:30 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Sem globo vesical [MANTEVE].
06-11-2023 08:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

Pele e mucosas

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Glicemia capilar: 123 mg/dl.

03-11-2023 08:30 - Exame químico de urina - glicosúria: negativo.

03-11-2023 08:30 - Exame químico de urina - cetonúria: negativo.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da glicemia

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da glicemia [7, 12, 18H30, 21H]

06-11-2023 08:30 - Glicemia capilar: 123 mg/dl.

Termorregulação

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Temperatura corporal periférica

03-11-2023 08:30 - Região axilar: 36.00 °C.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Temperatura corporal periférica

06-11-2023 08:30 - Região axilar: 36.00 °C.

Sono

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Dormiu por períodos longos.

03-11-2023 08:30 - Sono reparador.

03-11-2023 08:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do sono

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do sono [Turno da noite]

06-11-2023 08:30 - Dormiu por períodos longos.

06-11-2023 08:30 - Sono reparador [MANTEVE].

Autoconceito

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

03-11-2023 08:30 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

03-11-2023 08:30 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

03-11-2023 08:30 - Não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas.

Emoção

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Sem indícios de humor depressivo.

03-11-2023 08:30 - Não verbaliza ansiedade.

03-11-2023 08:30 - Sem manifestação de inquietação.

03-11-2023 08:30 - Sem manifestação de irritabilidade.

03-11-2023 08:30 - Sem manifestação de pânico .

Memória

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Sem dificuldade em reter nova informação.

03-11-2023 08:30 - Sem dificuldade em recuperar informação.

03-11-2023 08:30 - Sem desorientação face às pessoas.

03-11-2023 08:30 - Sem desorientação no espaço.

03-11-2023 08:30 - Desorientação no tempo.

03-11-2023 08:30 - Mini-Mental State Examination adaptado à população portuguesa por Morgado et al. (2009): 24 pontos (dentro da escala de normalidade em função da escolaridade) - Orientação (não responde corretamente ao mês, dia do mês e da semana, estação do ano e o andar do edifício) = 5 pontos; Retenção = 3 pontos; Atenção e Cálculo = 5 pontos; Evocação = 3 pontos; Linguagem: a = 2 pontos, b = 1 ponto, c = 3 pontos, d = 1 ponto, e = 1 ponto; Habilidade Construtiva: 0 pontos).

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da memória

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da memória [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Sem dificuldade em reter nova informação.

06-11-2023 08:30 - Sem dificuldade em recuperar informação.

03-11-2023 08:30 - Confusão [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da orientação

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da orientação [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Sem desorientação no tempo [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Melhorar a orientação [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Executar terapia de orientação para a realidade [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Prevenir acidentes [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Implementar medidas de segurança face à confusão [Sem horário] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Executar terapia de validação [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: gestão da confusão [FIM]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança face à confusão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre medidas de segurança face à confusão [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança face à confusão [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança face à confusão: facilitador [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Ensinar cuidador sobre medidas de segurança face à confusão [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento

sobre estratégias de orientação para a realidade [RESOLVIDO] 06-11-2023

08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade: facilitador [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Ensinar cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da confusão [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - O cuidador adota comportamentos de gestão da confusão.

Virar-se

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Capaz de mudar de posição na cama

03-11-2023 08:30 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do virar-se

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do virar-se [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Capaz de mudar de posição na cama

06-11-2023 08:30 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

03-11-2023 08:30 - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

03-11-2023 08:30 - Levanta o corpo para a posição de pé usando os braços.

03-11-2023 08:30 - Erguer-se comprometido [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do erguer-se [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

03-11-2023 08:30 - Assegurar atividades de erguer-se [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Assistir no erguer-se [Sem horário] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Promover autonomia para erguer-se [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

03-11-2023 08:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para erguer-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia para erguer-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no erguer-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se [RESOLVIDO]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

06-11-2023 08:30 - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para erguer-se [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capacidade para erguer-se

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Instruir a erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Treinar a erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da autonomia para erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Refere satisfação com a autonomia para erguer-se.

Transferir-se

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

03-11-2023 08:30 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

03-11-2023 08:30 - Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do transferir-se [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

03-11-2023 08:30 - Assegurar atividades de transferir-se [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Assistir no transferir-se [Sem horário] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Promover autonomia para transferir-se [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

03-11-2023 08:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para transferir-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia para transferir-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no transferir-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [RESOLVIDO]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

06-11-2023 08:30 - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capacidade para transferir-se

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Instruir a transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Treinar a transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da autonomia para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Refere satisfação com a autonomia para transferir-se.

Sentar-se

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

03-11-2023 08:30 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

03-11-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

03-11-2023 08:30 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

03-11-2023 08:30 - Sentar-se comprometido [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do sentar-se [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução no sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

06-11-2023 08:30 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

03-11-2023 08:30 - Assegurar atividades de sentar-se [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Assistir no sentar-se usando dispositivo [Sem horário] [FIM]*

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Promover autonomia para sentar-se [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

03-11-2023 08:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para sentar-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no sentar-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se [RESOLVIDO]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

06-11-2023 08:30 - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para sentar-se

[RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capacidade para sentar-se

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Instruir a sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Treinar o sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da autonomia para sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Refere satisfação com a autonomia para sentar-se.

Cuidar da higiene pessoal

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Obtém objetos para o banho.

03-11-2023 08:30 - Abre a torneira.

03-11-2023 08:30 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

03-11-2023 08:30 - Não lava nem seca parte do corpo.

03-11-2023 08:30 - Lava a cavidade oral.

03-11-2023 08:30 - Aplica produtos de higiene.

03-11-2023 08:30 - Capaz de pentear-se

03-11-2023 08:30 - Penteia-se.

03-11-2023 08:30 - Capaz de cortar as unhas

03-11-2023 08:30 - Não corta as unhas.

03-11-2023 08:30 - Limpa-se após usar o sanitário.

03-11-2023 08:30 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

03-11-2023 08:30 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Abre a torneira [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - Lava e seca parte do corpo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - Lava e seca parte do corpo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - Não lava nem seca parte do corpo.

06-11-2023 08:30 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Capaz de pentear-se

06-11-2023 08:30 - Penteia-se [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Capaz de cortar as unhas

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - Não corta as unhas.

06-11-2023 08:30 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Assegurar atividades de higiene pessoal

03-11-2023 08:30 - Assistir no arranjar-se [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Assistir no tomar banho usando dispositivo [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

03-11-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para arranjar-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para tomar banho

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada

para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia para arranjar-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia para tomar banho

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se [RESOLVIDO]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se [Turno da manhã ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [RESOLVIDO]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM]

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para arranjar-se

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para arranjar-se [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Capacidade para arranjar-se

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Instruir a arranjar-se [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Treinar a arranjar-se [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho [Turno da manhã ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Capacidade para tomar banho

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Instruir a tomar banho [Turno da manhã ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Treinar a tomar banho [Turno da manhã ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos

aconselhados [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução do acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

03-11-2023 08:30 - *Ensinar sobre acesso a dispositivos [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Providenciar os dispositivos aconselhados [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal [1x/sessão ou SOS]*

06-11-2023 08:30 - Refere insatisfação com a autonomia para cuidar da higiene pessoal mas disponibilidade para melhorar.

03-11-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal

03-11-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - tem disponibilidade financeira,

mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia do cuidador para assistir arranjar-se: facilitadora

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar

consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se

[RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no arranjar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar

consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no tomar

banho [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para

assistir no tomar banho [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Instruir cuidador para assistir no tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Treinar cuidador para assistir no tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para

arranjar o cliente [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para arranjar o cliente [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Instruir cuidador para arranjar o cliente [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Treinar cuidador para arranjar o cliente [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do acesso pelo cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

03-11-2023 08:30 - Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Providenciar os dispositivos aconselhados [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Boa condição de higiene e asseio do familiar dependente.

Vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Escolhe as roupas.

03-11-2023 08:30 - Retira roupa da gaveta ou armário.

03-11-2023 08:30 - Capaz de vestir-se

03-11-2023 08:30 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

03-11-2023 08:30 - Capaz de abotoar-se

03-11-2023 08:30 - Abotoa.

03-11-2023 08:30 - Capaz de atar cordões

03-11-2023 08:30 - Não ata cordões.

03-11-2023 08:30 - Capaz de calçar meias

03-11-2023 08:30 - Não calça as meias.

03-11-2023 08:30 - Vestir-se ou despir-se comprometido

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Turno da manhã ou

SOS]

06-11-2023 08:30 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Capaz de vestir-se

06-11-2023 08:30 - Veste todas as peças de roupa [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Capaz de abotoar-se

06-11-2023 08:30 - Abotoa [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Capaz de atar cordões

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - Ata cordões.

06-11-2023 08:30 - Capaz de calçar meias

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - Não calça as meias.

03-11-2023 08:30 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30 - Assistir no vestir-se ou despir-se usando dispositivo [Turno da manhã ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - tem disponibilidade financeira,

mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

[RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM]

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se [Turno da manhã ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Instruir a vestir-se ou despir-se [Turno da manhã ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Treinar vestir-se ou despir-se [Turno da manhã ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-

se ou despir-se

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

03-11-2023 08:30 - *Ensinar sobre acesso a dispositivos [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Providenciar os dispositivos aconselhados [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se [Turno da manhã ou SOS]*

06-11-2023 08:30 - Refere insatisfação com a autonomia para vestir-se/despir-se mas disponibilidade para melhorar.

03-11-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se

03-11-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se: tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder aquando no domicílio.

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar

consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - *Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - *Instruir cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se*

[1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Treinar cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se

[1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Vestuário do familiar dependente adequado face às condições ambientais e antropométricas.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do acesso pelo cuidador a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Providenciar os dispositivos aconselhados [1x/sessão ou SOS]

Andar

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Capaz de mover-se através da marcha

03-11-2023 08:30 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

03-11-2023 08:30 - Avaliação de ambos os membros separadamente, através de análise frontal, lateral e posterior, com recurso ao formulário de análise observacional da marcha do corpo todo do Rancho Los Amigos Medical Center (1989): - Tomando como referência o membro inferior direito, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o pé plano. No pré-balanço, não se observa o desprendimento do calcanhar do solo. No balanço inicial, médio e final, o pé arrasta frequentemente no solo e o quadril mantém uma flexão limitada. - Tomando como referência o membro inferior esquerdo, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o pé plano. No pré-balanço, não se observa o desprendimento do calcanhar do solo. No balanço inicial, médio e final, o pé arrasta frequentemente no solo e o quadril mantém uma flexão limitada. - O pescoço encontra-se tendencialmente fletido durante o ciclo, uma vez que o olhar é preferencialmente direcionado para o chão. Os ombros permanecem relaxados. Os braços ficam junto ao corpo, sem movimento de pêndulo alternado em coordenação ipsilateral aos membros inferiores. O tronco mantém ligeira inclinação anterior durante o ciclo. Não usa auxiliar de marcha.

03-11-2023 08:30 - Tempo para percorrer 4,57 metros: 15,7 segundos.

03-11-2023 08:30 - Andar comprometido

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do andar

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do andar [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Capaz de mover-se através da marcha

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - marcha lenta e insegura em plano inclinado.

03-11-2023 08:30 - Promover autonomia para andar

03-11-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de

marcha e a autonomia para andar

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Capacidade para andar

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Autoeficácia para andar

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - facilitadora.

03-11-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - não dificultador.

03-11-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar

03-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [RESOLVIDO]

06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para andar

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para andar [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Capacidade para andar

06-11-2023 08:30 - Dispositivo: Tripé - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-11-2023 08:30 - Instruir a andar [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Treinar o andar [1x/sessão ou SOS]

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da autonomia para andar [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Refere satisfação com a autonomia para andar.

03-11-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade

03-11-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-11-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no andar

[RESOLVIDO] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: facilitadora [MELHOROU].

03-11-2023 08:30 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no andar [1x/sessão ou SOS] [FIM] 06-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30 - Familiar dependente mobilizado no espaço do domicílio e ambiente envolvente.

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Avaliação de ambos os membros separadamente, através de análise frontal, lateral e posterior, com recurso ao formulário de análise observacional da marcha do corpo todo do Rancho Los Amigos Medical Center (1989): - Tomando como referência o membro inferior direito, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o calcanhar. No pré-balanço o pé já sai completamente do solo. No balanço inicial, médio e final, o pé levanta completamente do solo, embora o quadril mantenha uma flexão limitada. - Tomando como referência o membro inferior esquerdo, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o calcanhar. No pré-balanço o pé já sai completamente do solo. No balanço inicial, médio e final, o pé levanta completamente do solo, embora o quadril mantenha uma flexão limitada. - Usa o tripé como auxiliar de marcha. O pescoço encontra-se em posição neutra e o olhar é direcionado preferencialmente para a frente. Os ombros permanecem relaxados. Os braços ficam junto ao corpo e ocorrer o movimento de pêndulo alternado em coordenação ipsilateral aos membros inferiores. O tronco não tem inclinação anterior.

06-11-2023 08:30 - Tempo para percorrer 4,57 metros: 13,4 segundos.

Alimentar-se

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

03-11-2023 08:30 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

03-11-2023 08:30 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

03-11-2023 08:30 - Prepara os alimentos para a refeição.

03-11-2023 08:30 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

03-11-2023 08:30 - Organiza os alimentos para a refeição.

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do alimentar-se

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do alimentar-se [Às refeições]

06-11-2023 08:30 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

06-11-2023 08:30 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

06-11-2023 08:30 - Prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

06-11-2023 08:30 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

06-11-2023 08:30 - Organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

03-11-2023 08:30 - Organiza a medicação conforme horário.

03-11-2023 08:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

03-11-2023 08:30 - Prepara a medicação conforme a dose.

03-11-2023 08:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

03-11-2023 08:30 - Administra a medicação pela via adequada.

03-11-2023 08:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

03-11-2023 08:30 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

03-11-2023 08:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

03-11-2023 08:30 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Padrão alimentar

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Número de refeições diárias: 5.

03-11-2023 08:30 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-11-2023 08:30 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-11-2023 08:30 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

03-11-2023 08:30 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

03-11-2023 08:30 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-11-2023 08:30 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-11-2023 08:30 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

03-11-2023 08:30 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

Atividade psicomotora

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Sem alterações nas provas dedo nariz e calcanhar joelho.

03-11-2023 08:30 - Atividade psicomotora efetiva

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução da atividade psicomotora

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da atividade psicomotora [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - Sem alterações nas provas dedo nariz e calcanhar joelho.

Status neurológico

03-11-2023 08:30

03-11-2023 08:30 - Nervos Cranianos: I – Olfativo: Identifica o odor a café e canela nas duas narinas, separadamente, com os olhos fechados. II – Ótico: Através de perimetria de confrontação, sem alterações bilateralmente; sem edema da papila, atrofia ótica, hipervascularização das artérias e veias oculares. III – Oculomotor, IV - Troclear, VI – Abducente: Sem alteração dos movimentos oculares ou nistagmo (horizontal e rotatório), presente contração pupilar bilateral à luz direta, pálpebras simétricas à elevação. V – Trigemio: Sem alteração da sensibilidade tátil, algica e térmica no ramo mandibular da

hemiface direita; reflexo corneano presente; contração simétrica dos músculos masseter e temporal. VII – Facial: Assimetria facial leve nos movimentos de sorrir, mostrar os dentes, abrir a boca; com percepção gustativa nos 2/3 anteriores da língua. VIII – Vestibulococlear: Audição simétrica na voz sussurrada, normal e “esfregar o cabelo”; Teste de Rinne positivo; prova de Romberg negativa. IX – Glossofaringeo: Simetria do palato; presença de sensibilidade no terço posterior da língua. X – Vago: Sem disfonia (rouquidão, voz anasalada, voz húmida, hipofonia); presença de reflexo faríngeo bilateralmente; XI – Acessório: Faz rotação cervical e elevação dos ombros contra resistência mínima. XII – Hipoglosso: Protrai a língua e movimenta-a para a esquerda/direita/cima/baixo (contra a bochecha).

03-11-2023 08:30 - NIHSS, versão portuguesa adaptada por Castro et al. (2008): 1a. Nível de Consciência: 0 = Acordado, responde corretamente; 1b. Questões (mês e idade): 1 = Responde a uma questão corretamente; 1c. Ordens (“piscar os olhos” e “apertar as mãos”): 0 = Realiza ambas as tarefas corretamente; 2. Melhor Olhar Conjugado: 0 = Normal; 3. Campos visuais: 0 = Sem défices campimétricos; 4. Paresia facial: 1 = Paralisia facial minor (apagamento da prega nasolabial, assimetria do sorriso); 5. Membros Superiores: 0 = Sem queda (mantém os braços a 45º, na posição de deitada, por um período de 10 segundos; 6. Membros Inferiores: 0 = Sem queda (mantém as pernas a 30º por um período de 5 segundos); 7. Ataxia dos membros (prova dedo-nariz e calcanhar Joelho): 0 = Ausente; 8. Sensibilidade (face, tronco, membros superiores e inferiores): 0 = Normal; 9. Melhor linguagem (fluência, compreensão, nomeação e repetição): 0 = Normal; 10. Disartria (clareza na articulação do discurso): 0 = Normal; 11. Extinção ou Desatenção: 0 = Nenhuma anormalidade. Pontuação total: 2

03-11-2023 08:30 - Status neurológico comprometido

03-11-2023 08:30 - Determinar evolução do status neurológico

03-11-2023 08:30 - Avaliar evolução do status neurológico [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 08:30

06-11-2023 08:30 - NIHSS, versão portuguesa por Castro et al. (2008): 1a. Nível de Consciência: 0 = Acordado, responde corretamente; 1b. Questões (mês e idade): 0 = Ambas as respostas corretas; 1c. Ordens (“piscar os olhos” e “apertar as mãos”): 0 = Realiza ambas as tarefas corretamente; 2. Melhor Olhar Conjugado: 0 = Normal; 3. Campos visuais: 0 = Sem défices campimétricos; 4. Parésia facial: 1 = Paralisia facial minor (apagamento da prega nasolabial, assimetria do sorriso); 5. Membros Superiores: 0 = Sem queda (mantém os braços a 45º, na posição de deitada, por um período de 10 segundos; 6. Membros Inferiores: 0 = Sem queda (mantém as pernas a 30º por um período de 5 segundos); 7. Ataxia dos membros (prova dedo-nariz e calcanhar Joelho): 0 = Ausente; 8. Sensibilidade (face, tronco, membros superiores e inferiores): 0 = Normal; 9. Melhor linguagem (fluência, compreensão, nomeação e repetição): 0 = Normal; 10. Disartria (clareza na articulação do discurso): 0 = Normal; 11. Extinção ou Desatenção: 0 = Nenhuma anormalidade. Pontuação total: 1

06-11-2023 08:30 - Nervos Cranianos: I – Olfativo: Identifica o odor a café e canela nas duas narinas, separadamente, com os olhos fechados. II – Ótico: Através de perimetria de confrontação, sem alterações bilateralmente; sem edema da papila, atrofia ótica, hipervascularização das artérias e veias oculares. III – Oculomotor, IV – Troclear, VI –

Abducente: Sem alteração dos movimentos oculares ou nistagmo (horizontal e rotatório), presente contração pupilar bilateral à luz direta, pálpebras simétricas à elevação. V – Trigêmio: Sem alteração da sensibilidade tátil, algica e térmica no ramo mandibular da hemiface direita; reflexo corneano presente; contração simétrica dos músculos masseter e temporal. VII – Facial: Assimetria facial leve nos movimentos de sorrir, mostrar os dentes, abrir a boca; com percepção gustativa nos 2/3 anteriores da língua. VIII – Vestibulococlear: Audição simétrica na voz sussurrada, normal e “esfregar o cabelo”; Teste de Rinne positivo; prova de Romberg negativa. IX – Glossofaringeo: Simetria do palato; presença de sensibilidade no terço posterior da língua. X – Vago: Sem disfonia (rouquidão, voz anasalada, voz húmida, hipofonia); presença de reflexo faríngeo bilateralmente; XI – Acessório: Faz rotação cervical e elevação dos ombros contra resistência mínima. XII – Hipoglosso: Protrai a língua e movimenta-a para a esquerda/direita/cima/baixo (contra a bochecha). Percepção sensorial: Reconhece objetos (caneta e moeda) através do tato com a mão direita (estereognosia). Reconhece figuras (letras “A”, número “1”) traçadas na pele (grafestesia). Reconhece como seu o MSD (somatognosia). Reconhece a própria doença (nosognosia). Reconhece dois estímulos sensitivos (doloroso e tátil) em simultâneo (atenção sensitiva). Reconhece estímulos sensoriais localizados no lado contralesional (através do desenho de um relógio, na leitura, na escrita, no desempenho nas atividades de autocuidado) – sem negligência unilateral.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Ensinar a pessoa que, no sentido de prevenir quedas, deve atender às seguintes precauções básicas: a) iluminação adequada, com luz de presença; b) remoção de barreiras e obstáculos no percurso de marcha; c) piso limpo e seco; d) manter equipamentos e materiais fora da área de circulação (móveis, cabos, vasos, entre outros); e) sapatos e vestuário adequados à marcha (não deve usar roupa demasiado larga nem comprida; os sapatos devem ter com sola dura, antiderrapante, preferencialmente sem cordões e fechados); f) ajudas sensoriais acessíveis (óculos, aparelhos auditivos); g) dispositivo de apoio à marcha (tripé) disponível em condições de utilização segura e acessível; h) dispositivos de segurança (ex: corrimãos, barras de apoio aos sanitários) disponíveis e acessíveis e em condições de utilização segura; i) seguir as orientações da equipa de saúde e utilizar a campainha para chamar (que deve estar em alcance funcional) (DGS, 2019)..

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Solicitar à pessoa exercício de mobilidade articular, acrescentando dupla tarefa motora no exercício de levantar e sentar, através da aplicação de molas num suporte colocado em alcance funcional; assistir, se necessário, respeitando o arco de movimento indolor.

Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- 1. Solicitar à pessoa, sentada na lateral da cama, inclinação lateral (esquerda e direita) do tronco, sem apoio de braços; 8 repetições; 1 série.
- 2. Solicitar à pessoa, sentada na lateral da cama, flexão (anterior e posterior) do tronco, sem apoio de braços; 8 repetições; 1 série.
- 3. Solicitar à pessoa para estabilizar a posição do corpo após impressão de pequenos desequilíbrios num ambiente controlado, empurrando-a levemente a nível ântero-posterior e látero-lateral; 8 repetições; 1 série.
- 4. Solicitar à pessoa para transpor linha marcada no chão em frente aos pés, avançando um membro inferior (procedendo ao processo de aceitação do peso e apoio com um membro), retornar à posição inicial e repetir com o outro membro; 8 repetições; 1 série.
- 5. Solicitar à pessoa para subir degrau colocado em frente aos pés, avançando um membro inferior, (procedendo ao processo de aceitação do peso e apoio com um membro), retornar à posição inicial e repetir com o outro membro; 8 repetições; 1 série.
- 6. Solicitar à pessoa para andar sobre linha delimitada no chão, utilizando o circuito do TUG; 1 repetição.
- 7. Solicitar à pessoa para realizar marcha posterior, utilizando o circuito do TUG; 1 repetição.
- 8. Solicitar à pessoa para andar lateralmente sobre linha delimitada no chão, utilizando o circuito do TUG; 1 repetição.
- 9. Solicitar à pessoa para contornar obstáculos, percorrendo o circuito do TUG; 1 repetição.
- 10. Solicitar à pessoa para andar em demarcações, percorrendo o circuito do TUG; 1 repetição.

Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

- Executar posicionamento na cadeira, realizando a refeição à mesa, com o correto alinhamento da cabeça, tronco e extremidades. Os pés devem estar apoiados no chão (ou apoio de pés), a região lombar deve estar apoiada nas costas da cadeira e a pélvis em posição neutra (Araújo et al., 2021).

Posicionar para prevenir a aspiração

- Executar posicionamento após a refeição para prevenir a aspiração: a pessoa deve ficar sentada ou com a cabeceira elevada entre 60-80º, pelo menos 30 minutos (promove-se a clearance esofágica, o esvaziamento gástrico e a redução do refluxo) (Teasell et al., 2020).

Instruir exercícios músculo-articulares

- Instruir à pessoa exercícios músculo-articulares ativos-resistidos dos principais grupos musculares dos MS: bicípites (sentada, MS em supinação, com um halter de peso confortável, efetuar flexão e extensão do antebraço), tricípites (sentada, com halter de peso confortável, fazer a extensão do MS), deltoide (com halteres de peso confortável realizar abdução/adução dos MS e elevação diagonal); 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade leve (2-4) a moderada (5-6) na Escala de Borg; progressão gradual conforme tolerância em volume e intensidade.
- Instruir à pessoa exercícios músculo-articulares ativos-resistidos das mãos com recurso a

plástico-bolha (rebentar as bolhas de ar) e a bola tonificadora (apertar); 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; iniciar com percepção do esforço de intensidade leve (2-4) a moderada (5-6) na Escala de Borg.

- Instruir à pessoa exercícios músculo-articulares ativos-resistidos dos principais grupos musculares dos MI, subindo e descendo escadas (ou step/degrau); 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; iniciar com percepção do esforço de intensidade leve (2-4) a moderada (5-6) na Escala de Borg.
- Instruir à pessoa exercícios músculo-articulares bilaterais de cadeia cinética fechada: levantar e sentar e push-up; 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; progressão gradual em volume conforme tolerância.
- Instruir à pessoa exercícios músculo-articulares da face (sentada em frente a um espelho): sorrir sem mostrar os dentes; sorrir forçadamente, mostrando os dentes; assobiar, como se fosse a soprar um apito; encher a boca com ar, dirigindo-o para as bochechas; 15 repetições, mais que uma vez por dia (Araújo et al., 2021).
- Instruir a pessoa a realizar flexão do ombro direito em plano funcional junto a uma parede, usando os dedos para elevar o braço (preferencialmente em frente ao espelho, para respeitar a depressão voluntária da cabeça do úmero), respeitando o arco de movimento indolor (Maxey & Ghilarducci, 2013); todos os dias; 8-12 repetições; 1-3 séries; progressão gradual em volume conforme tolerância.
- Instruir a pessoa a realizar flexão plantar e dorsiflexão, respeitando o arco de movimento indolor; todos os dias; 8-12 repetições; 1-3 séries; progressão gradual em volume conforme tolerância.

Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- Instruir a pessoa, apoiando-se numa superfície estável e firme (por exemplo a base da cama), a realizar agachamentos, flexão e extensão, abdução e adução da anca, flexão e extensão do joelho, a levantar a ponta dos pés do chão e a ficar apoiada nos calcanhares e a levantar os calcanhares do chão e ficar em “bicos de pés” (este último mais complexo, tendo em conta o défice músculo-articular da tibiotársica); 3x dia; 10 repetições (Lourenço et al., 2021).

Instruir a transferir-se

- Instruir a pessoa a transferir-se entre duas superfícies usando o tripé: depois de erguer-se, deve segurar o tripé (que se encontra em alcance funcional) com o MSE; o tripé e o MID devem avançar simultaneamente, de modo a que este não ultrapasse o pé e, de seguida, deve avançar o MIE (técnica da marcha com tripé); por fim, sentar-se.

Instruir a andar

- Instruir técnica do andar com tripé: 1) Instruir a pessoa a usar o tripé com o membro superior esquerdo (membro superior contralateral ao membro inferior com diminuição da força), com uma distância de aproximadamente 15 cm lateralmente ao membro inferior esquerdo, com altura próxima ao grande trocânter, por forma a que o cotovelo apresente flexão entre 15-30°. 2) Instruir a pessoa que o tripé e o membro inferior direito devem avançar simultaneamente, de modo a que o tripé não ultrapasse o pé. De seguida, deve avançar o membro inferior esquerdo. 3) Instruir a pessoa a subir degraus, recomendando

que suba primeiro o membro inferior esquerdo, posteriormente o tripé e o membro inferior direito. 4) Instruir a pessoa a descer degraus, recomendando que desça primeiro o membro inferior direito e o tripé, posteriormente o membro inferior esquerdo (Porto et al., 2019).

- Instruir técnica do andar com tripé, percorrendo o circuito do timed-up-and-go com dupla tarefa cognitiva: manter comunicação verbal durante o percurso, com exploração da memória de trabalho (Agmon et al., 2014; Hofheinz & Mibs, 2016). [A partir da 2ª sessão]
- Instruir técnica do andar com tripé, subindo e descendo escadas, com dupla tarefa cognitiva: contar as escadas do percurso; 1 lançamento de escadas. [A partir da 2ª sessão]

Instruir a erguer-se

- Instruir a pessoa a erguer-se: sentada, com os joelhos fletidos a 90º, realizar flexão anterior do tronco e iniciar o movimento com perda de contato entre o assento, até ao pico de verticalidade do tronco; usar o tripé (que se encontra em alcance funcional) para acomodar défices do equilíbrio/postura, segurando-o com o membro superior esquerdo (Pelicioni et al., 2015).

Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição

- Ensinar que, tendo em conta a avaliação da deglutição efetuada, a consistência/textura dietética eficaz e segura para facilitar a deglutição que permite a prevenção de complicações e a satisfação das necessidades nutricionais e hídricas, deve recorrer ao uso de líquidos espessados na consistência néctar.
- Ensinar que os líquidos espessados na consistência néctar não devem ter grumos, não é necessário mastigar, não “cola” nos talheres e boca e é uma textura coesa (não se diferencia parte sólida e parte líquida) (Leão, 2022).

Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição

- Ensinar que o posicionamento facilitador da deglutição deve ser sentada na cadeira, à mesa, com o correto alinhamento da cabeça, tronco e extremidades. Os pés devem estar apoiados no chão (ou apoio de pés), a região lombar deve estar apoiada nas costas da cadeira e a pélvis em posição neutra (Araújo et al., 2021).

Instruir técnica de deglutição

- Instruir manobra da deglutição forçada, deglutição dupla e tosse voluntária, quando necessário favorecer a limpeza de resíduos alimentares orofaríngeos (Araújo et al., 2021)

Instruir cuidador sobre exercícios músculo-articulares

- Instruir cuidador sobre exercícios músculo-articulares ativo-resistidos da articulação tibiotársica (solicitar à pessoa dorsiflexão e flexão plantar, enquanto o cuidador realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; solicitar à pessoa inversão e eversão do pé, enquanto o cuidador realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência) e dedos dos pés (solicitar à pessoa flexão e extensão dos dedos dos pés, enquanto o cuidador realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência); 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade leve (2-4) a moderada (5-6) na Escala de Borg; progressão gradual conforme tolerância em volume e intensidade.

- Instruir cuidador exercícios muscularto-articulares ativo-resistidos de potência, isto é, pliometria de baixo impacto e intensidade (solicitar à pessoa o lançamento de bola medicinal para o chão com flexão dos joelhos; solicitar à pessoa o lançamento de bola medicinal acima da cabeça contra a parede); 3x semana; 8-10 repetições em alta velocidade; intensidade leve (4 na escala de Borg – 1kg), progredindo para intensidade moderada (5-6 na escala de Borg); progressão gradual conforme tolerância em volume e intensidade.

Instruir cuidador para assistir no tomar banho

- Instruir o cuidador a assistir a pessoa a usar o tapete antiderrapante, para promoção da sua segurança, evitando quedas quando assume a posição ortostática nas atividades do autocuidado tomar banho.
- Instruir o cuidador a assistir a pessoa a usar as barras de apoio fixas (que devem ser aplicadas em alcance funcional, mesmo se sentada na cadeira de banho), onde pode agarrar-se, no sentido de proporcionar suporte numa superfície estável, para segurança durante o erguer-se, sentar-se e transferir-se (Araújo et al., 2021).
- Instruir o cuidador a assistir a pessoa a usar a cadeira de banho/banco de chuveiro, uma vez que possui equilíbrio dinâmico sentado. A cadeira de banho/banco de chuveiro permite-lhe permanecer sentada e, assim, promove-se o conforto e, principalmente, a segurança das atividades do tomar banho (Araújo et al., 2021).
- Instruir o cuidador a assistir a pessoa a usar a escova de cabo longo para lavar as costas e a parte inferior do corpo (na medida em que as limitações prévias existentes exigem a sua utilização, sendo esta a única forma de readquirir a independência no tomar banho) (Araújo et al., 2021).

Instruir cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se

- Instruir o cuidador a assistir a pessoa a usar a calçadeira de cabo longo para calçar ou descalçar qualquer tipo de sapato fechado: segurar no cabo, permitindo alcance entre o calcanhar e o pé, e colocar ou tirar o pé do calçado.
- Instruir o cuidador a assistir a pessoa a usar calça/tira meias: dispor a meia no dispositivo até as ranhuras laterais, que fixam as meias, enquanto a pessoa introduz o pé e puxa as fitas das extremidades, que permitem que as meias subam e se ajustem ao pé.
- Instruir o cuidador a assistir a pessoa a usar cordões elásticos, facilitando a atividade de calçar e descalçar o calçado com atacadores.

Instruir cuidador a assistir no treino do equilíbrio

- Instruir cuidador a assistir a pessoa no treino de equilíbrio sem apoio: assistir a realizar agachamentos, flexão e extensão, abdução e adução da anca, flexão e extensão do joelho, a levantar a ponta dos pés do chão e a ficar apoiada nos calcanhares, a levantar os calcanhares do chão e ficar em bicos de pé (este último mais complexo, tendo em conta o défice músculo-articular da tibiotársica); 3x dia; 10 repetições (Lourenço et al., 2021).

Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição

- Ensinar que, tendo em conta a avaliação da deglutição efetuada, a consistência/textura dietética eficaz e segura para facilitar a deglutição que permite a prevenção de

complicações e a satisfação das necessidades nutricionais e hídricas, deve recorrer ao uso de líquidos espessados na consistência néctar.

- Ensinar que os líquidos espessados na consistência néctar não devem ter grumos, não é necessário mastigar, não “cola” nos talheres e boca e é uma textura coesa (não se diferencia parte sólida e parte líquida) (Leão, 2022).

Ensinar cuidador sobre posicionamento facilitador da deglutição

- Ensinar que o posicionamento facilitador da deglutição deve ser sentada na cadeira, à mesa, com o correto alinhamento da cabeça, tronco e extremidades. Os pés devem estar apoiados no chão (ou apoio de pés), a região lombar deve estar apoiada nas costas da cadeira e a pélvis em posição neutra (Araújo et al., 2021).

Ensinar cuidador sobre prevenção de queda

- Ensinar cuidador que, no sentido de prevenir quedas, a DGS (2019) recomenda as seguintes precauções básicas: a) iluminação adequada, com luz de presença; b) remoção de barreiras e obstáculos no percurso de marcha; c) piso limpo e seco; d) manter equipamentos e materiais fora da área de circulação (móveis, cabos, vasos, entre outros); e) sapatos e vestuário adequados à marcha (a pessoa não deve usar roupa demasiado larga nem comprida; os sapatos devem ter sola dura, antiderrapante, preferencialmente sem cordões e fechados); f) ajudas sensoriais acessíveis (óculos, aparelhos auditivos); g) dispositivo de apoio à marcha (tripé) disponível em condições de utilização segura e acessível; h) dispositivos de segurança (ex: corrimãos, barras de apoio aos sanitários) disponíveis e acessíveis e em condições de utilização segura.

Instruir a tomar banho

- Instruir a pessoa a usar o tapete antiderrapante, para promoção da sua segurança, evitando quedas quando assume a posição ortostática nas atividades do autocuidado tomar banho.
- Instruir a pessoa a usar as barras de apoio fixas (que devem ser aplicadas em alcance funcional, mesmo se sentada na cadeira de banho), onde pode-se agarrar, no sentido de proporcionar suporte numa superfície estável, para segurança do erguer-se, sentar-se e das transferências (Araújo et al., 2021).
- Instruir a pessoa a usar a cadeira de banho/banco de chuveiro, uma vez que possui equilíbrio dinâmico sentado. A cadeira de banho/banco de chuveiro permite-lhe permaneça sentada e, assim, promove-se o conforto e, principalmente, a segurança das atividades do tomar banho (Araújo et al., 2021).
- Instruir a pessoa a usar a escova de cabo longo para lavar as costas e a parte inferior do corpo (na medida em que as limitações prévias existentes exigem a sua utilização, sendo esta a única forma de readquirir a independência no tomar banho) (Araújo et al., 2021).

Instruir a vestir-se ou despir-se

- Instruir a pessoa a usar a calçadeira de cabo longo para calçar ou descalçar qualquer tipo de sapato fechado: segurar no cabo, permitindo alcance entre o calcanhar e o pé, e colocar ou tirar o pé do calçado.
- Instruir a pessoa a usar calça/tira meias: dispor a meia no dispositivo até às ranhuras

laterais, que fixam as meias, enquanto a pessoa introduz o pé e puxa as fitas das extremidades, que permitem que as meias subam e se ajustem ao pé.

- Instruir a pessoa a usar cordões elásticos, facilitando a atividade de calçar e descalçar o calçado com atacadores.

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- 1. Solicitar à pessoa a mobilização da omoplata direita, realizando elevação e depressão, retração e protração, com oposição ao movimento através de resistência leve; 8 repetições; 1 série.
- 2. Solicitar à pessoa a mobilização da omoplata esquerda, realizando elevação e depressão, retração e protração, com oposição ao movimento através de resistência moderada; 8 repetições; 1 série.
- 3. Solicitar à pessoa flexão e extensão do ombro direito segurando halteres; intensidade: 0,5kg (30% 1RM); 8 repetições; 1 série.
- 4. Solicitar à pessoa flexão e extensão do ombro esquerdo segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1RM); 8 repetições; 1 série.
- 5. Solicitar à pessoa a abdução e adução do ombro direito segurando halteres; intensidade: 0,5kg (30% 1RM); 8 repetições; 1 série.
- 6. Solicitar à pessoa a abdução e adução do ombro esquerdo segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1RM); 8 repetições; 1 série.
- 7. Solicitar à pessoa hiperextensão do ombro direito segurando halteres; intensidade: 0,5kg (30% 1RM); 8 repetições; 1 série.
- 8. Solicitar à pessoa hiperextensão do ombro esquerdo segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1RM); 8 repetições; 1 série.
- 9. Solicitar à pessoa flexão e extensão do cotovelo direito segurando halteres; intensidade: 0,5kg (30% 1RM); 8 repetições; 1 série.
- 10. Solicitar à pessoa flexão e extensão do cotovelo esquerdo segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1RM); 8 repetições; 1 série.
- 11. Solicitar à pessoa pronação e supinação do antebraço direito, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 8 repetições; 1 série.
- 12. Solicitar à pessoa pronação e supinação do antebraço esquerdo, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 8 repetições; 1 série.
- 13. Solicitar à pessoa flexão e extensão do punho direito (com a mão na ponta da mesa) segurando halteres; intensidade: 4 na escala de Borg (leve) – 0,5kg; 8 repetições; 1 série.
- 14. Solicitar à pessoa flexão e extensão do punho esquerdo (com a mão na ponta da mesa) segurando halteres; intensidade: 4 na escala de Borg (leve) – 1kg; 8 repetições; 1 série.
- 15. Solicitar à pessoa para apertar bola tonificadora com as mãos; 8 repetições; 1 série.
- 16. Solicitar à pessoa para realizar oponência dos polegares direito e esquerdo, estando aplicados na polpa dos dedos velcros macho e fêmea autoadesivos; 8 repetições; 1 série.
- 17. Solicitar à pessoa a abdução e adução dos dedos das mãos, com elásticos de baixa resistência aplicados em torno dos mesmos; 8 repetições; 1 série.

- 18. Solicitar à pessoa a flexão e extensão dos dedos das mãos com dispositivo (argola metálica para porta chaves com elásticos que se colocam em torno dos dedos) que oferece oposição ao movimento de extensão; 8 repetições; 1 série.
- 19. Solicitar à pessoa flexão e extensão alternada da anca direita e esquerda com pernas; intensidade: 1,5kg (30% 1RM); 8 repetições; 1 série.
- 20. Solicitar à pessoa abdução e adução alternada da anca direita e esquerda com pernas; intensidade: 1,5kg (30% 1RM); 8 repetições; 1 série.
- 21. Solicitar à pessoa flexão e extensão dos joelhos com pernas; intensidade: 1,5kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
- 22. Solicitar à pessoa dorsiflexão e flexão plantar, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 8 repetições; 1 série.
- 23. Solicitar à pessoa inversão e eversão, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 8 repetições; 1 série.
- 24. Solicitar à pessoa flexão e extensão dos dedos dos pés, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 8 repetições; 1 série.
- 25. Solicitar à pessoa o lançamento de bola medicinal para o chão com flexão dos joelhos; intensidade: 4 na escala de Borg (leve) – 1kg; 8 repetições em alta velocidade.
- 26. Solicitar à pessoa o lançamento de bola medicinal acima da cabeça contra a parede; intensidade: 4 na escala de Borg (leve) – 1kg; 8 repetições em alta velocidade.

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular

- Analisar com a pessoa que a investigação atual demonstra que o treino muscularto-articular resistido adequadamente elaborado pode neutralizar as mudanças ao nível da função contrátil, atrofia e morfologia do sistema músculo esquelético (NSCA, 2019). O treino muscularto-articular resistido pode ser uma intervenção poderosa no combate à perda de força muscular, sarcopenia, vulnerabilidade fisiológica – fragilidade - e às suas debilitantes consequências (NSCA, 2019).

Ensinar sobre acesso a dispositivos

- Ensinar a pessoa que os dispositivos aconselhados (barras de apoio, cadeira de banho, corta unhas adaptado, antiderrapante, escova de cabo longo) podem ser adquiridos em lojas de produtos ortopédicos e produtos hospitalares. Os preços variam entre lojas e de acordo com os materiais. No geral, o antiderrapante pode custar 5-10€, barras de apoio 10-20€, esponja de cabo longo 5-7€, cadeira de banho 30/50€ (ou mais).

Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos

- Ensinar o cuidador que os dispositivos aconselhados (barras de apoio, cadeira de banho, corta unhas adaptado, antiderrapante, escova de cabo longo) podem ser adquiridos em lojas de produtos ortopédicos e produtos hospitalares. Os preços variam entre lojas e de acordo com os materiais. No geral, o antiderrapante pode custar 5-10€, barras de apoio 10-20€, esponja de cabo longo 5-7€, cadeira de banho 30/50€ (ou mais).

Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no tomar banho

- Analisar com o cuidador o prejuízo da pessoa no tomar banho, cujo compromisso

condiciona negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. Dentro da concepção do plano de reeducação funcional, a definição de estratégias para o uso de dispositivos de apoio (como a barra de apoio, a escova de cabo longo, o tapete antiderrapante, a cadeira de banho), em resposta às necessidades identificadas, promove as suas capacidades adaptativas com vista ao autocuidado.

Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se

- Analisar com o cuidador o prejuízo da pessoa no vestir-se/despir-se, cujo compromisso condiciona negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. Dentro da concepção do plano de reeducação funcional, a definição de estratégias para o uso de dispositivos de apoio (como os cordões elásticos, calça meias, calçadeira de cabo longo), em resposta às necessidades identificadas, promove as suas capacidades adaptativas com vista ao autocuidado.

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

- Analisar com a pessoa o prejuízo do movimento articular de flexão dos ombros, dorsiflexão e flexão plantar dos tornozelos, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. Exercícios músculo-articulares ativos podem prevenir agravamento da rigidez articular e favorecer a realização das atividades de vida diária.

Instruir exercícios da função motora fina

- Instruir à pessoa atividades que sejam fonte de satisfação, de acordo com as suas preferências, que promovam a estimulação da função motora fina. Se adequado, adicionar dupla tarefa cognitiva e/ou estimulação sensorial, para promover o funcionamento cognitivo (Lee et al., 2015). Alguns exemplos de atividades que podem ser instruídas são a pintura, usar pauzinhos, manipular molas, berlindes, plasticina, papéis, jogos de blocos, puzzle, quebra cabeças, tocar instrumentos, entre outros.

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios e a função motora fina

- Analisar com a pessoa o prejuízo da função motora fina, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos e pela situação de doença aguda, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. Exercícios de estimulação da função motora fina podem melhorar esta capacidade e favorecer a realização das atividades de vida diária.

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

- Analisar com a pessoa o prejuízo no equilíbrio, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos e pela situação de doença aguda, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. A definição de exercícios de controlo postural e de equilíbrio, dentro do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, visa dar resposta às necessidades identificadas, maximizando a sua capacidade.

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

- Analisar com a pessoa o prejuízo do erguer-se, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos e pela situação de doença aguda, o que afeta negativamente a sua

funcionalidade, independência e participação social. O uso de auxiliar de marcha, como o tripé, no sentido de melhorar a instabilidade postural dinâmica, pode ser vantajoso na realização das atividades de vida diária e na prevenção de quedas, promovendo a sua autonomia para o erguer-se. O tripé tem um grau de estabilidade maior do que a bengala, uma vez que apresenta uma base de suporte maior, porém, ao mesmo tempo, mesmo num espaço físico restrito, permite que a pessoa se mantenha ativa (Porto et al., 2019).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

- Analisar com a pessoa o prejuízo no tomar banho, cujo compromisso condiciona negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. Dentro da concepção do plano de reeducação funcional, a definição de estratégias para o uso de dispositivos de apoio (como a barra de apoio, a escova de cabo longo, o tapete antiderrapante, a cadeira de banho), em resposta às necessidades identificadas, promove as suas capacidades adaptativas com vista ao autocuidado.

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

- Analisar com a pessoa o prejuízo do transferir-se, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos (como o equilíbrio e a marcha) e pela situação de doença aguda, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. O uso de auxiliar de marcha, como o tripé, no sentido de melhorar a instabilidade postural dinâmica, pode ser vantajoso na realização das atividades de vida diária e na prevenção de quedas, promovendo a sua autonomia no transferir-se. O tripé tem um grau de estabilidade maior do que a bengala, uma vez que apresenta uma base de suporte maior, porém, ao mesmo tempo, mesmo num espaço físico restrito, permite que a pessoa mantenha-se ativa (Porto et al., 2019).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

- Analisar com a pessoa o prejuízo no vestir-se/despir-se, cujo compromisso condiciona negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. Dentro da concepção do plano de reeducação funcional, a definição de estratégias para o uso de dispositivos de apoio (como os cordões elásticos, calça meias, calçadeira de cabo longo), em resposta às necessidades identificadas, promove as suas capacidades adaptativas com vista ao autocuidado.

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

- Analisar com a pessoa o prejuízo no arranjar-se, cujo compromisso condiciona negativamente a sua funcionalidade e independência. Dentro da concepção do plano de reeducação funcional, a definição de estratégias para o uso de dispositivos de apoio (como corta unhas adaptado), em resposta às necessidades identificadas, promove as suas capacidades adaptativas com vista ao autocuidado.

Instruir a arranjar-se

- Instruir a pessoa a usar a corta unhas adaptado: pressionar a pega/alavanca, empurrando-a para baixo e assim pressionar as duas lâminas de corte em simultâneo; a base

antideslizante permite maior grau de estabilidade.

Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

- Analisar com a pessoa o prejuízo do equilíbrio e da marcha, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos e pela situação de doença aguda, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. O uso de auxiliar de marcha, como o tripé, no sentido de melhorar a instabilidade postural dinâmica, pode ser vantajoso na realização das atividades de vida diária e na prevenção de novas quedas, promovendo a sua autonomia para andar. O tripé tem um grau de estabilidade maior do que a bengala, uma vez que apresenta uma base de suporte maior, porém, ao mesmo tempo, mesmo num espaço físico restrito, permite que a pessoa se mantenha ativa (Porto et al., 2019).

Ensinar sobre prevenção da aspiração

- Ensinar o posicionamento após a refeição para prevenir a aspiração: preferencialmente deve ficar sentada ou com a cabeceira elevada entre 60-80º, pelo menos 30 minutos (promove-se a clearance esofágica, o esvaziamento gástrico e a redução do refluxo) (Teasell et al., 2020).
- Ensinar que deve manter o ambiente calmo durante a refeição (minimizando os estímulos), não deve falar enquanto mastiga, nem comer depressa/grande quantidade de alimento de cada vez (Leão, 2022).
- Ensinar que deve adequar a consistência dos líquidos (néctar), optando por espessantes, com ou sem sabor, à base de goma xantana (pois tem resistência à amílase salivar) e que não devem alterar a consistência sem indicação dos profissionais de saúde (Leão, 2022).
- Ensinar que deve utilizar copo recortado ou chávena larga para evitar a hiperextensão do pescoço (Leão, 2022).
- Ensinar que, após cada refeição, é aconselhada a ingestão de água com a viscosidade adequada (néctar), no sentido de reforçar a hidratação, mas também para promover a limpeza dos resíduos alimentares (Araújo et al., 2021).
- Ensinar que deve preferencialmente lavar os dentes e a boca após as refeições para vigiar a presença de resíduos alimentares, mas também para promover estimulação sensoriomotora na reabilitação da motricidade orofacial (Araújo et al., 2021).
- Ensinar que os sinais de alerta são alteração da voz, cansaço durante a alimentação, engasgamento, pigarreio, aumento de secreções, sialorreia, tosse durante e/ou após a refeição (Leão, 2022).

Analisar com o cliente a relação entre a dieta e a deglutição

- Analisar com a pessoa o prejuízo da deglutição e a necessidade de ter presente escolhas para uma alimentação saudável, ajustando sempre o tipo e consistência dos líquidos à capacidade de deglutição, a fim de prevenir complicações (Leão, 2022).

Analisar com o cliente a relação entre o treino e a promoção da deglutição

- Analisar com a pessoa o prejuízo na deglutição, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos e pela situação de doença aguda, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. O treino da técnica da deglutição

pode ser vantajoso na gestão da disfagia, nomeadamente na implementação de medidas para prevenção de possíveis complicações.

Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

- Ensinar que, em caso de engasgamento, é fundamental os seguintes passos até reverter a situação: 1. Instruir a pessoa a tossir; 2. Executar cinco pancadas nas costas; 3. Cinco compressões; 4. Ligar para o 112 (Leão, 2022).
- Ensinar o posicionamento após a refeição para prevenir a aspiração: preferencialmente deve ficar sentada ou com a cabeceira elevada entre 60-80º, pelo menos 30 minutos (promove-se a clearance esofágica, o esvaziamento gástrico e a redução do refluxo) (Teasell et al., 2020).
- Ensinar que o ambiente durante a refeição deve ser calmo (minimizando os estímulos), a pessoa não deve falar enquanto mastiga, nem comer depressa/grande quantidade de alimento de cada vez (Leão, 2022).
- Ensinar que é necessário adequar a consistência dos líquidos (néctar), optando por espessantes, com ou sem sabor, à base de goma xantana (pois tem resistência à amílase salivar) e que não deve alterar a consistência sem indicação dos profissionais de saúde (Leão, 2022).
- Ensinar que a pessoa deve utilizar copo recortado ou chávena larga para evitar a hiperextensão do pescoço (Leão, 2022).
- Ensinar que, após cada refeição, é aconselhada a ingestão de água com a viscosidade adequada (néctar), no sentido de reforçar a hidratação, mas também para promover a limpeza dos resíduos alimentares (Araújo et al., 2021).
- Ensinar que os sinais de alerta durante a alimentação são alteração da voz, cansaço durante a alimentação, engasgamento, pigarreio, aumento de secreções, sialorreia, tosse durante e/ou após a refeição (Leão, 2022).

Ensinar cuidador sobre inspeção da cavidade oral após as refeições

- Ensinar que, após as refeições, deve vigiar-se a presença de resíduos alimentares na boca para prevenir aspiração de conteúdo alimentar e, preferencialmente, proceder à escovagem dos dentes e higiene da boca para estimulação sensoriomotora e reabilitação da motricidade orofacial (Araújo et al., 2021).

Executar terapia de orientação para a realidade

- Executar um conjunto de técnicas, a fim de evitar a perda de capacidades percetivas, as quais proporcionam informação básica que ajuda a pessoa na sua orientação alopsíquica temporal, através, por exemplo, da elaboração de um calendário (que permite a identificação do dia numérico, dia da semana, mês, ano, estação do ano, tempo, datas de aniversário de pessoas significativas) (Silva, 2017). Calendário elaborado com materiais que promovam a estimulação de competências sensoriais (visão e tato), mesmo que estas se encontrem plenamente funcionais, como forma de retardar a perda de danos nestas competências, que pode conduzir a dificuldades psicomotoras, cognitivas e socio-efetivas (Marques et al., 2022).

Executar terapia de validação

- Executar escuta ativa, compreendendo significado individual da realidade da pessoa, através da estimulação da comunicação (Silva, 2017).

Ensinar cuidador sobre medidas de segurança face à confusão

- Ensinar cuidador sobre importância da orientação gradual e crescente na realização das atividades de vida diária, por forma a permitir que a pessoa mantenha a sua autonomia e independência (Silva, 2017).
- Ensinar cuidador na adequação do ambiente físico, promovendo a sua segurança, autonomia e independência, indo ao encontro das necessidades da pessoa (Silva, 2017).
- Ensinar cuidador da importância em manter a pessoa ativa, de preferência em atividades que sejam fonte de satisfação e de estimulação da orientação (Silva, 2017).

Ensinar cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade

- Ensinar cuidador que a aplicação informal da Terapia de Orientação para Realidade pode promover a orientação da pessoa, no sentido a que esta não perca a noção do tempo, confundindo o dia, mês ou até o ano. A fim de evitar a perda de capacidade percetivas, a pessoa deve estimulada a responder espontaneamente e só depois ser fornecida ajuda (Silva, 2017). A elaboração de um calendário (que permite a identificação do dia numérico, dia da semana, mês, ano, estação do ano, tempo, datas de aniversário de pessoas significativas) pode ser uma atividade que se mostre eficaz neste processo. O calendário pode ser elaborado com materiais que promovam a estimulação de competências sensoriais (visão e tato), mesmo que estas se encontrem plenamente funcionais, como forma de retardar a perda de danos nestas competências, o que pode conduzir a dificuldades psicomotoras, cognitivas e socio-efetivas (Marques et al., 2022).

Instruir a sentar-se

- Instruir a pessoa a sentar-se em cadeira com braços: colocar a região poplíteia em contacto com a cadeira; afastar o tripé (colocando-o em alcance funcional); colocar as mãos nos braços da cadeira e baixar-se até ficar sentada confortavelmente (Lourenço et al., 2021).
- Instruir a pessoa a sentar-se em cadeira sem braços: deve colocar-se de lado, com a região poplíteia em contacto com a cadeira; afastar o tripé (colocando-o em alcance funcional); colocar uma mão nas costas da cadeira e outra no assento e baixar-se até ficar sentada confortavelmente (Lourenço et al., 2021).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no sentar-se

- Analisar com a pessoa o prejuízo no sentar-se, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos e pela situação de doença aguda, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. O uso de auxiliar de marcha, como o tripé, no sentido de melhorar a instabilidade postural dinâmica, pode ser vantajoso na realização das atividades de vida diária e na prevenção de quedas, promovendo a sua autonomia para o sentar-se (Porto et al., 2019).

Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos

- Ensinar cuidador que os dispositivos aconselhados (calçadeira de cabo longo, calça/tira meias, cordões elásticos) podem ser adquiridos em lojas de produtos ortopédicos e produtos hospitalares. Outras lojas de venda de produtos desportivos também podem

dispor destes produtos. Os preços variam entre lojas e de acordo com os materiais. No geral, a calçadeira de cabo longo pode custar 4-6€, calça/tira meias 7-20€, cordões elásticos 5-9€.

Instruir exercícios para promoção da deglutição

- Instruir exercícios de resistência do palato mole: suprar, sugar, emitir âããã, cá cá cá, ki ki ki, ri ri ri (Escoura, 1998; Araújo et al., 2021).
- Instruir exercícios de controlo do bolo alimentar: elevar a língua em direção ao palato mole, modelar a língua à volta do bolo alimentar, controlar um botão com a língua, preso a um fio dentário, com uma colher invertida na boca, empurrá-la para cima e para trás ao mesmo tempo (Escoura, 1998; Araújo et al., 2021).
- Instruir exercícios de mobilidade laríngea: emitir de forma intercalada sons graves e agudos (aaa/iii/eee), baixar a laringe (sugar, puxar a base da língua para trás, bocejar, emitir “u” com a língua retraída), elevar a laringe (emitir “iii”), protraír exageradamente a língua, insuflar as bochechas e segurar, colocar a ponta da língua nos dentes incisivos inferiores e elevar o dorso da língua) (Escoura, 1998; Araújo et al., 2021).
- Instruir exercícios de resistência muscular dos lábios: protraír, retrair, lateralizar, segurar a espátula entre os lábios protraídos, emitir beijos fortes, emitir fortemente as sílabas pá pá pá (Escoura, 1998; Araújo et al., 2021).
- Instruir exercícios de resistência muscular da língua: protraír, retrair, elevar e lateralizar a língua, vibrar e tubular, fazer força antagónica entre a língua e a espátula, percorrer toda a arcada dentária com a ponta da língua, estalar a língua, emitir fortemente as sílabas tá tá tá (Escoura, 1998; Araújo et al., 2021).
- Instruir exercícios de resistência muscular das bochechas: insuflar as bochechas (uni e bilateralmente e manter por alguns segundos), sugar, soprar (Escoura, 1998; Araújo et al., 2021).
- Instruir Manobra de Masako: puxar a base da língua para a frente, prender a língua entre os dentes e realizar deglutições secas (Escoura, 1998; Araújo et al., 2021).
- Instruir exercício de Shaker: com o doente deitado sem almofada, instruir a levantar a cabeça e olhar para os seus pés, sem tirar os ombros da cama (Escoura, 1998; Araújo et al., 2021).

Executar massagem dos músculos da face

- Executar massagem dos músculos da face, através de movimentos circulares com um cubo de gelo envolto numa compressa, em ambos os lados da face – a fim de oferecer estímulos sensoriais simétricos – com foco na hemiface direita. Iniciar com massagem effleurage, com as mãos abertas, na direção do queixo para a testa. Massajar os músculos frontal, prócero, corrugador, levantador da asa do nariz, transverso, orbicular dos olhos, levantador da pálpebra superior e corrugador (em simultâneo ao orbicular), zigomático menor, zigomático maior, orbicular dos lábios, depressor do lábio inferior, levantador do ângulo da boca, depressor do ângulo dos lábios, mentoniano e platisma. Terminar novamente com massagem effleurage (Araújo et al., 2021).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo

- Solicitar à pessoa exercício da ponte; 8 repetições; 1 série.

- Solicitar à pessoa exercício de dissociação da cintura pélvica; 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa exercício push-up; 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa exercício levantar e sentar; 8 repetições; 1 série.

3.8. Síntese relativa ao caso

A conceção de cuidados apresentada teve como foco a pessoa e a sua familiar cuidadora, no âmbito dos respetivos processos de reorganização interior na adaptação necessária às novas circunstâncias. O seu fim último visou promover um processo de transição saúde/doença e situacional positivo e saudável, tendo em conta os referenciais teóricos da disciplina, com uma prática sustentada em conhecimentos científicos e nos instrumentos reguladores da profissão.

Os cuidados pós-agudos de reabilitação têm impacto clínico na redução do risco de comorbilidades clínicas, daí a sua relevância. No entanto, é essencial a sua adequação no que se reporta a recursos, ao momento e à sua intensidade para atingir todo o potencial e não colocar em risco a segurança do doente (Winstein et al., 2016). Por este motivo, apesar do processo de reabilitação ter início precoce, o plano de cuidados demonstra o trabalho desenvolvido após os meios complementares de diagnóstico realizados demonstrarem segurança na implementação das intervenções desenvolvidas, no âmbito da temática deste relatório. Nesta fase, as prioridades de cuidados delineadas implicaram um maior investimento em intervenções com vista à otimização/reeducação funcional e no treino específico de AVD, com vista à maximização da autonomia e qualidade de vida da pessoa. Também foi uma prioridade a capacitação do cuidador para a complexidade do seu papel.

A pessoa idosa internada em contexto hospitalar, considerada frágil (por apresentar diminuição da força muscular, velocidade da marcha e atividade física) pelo paradigma fenotípico (Fried et al., 2001), estava a vivenciar um agravamento da sua condição de saúde. Evidenciava baixo nível da funcionalidade, com desempenho no TUG de 28 segundos. A conceção de cuidados visou um plano de intervenção ajustado ao seu perfil, considerando o seu estado cognitivo e de orientação, comorbilidades (designadamente ao nível da amplitude de movimento), défices neurológicos (concretamente nos domínios da força muscular, equilíbrio e deglutição), limitações da atividade ao nível do autocuidado, a sua capacidade em participar no processo de reabilitação e a capacidade da cuidadora em fazer face às necessidades de cuidados.

A fragilidade não se reporta somente à dimensão física, apesar de ter sido esta a envolvimento do tema do presente relatório, pelo que houve preocupação em serem atendidas as necessidades da pessoa e da sua família também nas dimensões social e psicológica. Procurou-se fornecer informação adequada, em formato oportuno e eficaz, ensinando sobre os recursos disponíveis, mantendo o acompanhamento, a fim de garantir os serviços necessários. Promoveu-se, assim, a

satisfação e o bem-estar físico e psicológico de todos os intervenientes.

Não foram identificados significados dificultadores no processo de cuidados, quer pela pessoa, como pela familiar cuidadora, tendo sido facilmente criadas pontes para a maximização do potencial do conhecimento e das capacidades, com foco nos processos corporais e adaptativos associados às transições.

Apesar da pessoa não evidenciar alteração ao nível dos domínios cognitivos da retenção, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, apresentava períodos de sub-orientação no tempo. Não havia descrição deste compromisso prévio ao internamento, contudo, tal como descreve Fong & Inouye (2022), este é comum em idosos hospitalizados, particularmente em distúrbios encefálicos como o AVC. Neste sentido, foram implementadas um conjunto de medidas de gestão ambiental e técnicas, a fim de potenciar a melhoria na orientação na pessoa, além de se promover a capacidade da cuidadora na sua gestão.

No domínio da força muscular, para além das alterações músculo-esqueléticas resultantes do compromisso motor proveniente do AVC, foram identificadas alterações associadas à idade ao nível da componente distal dos MI. Estas alterações predominantemente associadas à idade vão ao encontro dos resultados do estudo de Dewolf et al. (2021), que corroboram a ideia de que o envelhecimento afeta principalmente os segmentos distais, interferindo em atividades que exigem maior impulso do tornozelo. Neste sentido, para além da execução de exercícios musculartoarticulares que corrijam assimetrias de força ao nível dos MS, foi dado enfoque a exercícios da componente distal dos MI para aumentar a ativação muscular do tornozelo. Tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada no domínio da força muscular na pessoa com fragilidade física internada em contexto hospitalar, procurou-se que os exercícios musculartoarticulares desenvolvidos fossem ao encontro das recomendações. Portanto, foram também executados exercícios de potência e multicompetente, multiarticulares e bilaterais. Procurou-se dar continuidade ao processo de reabilitação, capacitando a pessoa e a familiar cuidadora através da instrução e do treino de exercícios musculo-articulares, no sentido de promover os cuidados de transição iniciados em contexto hospitalar. Ainda no domínio da força muscular também foi identificada a paresia facial. Obviamente as intervenções desenvolvidas visaram a melhoria desta condição.

No que reporta à amplitude articular, a fim de evitar o agravamento objetivado ao nível das articulações dos ombros e tibiotársica, foram executados exercícios musculo-articulares ativos (assistidos se necessário, em situações específicas, respeitando o arco de movimento indolor) através da dupla tarefa motora para promoção da mobilidade articular.

Tendo em conta a avaliação da deglutição efetuada, promoveu-se a segurança e a eficácia da mesma, através da redução do risco do desenvolvimento de consequências adversas. Para tal foram implementadas intervenções cognitivo-comportamentais, como exercícios para a promoção da deglutição, modificações ambientais (como o posicionamento), ensinamentos sobre

deglutição segura e modificações dietéticas apropriadas, envolvendo a pessoa e a familiar cuidadora, tendo em conta o potencial de ambas no processo de transição.

A motricidade fina (essencial para a execução das AVD) foi foco de intervenção, através da execução de atividades que fossem fonte de satisfação para a pessoa, adicionando a dupla tarefa cognitiva e/ou estimulação sensorial, para promover o funcionamento cognitivo (Lee et al., 2015), tornando a intervenção neste domínio apelativa e prazerosa.

O compromisso do equilíbrio dinâmico, por via da influência de múltiplos processos e sistemas corporais, por sua vez também comprometeu outros domínios, como o autocuidado e o andar. Portanto, são fundamentais atividades de avaliação e intervenções apropriadas. Foram implementadas atividades que visaram dar resposta à técnica de treino de equilíbrio dinâmico, bem como a promoção da capacidade da pessoa e familiar cuidadora para promoção da adesão ao treino.

No que se reporta ao compromisso do autocuidado, procurou-se realizar treino específico para a prática das tarefas funcionais. A aprendizagem das habilidades motoras baseou-se na prática das ações que melhor resultam para esse desempenho. Para esta concretização foram instruídas técnicas, com base nos dispositivos adaptativos adequados, tendo em conta os défices prévios e o potencial de independência da pessoa. Nos autocuidados cuidar da higiene pessoal e vestir-se ou despir-se mostrou-se essencial envolver o prestador de cuidados, por forma a garantir a assistência, recursos e informação necessários neste processo.

Relativamente ao andar, tendo em conta a avaliação através do ciclo da marcha, foram identificadas alterações no seu desempenho associadas à perda de força muscular, ao compromisso no equilíbrio e às alterações muscularto-articulares relacionadas com o envelhecimento. As alterações biomecânicas identificadas conferiam um padrão de marcha instável, ineficiente e com um elevado risco de queda associado. Assim, para promover melhorias no padrão de marcha, promoveram-se melhorias na força muscular, na amplitude de articular e no equilíbrio. Ainda para auxiliar na mobilidade foi efetuado treino da técnica do andar com tripé, no sentido de atingir um padrão de marcha seguro, objetivando uma evolução significativamente positiva nesta capacidade da pessoa.

Não se evidenciou compromisso na autogestão do regime terapêutico, no âmbito do padrão alimentar e na autogestão do regime medicamentoso. Podia ter sido maior o investimento na autogestão do padrão de exercício físico, porém este não foi um domínio priorizado, tendo em conta a condição clinico-funcional da doente na sua fase pós-aguda da doença.

O plano de cuidados demonstra uma intervenção terapêutica num período curto de tempo. Pensa-se que os ganhos objetivados num período de intervenção mais longo poderiam ser maiores e, portanto, produzirem maiores benefícios na condição clinico-funcional da pessoa. Considera-se que esta é uma limitação na intervenção realizada. No entanto, tendo em conta as

intervenções de capacitação desenvolvidas (tanto no âmbito da pessoa, como da familiar cuidadora) fica a expectativa de um potencial de evolução favorável e de continuidade de cuidados.

4. ESTUDO DE CASO_2

Mulher com 76 anos que teve um Acidente Isquêmico Transitório da Artéria Carótida Esquerda, a 28 de outubro. Encontra-se internada na enfermaria de subagudos da Unidade de AVC.

4.1. Enquadramento teórico

Como já referido anteriormente, a condição de fragilidade física pode frequentemente ser agravada por processos patológicos. Por outro lado, a pessoa idosa frágil está especialmente vulnerável a eventos adversos, como a hospitalização. O processo de transição saúde/doença, que implica hospitalização, pode ter impacto na saúde e qualidade de vida da pessoa idosa frágil (Gobbens et al., 2010). Remetendo para o caso em estudo, a hospitalização por influência do AIT, pode ter impacto na saúde e qualidade da vida da pessoa idosa no processo insidioso e silencioso do “tornar-se frágil”.

A European Stroke Organisation (ESO) define que AIT corresponde a uma perda aguda da função cerebral ou ocular focal, com duração inferior a 24 horas, por via de uma doença vascular embólica ou trombótica (Fonseca et al., 2022). Esta organização esclarece que é de grande importância o reconhecimento dos sintomas, a avaliação e prevenção secundária após um AIT nas primeiras vinte e quatro horas, na medida em que, especialmente na fase aguda, o risco de AVC após um AIT está aumentado. Aproximadamente um quarto das pessoas com AVC tiveram um AIT prévio. Nos primeiros três meses, o risco de AVC é de 10 a 15%, sendo que a maioria dos eventos ocorre nos primeiros dois dias (Smith et al., 2018). O AIT considera-se uma janela de oportunidade para reduzir a morbilidade e mortalidade associada ao AVC (Fonseca et al., 2022).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do AVC e AIT são os mesmos, podem estar relacionados com os hábitos de vida da pessoa (controláveis) ou relacionarem-se com as suas características intrínsecas (não controláveis). Deste último grupo faz parte o fator idade, visto que, apesar das doenças cerebrovasculares afetarem pessoas de diferentes faixas etárias, o risco é maior à medida que envelhecemos. O género feminino também está mais suscetível por diversos fatores, tais como como gravidezes, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia e determinados tipos de terapia hormonal. A raça negra e os hispânicos, pela dificuldade no controlo da pressão arterial, têm o risco aumentado de mortalidade e morbilidade; portanto a hereditariedade pesa neste processo, bem com a existência de um AVC prévio (ASO, 2023).

No que se reporta aos fatores de risco controláveis, um dos principais é a hipertensão arterial, bem como o tabagismo, quer através do fumo dos cigarros tradicionais ou do vapor dos cigarros eletrônicos. Outros fatores de risco controláveis são a diabetes mellitus, dislipidemia, sedentarismo, obesidade, doença carotídea (ou outra doença arterial), fibrilação arterial (ou outra doença cardíaca), certas doenças sanguíneas (como a anemia falciforme), consumo excessivo de álcool e drogas (cocaína, ecstasy, anfetaminas, heroína), bem como a apneia do sono (da mesma forma que a apresentação desta doença é mais prevalente depois de um AVC) (ASO, 2023).

O próprio AIT corresponde a um fator de risco controlável para o desenvolvimento de um AVC (ASO, 2023). Para a definição do risco de AVC após o AIT habitualmente utiliza-se o método ABCD². A pontuação de predição do método ABCD² (0-7) inclui as seguintes variáveis clínicas: idade (superior a 60 anos), elevação da pressão arterial na primeira avaliação após AIT (pressão arterial sistólica superior a 140mmHg ou pressão arterial diastólica superior a 90mmHg), diminuição da força muscular, distúrbio da fala, duração dos sintomas e diabetes mellitus (Jameson et al., 2018). A ESO define a estratificação do risco de AVC não só através desta pontuação, uma vez que o seu desempenho preditivo é insatisfatório. O AIT de alto risco corresponde pontuação ABCD² igual ou superior a quatro, doença de grande vaso significativa (superior a 50%), estenose intracraniana, alterações da linguagem ou déficit muscular presente por mais de cinco minutos, eventos recorrentes, fibrilação auricular ou deteção de lesão nos estudos imagiológicos de perfusão. Por outro lado, AIT de baixo risco é definido como ausência de característica de alto risco, ou seja, ABCD² inferior a quatro, sem lesão no tecido cerebral, sem estenose documentada na artéria cerebral ipsilateral e sem fonte cardíaca importante de embolia (Fonseca et al., 2022).

Para confirmação fisiopatológica da suspeita de AIT, a ESO recomenda angioTC ou RM CE, após ultrassonografia dos grandes vasos com estenose superior a 50%, o que influencia a incerteza diagnóstica e o tratamento. Na prevenção de recorrência de AVC, no âmbito de um AIT agudo não cardioembólico de alto risco, recomenda-se dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e clopidogrel, durante vinte e um dias, com início até vinte e quatro horas após o evento (ou ticagrelol e aspirina em regime alternativo), em AIT de baixo risco recomenda-se antiagregação simples (Fonseca et al., 2022).

A Sr^a VCMT, de 76 anos, teve a 28 de outubro um AIT da artéria carótida esquerda. Método ABCD² de 4 pontos. Trazida ao serviço de urgência por quadro de afasia, com início pelas 18H00, episódio que durou 20-30 minutos. Foi admitida na Unidade de AVC, concretamente na enfermaria de subagudos, a 3 de novembro.

No âmbito do seu autocuidado, previamente ao internamento, a Sr^a VCMT refere dificuldade em lavar/secar e vestir/despir a parte inferior do corpo e dificuldade na mobilidade, com marcha lenta e insegura, contudo assume-se como independente. Histórico de queda nos últimos três

meses, aparentemente sem sequelas. Sem alergias medicamentosas conhecidas, segundo a própria. Em termos de lateralidade é esquerdina. Apresenta como antecedentes clínicos/cirúrgicos: hipertensão arterial [com lesão de órgão alvo cardíaca e renal (creatinina sérica basal 0.6mg/dL, microalbuminúria 40mg/g)]; hipercolesterolemia [colesterol total: 170mg/dL, colesterol LDL (low density lipoproteins): 78mg/dL, colesterol HDL (high density lipoproteins) 72mg/dL, triglicerídeos 99mg/dL (02/2023)]; cardiopatia valvular sequelar a febre reumática (substituição da válvula mitral por prótese mecânica, anuloplastia tricúspide e encerramento do apêndice auricular esquerdo em 2012); fibrilação auricular (hipocoagulada); insuficiência cardíaca crônica classe II da NYHA (New York Heart Association) com fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada; omartrose direita (sem indicação de tratamento cirúrgico); prolapso e rectocistocelo (submetida a histerectomia vaginal, com correção de retocistocelo em 2022); nódulos da tiróide (sem alteração da função tiroideia); quistos renais (sem alteração com significado patológico).

Atualmente reformada, trabalhou como doméstica. Estudou até à 3ª classe. O seu agregado familiar é composto pelo marido de 75 anos, reformado de camionista. Estão casados há 55 anos, têm duas filhas, um filho, cinco netos e um bisneto. Trata-se de uma família pás de deus, na medida em que os seus filhos estão emigrados e constituíram as suas famílias no estrangeiro. Não tem membros da família próximos da sua residência. No âmbito do contexto externo, refere ter uma boa relação com a equipa do Centro de Saúde, a igreja (que frequenta esporadicamente) e os elementos do rancho folclórico (instituição da qual faz parte da direção). É apresentado de seguida o seu genograma e ecomapa.

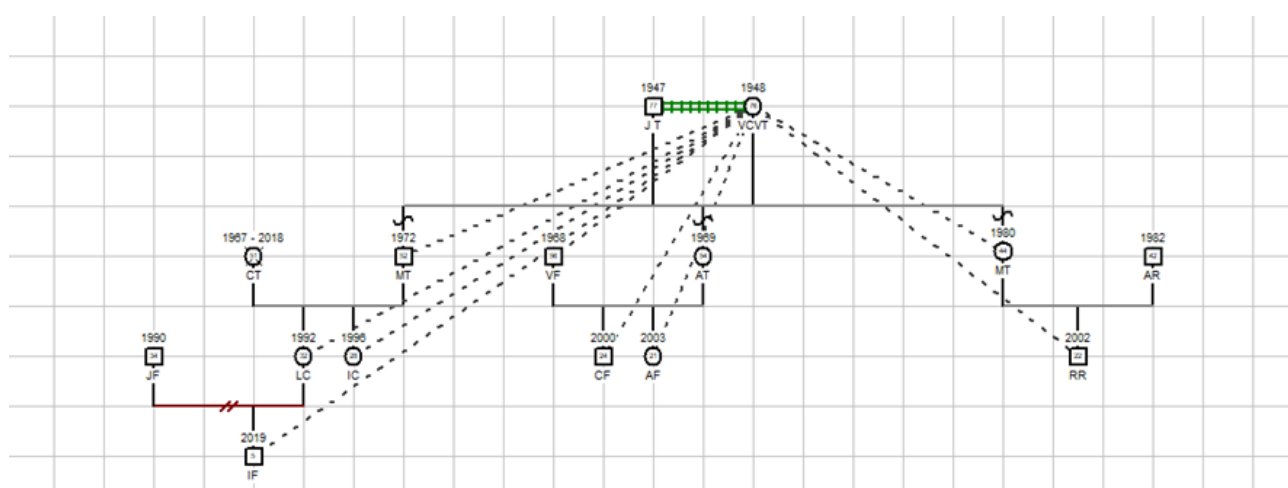


Figura 4: Genograma da família da Srª VCMT.

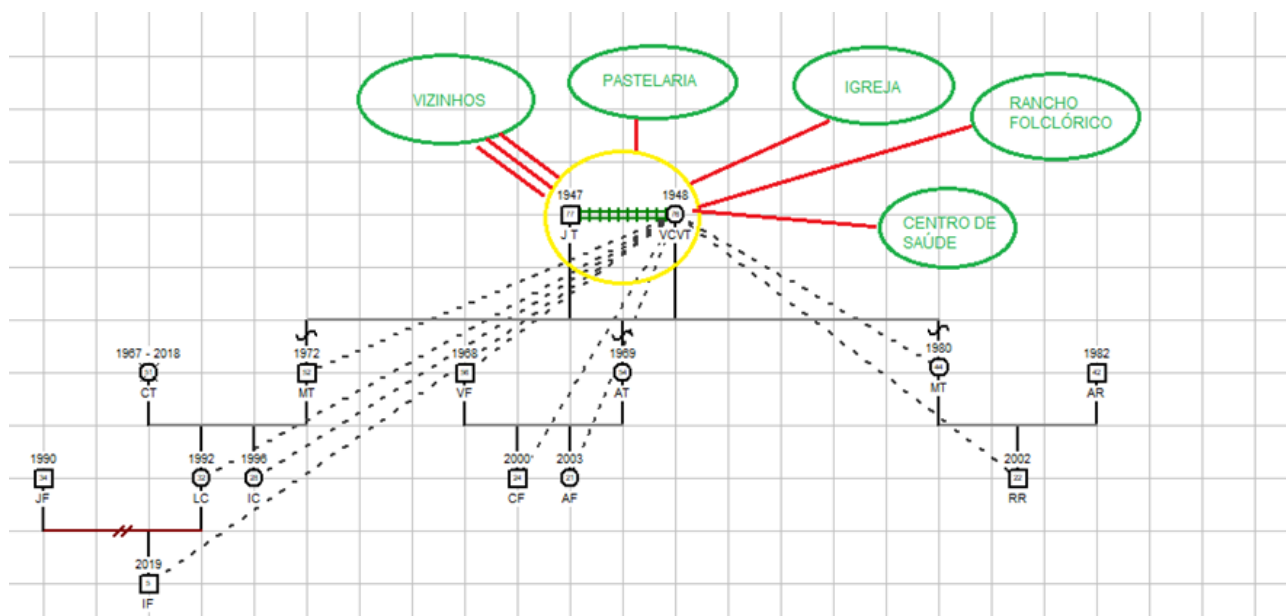


Figura 5: Ecomapa da família da Srª VCMT.

Em conjunto com o marido desenvolve os aspectos instrumentais do desenvolvimento familiar, tem ainda uma empregada doméstica que trata da limpeza da habitação uma vez por semana. Não há referência a conflitos familiares, nem crenças dificultadoras que impeçam a resolução de problemas, existindo uma interação de papéis através de uma comunicação eficaz.

Reside em habitação própria, com um único piso, composta por três quartos (dois deles atualmente sem uso), uma cozinha, uma sala de estar e um WC. O acesso ao interior da habitação é feito por uma porta que dá acesso à sala de estar e que dispõe de quatro degraus. O WC tem uma banheira, uma sanita e um lavatório. Nesta divisão não estão instaladas barras de apoio, nem existe tapete antiderrapante ou banco/cadeira de banho. Afirma que o corredor da casa é largo e desimpedido e que no seu quarto tem uma cama de casal alta, um armário para a roupa, uma cómoda e duas mesas de cabeceira colocadas em cada lado da cama. Refere que na sala de estar existe um sofá com acentos altos, braços e apoio de costas e, no centro, uma mesa decorativa (não fixa/segura). Afirma ainda que as divisões da casa têm tapetes (sem borracha antiderrapante) e iluminação com interruptores acessíveis.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 76 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-06 09:00:00	Varfine [dose de acordo com valor de INR (razão internacional normalizada)], ao jantar.	
2023-11-06 09:00:00	Sinvastatina, 20mg, ao jantar.	
2023-11-06 09:00:00	Bromazepam, 3mg, ao deitar.	
2023-11-06 09:00:00	Venlafaxina, 37.5mg, de manhã.	
2023-11-06 09:00:00	Perindopril + Amlodipina, 8 mg + 5 mg, de manhã.	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Os anticoagulantes orais em idosos com risco de queda podem acarretar complicações hemorrágicas significativas. As quedas, podem ter impacto na funcionalidade e qualidade de vida destes idosos, causando complicações catastróficas. As complicações decorrentes do uso de anticoagulantes orais, como a varfarina, podem ser o AVC, hemorragia significativa e até o óbito, pelo que ainda podem ser amplamente potenciadas pelas quedas (Lara et al., 2021). Lara et al. (2021) reforça a necessidade de uma avaliação ampla destas pessoas, com um acompanhamento personalizado, no sentido de garantir os benefícios da anticoagulação oral com taxas de complicações o mais baixas possível.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

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

A Sr^a VCMT realizou, a 31/10/2023, uma TAC CE, cujo relatório é transcrito de seguida: “Sem densidades hemáticas intracranianas. Sem lesões isquémicas lobares estabelecidas com tradução morfodensitométrica. Estruturas da linha média centradas. Sem hidrocefalia. Sistema sulco-cisternal patente. Restante estudo globalmente sobreponível ao precedente”.

O ecodopler dos vasos do pescoço e transcraniano, realizado a 7/11/2023, determina: “Artérias da base do crânio sem alterações hemodinâmicas significativas nos segmentos estudados. Discreto espessamento da íntima-média a nível das artérias carótidas comuns e bulbos carotídeos e artéria cerebral interna esquerda com trajeto sinuoso em forma de “looping” no seu segmento proximal, não sendo visíveis outras alterações morfológicas ou hemodinâmicas significativas nas artérias carótidas e nos segmentos acessíveis. Artéria vertebral direita dominante, mantendo ambas patência de fluxo”.

O relatório da RM CE, realizada a 8/11/2023, exclui “a existência de enfartes venosos e áreas de edema cortico-subcorticais”, concluindo que não existem “alterações a registar”.

O ecocardiograma transtorácico, realizado a 8/11/2023, indica: “Dilatação aneurismática da aurícula esquerda e ligeira do ventrículo esquerdo. Dilatação severa da aurícula direita. Ventrículo direito não dilatado. Septos aparentemente íntegros. Ectasia da raiz da aorta, da porção inicial, da aorta ascendente e do tronco da artéria pulmonar. Válvula aórtica tricúspide com esclerose ligeira das suas cúspides, sem limitação da amplitude global de abertura. Insuficiência aórtica de grau ligeiro. Prótese mecânica (bidisco) em posição mitral, com inserção e funcionamento aparentemente normais. Sem insuficiência protésica e periprotésica visíveis. Anel protésico em posição tricúspide com inserção aparentemente normal. Válvula com folhetos finos, mantendo normal amplitude de abertura. Insuficiência tricúspide mínima. Pressão sistólica da artéria pulmonar estimada de 38 (23+15) mmHg. Veia cava inferior dilatada (27mm), com variabilidade inspiratória diminuída. Ligeira motilidade anormal do septo interventricular, de acordo com cirurgia prévia. Função sistólica global do ventrículo esquerdo preservada. Sem alterações evidentes da contratilidade segmentar. Função sistólica global do ventrículo direito normal. Sem outras alterações”.

Do estudo analítico da Sr^a VCMT, realizado a 3/11/23, salienta-se: Hemoglobina 11g/dL, leucopenia, neutropenia e trombocitopenia.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
06-11-2023 09:00	Consciência	
06-11-2023 09:00	Força muscular	
06-11-2023 09:00	Movimento articular	
06-11-2023 09:00	Tónus muscular	
06-11-2023 09:00	Função motora fina	
06-11-2023 09:00	Equilíbrio estático	
06-11-2023 09:00	Equilíbrio dinâmico	
06-11-2023 09:00	Sensações somáticas	
06-11-2023 09:00	Visão	
06-11-2023 09:00	Audição	
06-11-2023 09:00	Perceção corporal	
06-11-2023 09:00	Reflexo corneano	
06-11-2023 09:00	Comunicação verbal	
06-11-2023 09:00	Sistema respiratório	
06-11-2023 09:00	Sistema cardiovascular	
06-11-2023 09:00	Mastigação	
06-11-2023 09:00	Deglutição	
06-11-2023 09:00	Eliminação intestinal	
06-11-2023 09:00	Eliminação urinária	
06-11-2023 09:00	Pele e mucosas	
06-11-2023 09:00	Metabolismo	
06-11-2023 09:00	Termorregulação	
06-11-2023 09:00	Sono	
06-11-2023 09:00	Autoconceito	
06-11-2023 09:00	Emoção	
06-11-2023 09:00	Memória	
06-11-2023 09:00	Virar-se	
06-11-2023 09:00	Erguer-se	
06-11-2023 09:00	Transferir-se	
06-11-2023 09:00	Sentar-se	
06-11-2023 09:00	Cuidar da higiene pessoal	
06-11-2023 09:00	Vestir-se ou despir-se	
06-11-2023 09:00	Andar	
06-11-2023 09:00	Alimentar-se	
06-11-2023 09:00	Autogestão do regime medicamentoso	
06-11-2023 09:00	Padrão alimentar	
06-11-2023 09:00	Padrão de exercício	
06-11-2023 09:00	Atividade psicomotora	
06-11-2023 09:00	Status neurológico	

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

A fisiopatologia isquémica de sintomas neurológicos transitórios é semelhante à de sintomas

neurológicos não transitórios. O presente estudo de caso reporta para uma perda aguda da função cerebral que durou menos de 24 horas e que, portanto, não produziu um déficit somatossensorial e motor permanente. Contudo, tendo em consideração a respetiva pontuação no método ABCD², este corresponde a um AIT de alto risco. De forma concreta, significa que a Sr^a VMVT tem um reconhecido risco aumentado de AVC, pelo que a justificação dos domínios deste estudo de caso possui relação com a do estudo de caso anterior.

A avaliação do status neurológico visa as diretrizes da ESO (2021), recorrendo à NIHHS como instrumento validado e universalmente aceite para a avaliação neurológica (Fonseca et al., 2021). Esta análise também pode ser complementada com a avaliação dos pares cranianos.

A pertinência do domínio da consciência, está relacionada com o fato da alteração do seu status poder indicar lesão cerebral ou agravamento da mesma, sendo posteriormente relevante para o processo de reabilitação.

À semelhança do caso anterior, também foi selecionado o domínio da memória, tendo em vista a identificação de compromissos, novos ou prévios. Este domínio tem potencial impacto na conceção de cuidados, na medida em o seu compromisso pode constituir uma barreira à aprendizagem.

Os domínios no sistema respiratório e cardiovascular, termorregulação e metabolismo visam a manutenção da homeostasia dos processos corporais, tendo sido identificados. Por outro lado, tendo em vista as principais complicações de uma lesão isquémica cerebral, os domínios da força muscular, movimento articular, tônus muscular, função motora fina, equilíbrio estático e dinâmico também foram identificados. A consideração desses domínios é fundamental no âmbito da avaliação funcional da pessoa após o AIT, assim como face às condições inerentes à fragilidade física.

À semelhança do caso anterior, alterações nos domínios da perceção corporal, sensações somáticas, atividade psicomotora, mastigação, deglutição, visão, audição e comunicação verbal podem resultar da lesão cerebral, assim como do processo natural do envelhecimento.

O autocuidado, como conceito central da enfermagem de reabilitação, deve ser identificado, no sentido da conceção de cuidados a este nível permitir a capacitação da pessoa para as atividades de vida diária, visando a maximização da sua autonomia. Tendo em consideração as eventuais limitações da mobilidade, o domínio do andar também foi selecionado.

A autogestão do regime medicamentoso, dietético e de exercício visou o controlo dos fatores de risco cardiovascular modificáveis, assim como a mudança de comportamentos, no sentido de um processo de envelhecimento mais ativo e saudável.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Consciente.

06-11-2023 09:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Consciente.

Força muscular

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Força - contração muscular

06-11-2023 09:00 - Face Direita(o): mobilidade da face simétrica e sem alterações.

06-11-2023 09:00 - Face Esquerda(o): mobilidade da face simétrica e sem alterações.

06-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

06-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

06-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

06-11-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

06-11-2023 09:00 - Dinamometria com dinamómetro digital manual, média de 3 medições, com descanso entre elas de 60 segundos. Pessoa posicionada em posição confortável, numa cadeira com encosto vertical reto, sem suporte de MS, com ombro abduzido e em rotação neutra, cotovelo com flexão de 90º, antebraço em posição neutra e punho entre 0-30º de extensão. Utilização do mesmo instrumento e à mesma hora do dia em todas as medições (Santos et al., 2021). Estado físico de acordo com o resultado do teste dado pelo dinamómetro: sexo feminino (70-99 anos) – fraco (<14,7 quilograma-força), normal (14,7 – 24,5 quilograma-força), forte (>24,5 quilograma-força). - Membro superior direito (mão não dominante): 10 quilograma-força. - Membro superior esquerdo (mão dominante): 11,3 quilograma-força.

06-11-2023 09:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro inferior direito: Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular

curto, fibular longo, sóleo e gastrocnêmio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: força normal - score 5. Flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho: movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade - score 4.

06-11-2023 09:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro inferior esquerdo: Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho; dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnêmio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: força normal - score 5.

06-11-2023 09:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro superior esquerdo: Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltoide, coracobraquial e bicípita braquial), extensores (deltoide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltoide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor), flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancônio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: força normal - score 5.

06-11-2023 09:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro superior direito: Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltoide, coracobraquial e bicípita braquial), extensores (deltoide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltoide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor): movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade - score 4. Flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancônio) do cotovelo;

pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: força normal – score 5.

06-11-2023 09:00 - Paresia

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da força muscular

06-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução da força - contração muscular [Sem horário]*

08-11-2023 09:00 - Força - contração muscular

08-11-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

06-11-2023 09:00 - Melhorar força muscular

06-11-2023 09:00 - *Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido [1x/sessão ou SOS]*

06-11-2023 09:00 - *Executar técnica de exercício músculo-articular ativo [1x/sessão ou SOS]*

06-11-2023 09:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

06-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [RESOLVIDO]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - *Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - *Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 08-11-2023

09:00

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2023 09:00 - Instruir exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Treinar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Realiza os exercícios músculo-articulares de acordo com a recomendação.

08-11-2023 09:00 - Refere insatisfação com a autogestão dos exercícios músculo-articulares mas disponibilidade para melhorar.

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do MSD: Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltoide, coracobraquial e bícípita braquial), extensores (deltoide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltoide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor): movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade – score 4. Flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancónio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: força normal – score 5. [MANTEVE]

08-11-2023 09:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do MSE: Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltoide, coracobraquial e bícípita braquial), extensores (deltoide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltoide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor), flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancónio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: força normal – score 5. [MANTEVE]

08-11-2023 09:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do MIE: Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho; dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnémio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: força normal - score 5. [MANTEVE]

08-11-2023 09:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do MID: Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnémio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: força normal - score 5. Flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho: movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade - score 4. [MANTEVE]

08-11-2023 09:00 - Dinamometria com dinamômetro digital manual, média de 3 medições, com descanso entre elas de 60 segundos. Pessoa posicionada em posição confortável, numa cadeira com encosto vertical reto, sem suporte de MS, com ombro abduzido e em rotação neutra, cotovelo com flexão de 90º, antebraço em posição neutra e punho entre 0-30º de extensão. Utilização do mesmo instrumento e à mesma hora do dia em todas as medições (Santos et al., 2021). Estado físico de acordo com o resultado do teste dado pelo dinamômetro: sexo feminino (70-99 anos) - fraco (<14,7 quilograma-força), normal (14,7 - 24,5 quilograma-força), forte (>24,5 quilograma-força). MSD (mão não dominante): 10,5 quilograma-força. // MSE (mão dominante): 11,7 quilograma-força.

Movimento articular

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Articulação

06-11-2023 09:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular limitada.

06-11-2023 09:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular limitada.

06-11-2023 09:00 - Ombro Direita(o): Adução.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular limitada.

06-11-2023 09:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular limitada.

06-11-2023 09:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular limitada.

06-11-2023 09:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.

06-11-2023 09:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Punho Direita(o): Flexão.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Punho Direita(o): Extensão.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
 06-11-2023 09:00 - mobilidade articular total.
 06-11-2023 09:00 - Flexão do ombro direito: 90°. Abdução do ombro direito: 90°. Rotação interna do ombro direito: 80°. Rotação externa do ombro direito: 80°. Flexão do joelho direito: 120°.

06-11-2023 09:00 - Rigidez articular

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da amplitude articular

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da amplitude articular [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Articulação

08-11-2023 09:00 - Ombro Direita(o): Flexão.

08-11-2023 09:00 - 90 ° (graus).

08-11-2023 09:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.

08-11-2023 09:00 - 80 ° (graus).

08-11-2023 09:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.

08-11-2023 09:00 - 80 ° (graus).

08-11-2023 09:00 - Ombro Direita(o): Abdução.

08-11-2023 09:00 - 90 ° (graus).

08-11-2023 09:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.

08-11-2023 09:00 - 120 ° (graus).

06-11-2023 09:00 - Evitar agravamento da rigidez articular

06-11-2023 09:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

06-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

[RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular [1x/sessão ou SOS]

[FIM] 08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular [1x/sessão ou SOS] [FIM]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Instruir exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Treinar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

Tónus muscular

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Tónus

06-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

06-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

06-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

06-11-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

06-11-2023 09:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Grau 0 - tônus normal (à mobilização passiva dos membros, não é identificada resistência ao movimento).

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do tônus muscular

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do tônus muscular [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Tônus

08-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Grau 0 - tônus normal (à mobilização passiva dos membros, não é identificada resistência ao movimento).

Função motora fina

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Destreza manual

06-11-2023 09:00 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da função motora fina

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da função motora fina [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Destreza manual

08-11-2023 09:00 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade [MANTEVE].

Equilíbrio estático

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

06-11-2023 09:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

Equilíbrio dinâmico

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se.

06-11-2023 09:00 - Teste de Tinetti, adaptado à população portuguesa por Petiz (2002): Equilíbrio - Score 12/16 [1. Equilíbrio sentado - 2 (estável, seguro); 2. Levantar-se - 1 (capaz, mas utiliza os braços para ajudar); 3. Equilíbrio imediato - 2 (estável, sem qualquer tipo de ajudas); 4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos - 2 (pés próximos e sem ajudas); 5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição - 2 (estável); 6. Fechar os olhos na mesma posição - 1 (estável); 7. Volta 360º - 1 (estável, mas dá passos descontínuos); 8. Apoio unipodal - 0 (aguenta 4 segundo de forma estável); 9. Sentar-se - 1 (usa os braços)].
Marcha - Score 6/12 [10. Início da marcha - 1 (sem hesitação); 11. Largura do passo pé esquerdo - 1 (ultrapassa o pé em apoio); 12. Altura do passo pé esquerdo - 1 (eleva-se completamente do solo); 13. Largura do passo pé direito - 0 (não ultrapassa o pé em apoio); 14. Altura do passo pé direito - 0 (o pé não perde completamente o contato com o solo); 15. Simetria do passo - 0 (comprimento do passo aparentemente assimétrico); 16. Continuidade do passo - 0 (para); 17. Percurso de 3m - 1 (desvia-se ligeiramente da linha marcada); 18. Estabilidade do tronco - 1 (utiliza os braços para apoio pontual no mobiliário); 19. Base de sustentação durante a marcha - 1 (calcanhares próximos)].

06-11-2023 09:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao andar [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico

06-11-2023 09:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

06-11-2023 09:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [RESOLVIDO]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2023 09:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Realiza treino do equilíbrio dinâmico de acordo com a recomendação.

08-11-2023 09:00 - Refere insatisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico mas disponibilidade para melhorar.

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Teste de Tinetti, adaptado à população portuguesa por Petiz (2002): Equilíbrio - Score 14/16 [1. Equilíbrio sentado - 2 (estável, seguro); 2. Levantar-se - 2 (capaz na 1ª tentativa); 3. Equilíbrio imediato - 2 (estável, sem qualquer tipo de ajudas); 4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos - 2 (pés próximos e sem ajudas); 5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição - 2 (estável); 6. Fechar os olhos na mesma posição - 1 (estável); 7. Volta 360º - 1 (estável, mas dá passos descontínuos); 8. Apoio unipodal - 0 (aguenta 4 segundo de forma estável); 9. Sentar-se - 2 (seguro, movimento harmonioso)].
Marcha - Score 6/12 [10. Início da marcha - 1 (sem hesitação); 11. Largura do passo pé esquerdo - 1 (ultrapassa o pé em apoio); 12. Altura do passo pé esquerdo - 1 (eleva-se completamente do solo); 13. Largura do passo pé direito - 0 (não ultrapassa o pé em apoio); 14. Altura do passo pé direito - 1 (o pé eleva-se completamente do solo); 15. Simetria do passo - 0 (comprimento do passo aparentemente assimétrico); 16. Continuidade do passo - 0 (dá passos descontínuos); 17. Percurso de 3m - 1 (desvia-se ligeiramente da linha marcada); 18. Estabilidade do tronco - 0 (utiliza auxiliar de marcha); 19. Base de sustentação durante a marcha - 1 (calcanhares próximos)].

Sensações somáticas

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Sensibilidade superficial

06-11-2023 09:00 - Face Direita(o)

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

06-11-2023 09:00 - Face Esquerda(o)

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

- 06-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 06-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 06-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 06-11-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 06-11-2023 09:00 - Sensibilidade profunda
 - 06-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 - 06-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 - 06-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 - 06-11-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 - 06-11-2023 09:00 - Mão Direita(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 - 06-11-2023 09:00 - Mão Esquerda(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 - 06-11-2023 09:00 - Pé Direita(o)
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

06-11-2023 09:00 - Pé Esquerda(o)

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

06-11-2023 09:00 - Manifesta dor.

06-11-2023 09:00 - Determinar sinais de dor

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da sensibilidade

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da sensibilidade [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Sensibilidade superficial

08-11-2023 09:00 - Face Direita(o)

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

08-11-2023 09:00 - Face Esquerda(o)

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

08-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o)

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

08-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o)

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

08-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

08-11-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

08-11-2023 09:00 - Sensibilidade profunda

08-11-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o)

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

08-11-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o)

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 08-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)
 08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
 08-11-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o)
 08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
 08-11-2023 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

06-11-2023 09:00 - Dor

06-11-2023 09:00 - Localização da dor
 06-11-2023 09:00 - Joelho Direita(o)
 06-11-2023 09:00 - Intensidade da dor - 2.
 06-11-2023 09:00 - frequência da dor - intermitente.
 06-11-2023 09:00 - duração da dor - aguda.
 06-11-2023 09:00 - dor de tipo - moedeira.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da dor

06-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução da dor [Sem horário]*
 08-11-2023 09:00 - Localização da dor
 08-11-2023 09:00 - Joelho Direita(o)
 08-11-2023 09:00 - Intensidade da dor - 1.
 08-11-2023 09:00 - frequência da dor - intermitente.
 08-11-2023 09:00 - duração da dor - aguda.
 08-11-2023 09:00 - dor de tipo - profunda.

06-11-2023 09:00 - Diminuir dor

06-11-2023 09:00 - *Gerir analgesia [Sem horário]*
 06-11-2023 09:00 - *Aplicar frio [1x/sessão ou SOS]*
 06-11-2023 09:00 - *Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS]*
 06-11-2023 09:00 - *Executar massagem [1x/sessão ou SOS]*
 06-11-2023 09:00 - *Posicionar para aliviar a dor [SOS]*

06-11-2023 09:00 - Promover autocontrolo: dor

06-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
 06-11-2023 09:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 08-11-2023 09:00
 08-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].
 06-11-2023 09:00 - *Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não*

farmacológicas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do autocontrole da dor [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Adota comportamentos de autocontrole da dor.

08-11-2023 09:00 - Refere satisfação com o autocontrole da dor.

Visão

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Acuidade visual

06-11-2023 09:00 - Bilateral: sem compromisso.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da visão

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da visão [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Acuidade visual

08-11-2023 09:00 - Bilateral: sem compromisso.

Audição

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Acuidade auditiva

06-11-2023 09:00 - Bilateral: sem compromisso.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da audição

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da audição [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Acuidade auditiva

08-11-2023 09:00 - Bilateral: sem compromisso.

Percepção corporal

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Percepção do corpo

06-11-2023 09:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

06-11-2023 09:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

06-11-2023 09:00 - Reconhece objetos (caneta e moeda) através do tato com a mão direita - estereognosia. Reconhece figuras (letras "A", número "1") traçadas na pele - grafestesia.

Reconhece como seu o MSD - somatognosia. Reconhece a própria doença - nosognosia.

Reconhece dois estímulos sensitivos (doloroso e tátil) em simultâneo - atenção sensitiva.

Reconhece estímulos sensoriais localizados no lado contralesional (através do desenho de um relógio, na leitura, na escrita, no desempenho nas atividades de autocuidado) - sem negligência unilateral.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da negligência unilateral

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da negligência unilateral [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Percepção do corpo

08-11-2023 09:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior [MANTEVE].

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Reconhece objetos (caneta e moeda) através do tato com a mão direita - estereognosia. Reconhece figuras (letras "A", número "1") traçadas na pele - grafestesia.

Reconhece como seus os membros - somatognosia. Reconhece a própria doença -

nosognosia. Reconhece dois estímulos sensitivos (doloroso e tátil) em simultâneo - atenção

sensitiva. Reconhece estímulos sensoriais localizados em ambos os hemisférios (através do desenho de um relógio, na leitura, na escrita, no desempenho nas atividades de autocuidado) - sem negligência unilateral.

Reflexo corneano

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Integridade do reflexo corneano

06-11-2023 09:00 - Bilateral: sem compromisso.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do reflexo corneano

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do reflexo corneano [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Integridade do reflexo corneano

08-11-2023 09:00 - Bilateral: sem compromisso [MANTEVE].

Comunicação verbal

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso de expressão da mensagem.

06-11-2023 09:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

06-11-2023 09:00 - Aphasia Rapid Test, instrumento validado para a população portuguesa por Tábuas-Pereira et al. (2018): Pontuação total 0 - 1a) Executa as ordens "Abra e feche os olhos" e "Dê-me a sua mão direita" corretamente (0); 1b) Executa uma ordem complexa como "Coloque a sua mão direita na orelha esquerda" (0); 2) Repete perfeitamente as palavras "anel", "tarte", "bagagem" (0); 3) Repete perfeitamente a frase "O rapaz canta na floresta" (0).

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da comunicação

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso de expressão da mensagem [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MANTEVE].

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Aphasia Rapid Test, instrumento validado para a população portuguesa por Tábuas-Pereira et al. (2018): Pontuação total 0 - 1a) Executa as ordens "Abra e feche os olhos" e "Dê-me a sua mão direita" corretamente (0); 1b) Executa uma ordem complexa como "Coloque a sua mão direita na orelha esquerda" (0); 2) Repete perfeitamente as palavras "anel", "tarte", "bagagem" (0); 3) Repete perfeitamente a frase "O rapaz canta na floresta" (0).

Sistema respiratório

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

06-11-2023 09:00 - Ritmo respiratório regular.

06-11-2023 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

06-11-2023 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

06-11-2023 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

06-11-2023 09:00 - Sem adejo nasal.

06-11-2023 09:00 - Saturação do oxigênio no sangue

06-11-2023 09:00 - Periférico(a): 99 %.

06-11-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

06-11-2023 09:00 - Não comunica falta de ar.

06-11-2023 09:00 - Sons respiratórios: normais.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da ventilação

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

08-11-2023 09:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Saturação do oxigênio no sangue

08-11-2023 09:00 - Periférico(a): 99 %.

08-11-2023 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Localização do Pulso

06-11-2023 09:00 - Antebraço Esquerda(o)

06-11-2023 09:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

06-11-2023 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

06-11-2023 09:00 - Pulso rítmico.

06-11-2023 09:00 - Pulso simétrico.

06-11-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

06-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)

06-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.

06-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.

06-11-2023 09:00 - Temperatura das extremidades

06-11-2023 09:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

06-11-2023 09:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

06-11-2023 09:00 - Coloração das extremidades

06-11-2023 09:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

06-11-2023 09:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.

06-11-2023 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Localização do Pulso

08-11-2023 09:00 - Punho Esquerda(o)

08-11-2023 09:00 - Pulso rítmico.

08-11-2023 09:00 - Frequência do pulso: 67 pulsações por minuto.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

08-11-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

08-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 133 mmHg.

08-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

Mastigação

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais.

06-11-2023 09:00 - Simetria do ciclo mastigatório

06-11-2023 09:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico.

06-11-2023 09:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico.

06-11-2023 09:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) .

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da mastigação

06-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução da mastigação [Às refeições]*

08-11-2023 09:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Simetria do ciclo mastigatório

08-11-2023 09:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) [MANTEVE].

Deglutição

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

06-11-2023 09:00 - Gugging Swallowing Screen (GUSS), instrumento validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2018): Teste indireto (score 5) – consegue estar vígil durante pelo menos 15 minutos (vigilância), tosse e pigarrear voluntário duas vezes (tosse e/ou pigarro), deglute a saliva eficazmente, sem sialorreia, ou alterações da voz após a deglutição; Teste direto semissólido (score 5) – deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz; Teste direto semi-sólido, líquido e sólido (score 15) – deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da deglutição

06-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução da deglutição [1x/sessão ou SOS]*

08-11-2023 09:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Gugging Swallowing Screen (GUSS), instrumento validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2018): Teste indireto (score 5) – consegue estar vígil durante pelo menos 15 minutos (vigilância), tosse e pigarrear voluntário duas vezes (tosse e/ou pigarro), deglute a saliva eficazmente, sem sialorreia, ou alterações da voz após a deglutição; Teste direto semissólido (score 5) – deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz; Teste direto semi-sólido, líquido e sólido (score 15) – deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz.

Eliminação intestinal

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

06-11-2023 09:00 - Fezes: em moderada quantidade.

06-11-2023 09:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

06-11-2023 09:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

06-11-2023 09:00 - Número de defecações por dia: 1.

06-11-2023 09:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

06-11-2023 09:00 - Expulsão controlada de fezes.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Número de defecações por dia: 1.

Eliminação urinária

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Urina em moderada quantidade.

06-11-2023 09:00 - Cor da urina: alaranjada.

06-11-2023 09:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

06-11-2023 09:00 - Transparência da urina: Límpida.

06-11-2023 09:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

06-11-2023 09:00 - Reconhece a vontade de urinar.

06-11-2023 09:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

06-11-2023 09:00 - Sem globo vesical.

06-11-2023 09:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Urina em grande quantidade.

08-11-2023 09:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

08-11-2023 09:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

Pele e mucosas

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Glicemia capilar: 123 mg/dl.

06-11-2023 09:00 - Exame químico de urina - glicosúria: negativo.

06-11-2023 09:00 - Exame químico de urina - cetonúria: negativo.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da glicemia

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da glicemia [7, 12, 18H30]

Termorregulação

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica

06-11-2023 09:00 - Região axilar: 37.00 °C.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica

08-11-2023 09:00 - Região axilar: 36.60 °C.

Sono

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Dormiu por períodos longos.

06-11-2023 09:00 - Sono reparador.

06-11-2023 09:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do sono

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do sono [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Dormiu por períodos longos.

08-11-2023 09:00 - Sono reparador [MANTEVE].

Autoconceito

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

06-11-2023 09:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

06-11-2023 09:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

06-11-2023 09:00 - Não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas.

Emoção

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Sem indícios de humor depressivo.

06-11-2023 09:00 - Sem indícios de euforia.

06-11-2023 09:00 - Não verbaliza ansiedade.

06-11-2023 09:00 - Sem manifestação de inquietação.

06-11-2023 09:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

06-11-2023 09:00 - Sem manifestação de pânico .

Memória

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

06-11-2023 09:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

06-11-2023 09:00 - Sem desorientação face às pessoas.

06-11-2023 09:00 - Sem desorientação no espaço.

06-11-2023 09:00 - Sem desorientação no tempo.

06-11-2023 09:00 - Mini-Mental State Examination adaptado à população portuguesa por Morgado et al. (2009): 30 pontos (pontuação máxima) - Orientação = 10 pontos; Retenção = 3 pontos; Atenção e Cálculo = 5 pontos; Evocação = 3 pontos; Linguagem: a = 2 pontos, b = 1 pontos, c = 3 pontos, d = 1 pontos, e = 1 pontos; Habilidade Construtiva: 1 ponto.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da memória

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da memória [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

08-11-2023 09:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da orientação

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da orientação [Sem horário]

08-11-2023 09:00 - Sem desorientação no tempo [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].

Virar-se

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Capaz de mudar de posição na cama

06-11-2023 09:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do virar-se

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do virar-se [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Capaz de mudar de posição na cama

08-11-2023 09:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

06-11-2023 09:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do erguer-se

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do erguer-se

08-11-2023 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

08-11-2023 09:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

06-11-2023 09:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

06-11-2023 09:00 - Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do transferir-se [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

08-11-2023 09:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

06-11-2023 09:00 - Assegurar atividades de transferir-se [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Assistir no transferir-se [SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Prevenir queda [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Promover autonomia para transferir-se [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

06-11-2023 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o

momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Capacidade para transferir-se

06-11-2023 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Autoeficácia para transferir-se

06-11-2023 09:00 - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

06-11-2023 09:00 - não dificultador.

06-11-2023 09:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no transferir-se

06-11-2023 09:00 - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: bengala.

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [RESOLVIDO]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

08-11-2023 09:00 - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se [RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Capacidade para transferir-se

08-11-2023 09:00 - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Instruir a transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Treinar a transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Refere satisfação com a autonomia para transferir-se.

Sentar-se

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

06-11-2023 09:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

06-11-2023 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

06-11-2023 09:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do sentar-se

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução no sentar-se

08-11-2023 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

08-11-2023 09:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

08-11-2023 09:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

Cuidar da higiene pessoal

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Obtém objetos para o banho.

06-11-2023 09:00 - Abre a torneira.

06-11-2023 09:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

06-11-2023 09:00 - Não lava nem seca parte do corpo.

06-11-2023 09:00 - Lava a cavidade oral.

06-11-2023 09:00 - Aplica produtos de higiene.

06-11-2023 09:00 - Capaz de pentear-se

06-11-2023 09:00 - Penteia-se.

06-11-2023 09:00 - Capaz de cortar as unhas

06-11-2023 09:00 - Não corta as unhas.

06-11-2023 09:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

06-11-2023 09:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

06-11-2023 09:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Antiderrapante - Lava e seca parte do corpo.

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Assento de banheira - Lava e seca parte do corpo.

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - Lava e seca parte do corpo.

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - Lava e seca parte do corpo.

08-11-2023 09:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Capaz de pentear-se

08-11-2023 09:00 - Penteia-se [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Capaz de cortar as unhas

08-11-2023 09:00 - Corta as unhas [MELHOROU].

08-11-2023 09:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

06-11-2023 09:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

06-11-2023 09:00 - Assistir no arranjar-se [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Assistir no tomar banho usando dispositivo [Turno da Manhã ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

06-11-2023 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Antiderrapante - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Assento de banheira - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Capacidade para arranjar-se

06-11-2023 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Capacidade para tomar banho

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Antiderrapante - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Assento de banheira - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Capacidade no uso do sanitário

06-11-2023 09:00 - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Autoeficácia para arranjar-se

06-11-2023 09:00 - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Autoeficácia para tomar banho

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Assento de banheira - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Autoeficácia no uso do sanitário

06-11-2023 09:00 - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da

higiene pessoal

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Assento de banheira - não dificultador.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - não dificultador.

06-11-2023 09:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Antiderrapante - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Assento de banheira - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

06-11-2023 09:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal (antiderrapante e barra de apoio): não dificultador

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [RESOLVIDO]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM]

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora [MELHOROU].

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Assento de banheira - facilitadora [MELHOROU].

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MELHOROU].

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para arranjar-se [RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para arranjar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Capacidade para arranjar-se

08-11-2023 09:00 - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Instruir a arranjar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Treinar a arranjar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023

09:00

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho

[RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho [Turno da Manhã ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Capacidade para tomar banho

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora
[MELHOROU].

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Assento de banheira - facilitadora
[MELHOROU].

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora
[MELHOROU].

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora
[MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Instruir a tomar banho [Turno da Manhã] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Treinar a tomar banho [Turno da Manhã] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos

aconselhados [RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal [1x/sessão ou SOS] [FIM]

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Antiderrapante - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Assento de banheira - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 09:00 - Ensinar sobre acesso a dispositivos [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Providenciar os dispositivos aconselhados [[SOS]] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal [Turno da Manhã ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Refere satisfação com a autonomia para cuidar da higiene pessoal.

Vestir-se ou despir-se

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Escolhe as roupas.

06-11-2023 09:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.

06-11-2023 09:00 - Capaz de vestir-se

06-11-2023 09:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

06-11-2023 09:00 - Capaz de abotoar-se

06-11-2023 09:00 - Abotoa.

06-11-2023 09:00 - Capaz de atar cordões

06-11-2023 09:00 - Não ata cordões.

06-11-2023 09:00 - Capaz de calçar meias

06-11-2023 09:00 - Não calça as meias.

06-11-2023 09:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se [FIM]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Turno da Manhã ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Capaz de vestir-se

08-11-2023 09:00 - Veste todas as peças de roupa [MELHOROU].

08-11-2023 09:00 - Capaz de abotoar-se

08-11-2023 09:00 - Abotoa [MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Capaz de atar cordões

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - Ata cordões.

08-11-2023 09:00 - Capaz de calçar meias

08-11-2023 09:00 - Calça as meias [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se [FIM]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [Turno da Manhã ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

06-11-2023 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para vestir-se ou

despir-se

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - não dificultador.

06-11-2023 09:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - tem disponibilidade

financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

[RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se [Turno da Manhã ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se [Turno da Manhã] [FIM]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [Turno da Manhã] [FIM]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados [RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 09:00 - Ensinar sobre acesso a dispositivos [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Providenciar os dispositivos aconselhados [[SOS]] [FIM]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se [Turno da Manhã ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Refere satisfação com a autonomia para vestir-se/despir-se.

Andar

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Capaz de mover-se através da marcha

06-11-2023 09:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

06-11-2023 09:00 - Avaliação de ambos os membros separadamente, através de análise frontal, lateral e posterior, com recurso ao formulário de análise observacional da marcha do corpo todo do Rancho Los Amigos Medical Center (1989): - Tomando como referência o membro inferior direito, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o pé plano. Na resposta à carga ocorre pouca rotação anterior da pelve. Na fase de apoio simples do membro, a anca tem extensão inadequada. A fase de balanço está diminuída. No pré-balanço, não se observa o desprendimento do calcanhar e o joelho possui flexão limitada. No balanço inicial, médio e final, o joelho e a anca mantêm uma flexão limitada. O tronco mantém inclinação anterior durante o ciclo. - Tomando como referência o membro inferior esquerdo, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o pé plano. No apoio final e pré-balanço, não ocorre desprendimento do calcanhar. O tronco mantém inclinação anterior durante o ciclo. - O pescoço encontra-se tendencialmente fletido durante o ciclo, uma vez que o olhar é preferencialmente direcionado para o chão. Não usa auxiliar de marcha. Os ombros permanecem contraídos e os braços afastados do corpo, realizando apoio pontual no mobiliário, sem movimento de pêndulo alternado em coordenação ipsilateral aos membros inferiores.

06-11-2023 09:00 - Tempo para percorrer 4,57 metros: 12,8 segundos.

06-11-2023 09:00 - Andar comprometido**06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda****06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do andar**

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do andar [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Capaz de mover-se através da marcha

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Bengala - marcha lenta e insegura em plano inclinado.

06-11-2023 09:00 - Prevenir queda

06-11-2023 09:00 - Assistir no andar [Sem horário]

06-11-2023 09:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sem horário]

06-11-2023 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

06-11-2023 09:00 - Promover autonomia para andar

06-11-2023 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Bengala - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Capacidade para andar

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Bengala - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Autoeficácia para andar

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Bengala - facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Bengala - não dificultador.

06-11-2023 09:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar

06-11-2023 09:00 - Dispositivo: Bengala - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [RESOLVIDO]

08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [1x/sessão ou SOS] [FIM]

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Bengala - facilitadora [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [1x/sessão ou SOS] [FIM]

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para andar [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Capacidade para andar

08-11-2023 09:00 - Dispositivo: Bengala - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2023 09:00 - Instruir a andar [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Treinar o andar [1x/sessão ou SOS]

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para andar [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Refere insatisfação com a autonomia para andar mas disponibilidade para melhorar.

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Avaliação de ambos os membros separadamente, através de análise frontal, lateral e posterior, com recurso ao formulário de análise observacional da marcha do corpo todo do Rancho Los Amigos Medical Center (1989): - Tomando como referência o membro inferior direito, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o calcanhar. A fase de balanço já não se encontra diminuída. No pré-balanço, observa-se o desprendimento do calcanhar, mantendo, contudo, flexão limitada do joelho. No balanço inicial, médio e final, o joelho e a anca mantêm uma flexão limitada. - Tomando como referência o membro inferior esquerdo, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com calcanhar e no apoio final e pré-balanço já ocorre o seu desprendimento. - Usa bengala como auxiliar de marcha. O pescoço encontra-se em posição neutra e o olhar é direcionado preferencialmente para a frente. Os ombros permanecem relaxados. Os braços ficam junto ao corpo e ocorrer o movimento de pêndulo alternado em coordenação ipsilateral aos membros inferiores. O tronco não tem inclinação anterior.

08-11-2023 09:00 - Tempo para percorrer 4,57 metros: 11 segundos.

Alimentar-se

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

06-11-2023 09:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

06-11-2023 09:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

06-11-2023 09:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

06-11-2023 09:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

06-11-2023 09:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do alimentar-se

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

08-11-2023 09:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação

[MANTEVE].

08-11-2023 09:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

08-11-2023 09:00 - Organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

06-11-2023 09:00 - Organiza a medicação conforme horário.

06-11-2023 09:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

06-11-2023 09:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

06-11-2023 09:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

06-11-2023 09:00 - Administra a medicação pela via adequada.

06-11-2023 09:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

06-11-2023 09:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

06-11-2023 09:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

06-11-2023 09:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [1x/sessão ou SOS]

Padrão alimentar

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Número de refeições diárias: 5.

06-11-2023 09:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

06-11-2023 09:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

06-11-2023 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

06-11-2023 09:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

06-11-2023 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

06-11-2023 09:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

06-11-2023 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

06-11-2023 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão de exercício

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 1 horas.

06-11-2023 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

06-11-2023 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

06-11-2023 09:00 - Autogestão do regime de exercício

06-11-2023 09:00 - Promover autogestão: regime de exercício

06-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da glicemia: facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: facilitadora.

06-11-2023 09:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador.

06-11-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [RESOLVIDO] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

06-11-2023 09:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Ensinar sobre exercício físico [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Ensinar sobre exercício físico desaconselhado [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Ensinar sobre ajuste do exercício físico de acordo com resultados de autovigilância [1x/sessão ou SOS] [FIM] 08-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime de exercício.

08-11-2023 09:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime de exercício mas disponibilidade para melhorar.

Atividade psicomotora

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Sem alterações nas provas dedo nariz e calcanhar joelho.

06-11-2023 09:00 - Atividade psicomotora efetiva

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução da atividade psicomotora.

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da atividade psicomotora. [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Sem alterações nas provas dedo nariz e calcanhar joelho.

Status neurológico

06-11-2023 09:00

06-11-2023 09:00 - Nervos Cranianos: I – Olfativo: identifica o odor a café e canela nas duas narinas, separadamente, com os olhos fechados. II – Ótico: Através de perimetria de confrontação, sem alterações bilateralmente; sem edema da papila, atrofia ótica, hipervascularização das artérias e veias oculares. III – Oculomotor, IV - Troclear, VI – Abducente: Sem alteração dos movimentos oculares ou nistagmo (horizontal e rotatório), presente contração pupilar bilateral à luz direta, pálpebras simétricas à elevação. V – Trigêmio: Sem alteração da sensibilidade tátil, algica e térmica nos ramos oftálmico, maxilar e mandibular das duas hemifaces; reflexo corneano presente; contração dos músculos masseter e temporal assimétrica. VII – Facial: Simetria facial nos movimentos de sorrir, mostrar os dentes, abrir a boca; com percepção gustativa nos 2/3 anteriores da língua. VIII – Vestibulococlear: audição simétrica na voz sussurrada, normal e “esfregar o cabelo”; Teste de Rinne positivo; prova de Romberg negativa. IX – Glossofaríngeo: Simetria do palato; presença de sensibilidade no terço posterior da língua. X – Vago: Sem disфонia (rouquidão, voz anasalada, voz húmida, hipofonia); presença de reflexo faríngeo bilateralmente; XI – Acessório: Faz rotação cervical e elevação dos ombros contra resistência mínima. XII – Hipoglosso: Protrai a língua e movimenta-a para a esquerda/direita/cima/baixo.

06-11-2023 09:00 - NIHSS, versão portuguesa por Castro et al. (2008): 1a. Nível de Consciência: 0 = Acordado, responde corretamente; 1b. Questões (mês e idade): 0 = Responde corretamente; 1c. Ordens (“piscar os olhos” e “apertar as mãos”): 0 = Realiza ambas as tarefas corretamente; 2. Melhor Olhar Conjugado: 0 = Normal; 3. Campos visuais: 0 = Sem défices campimétricos; 4. Parésia facial: 0 = Movimentos normais, simétricos; 5. Membros Superiores: 0 = Sem queda (mantém os braços a 45º, na posição de deitada, por um período de 10 segundos; 6. Membros Inferiores: 0 = Sem queda (mantém as pernas a 30º por um período de 5 segundos); 7. Ataxia dos membros (prova dedo-nariz e calcanhar-joelho): 0 = Ausente; 8. Sensibilidade (face, tronco, membros superiores e inferiores): 0 = Normal; 9. Melhor linguagem (fluência, compreensão, nomeação e repetição): 0 = Normal; 10. Disartria (clareza na articulação do discurso): 0 = Normal; 11. Extinção ou Desatenção: 0 = Nenhuma anormalidade. Pontuação total: 0

06-11-2023 09:00 - Status neurológico efetivo

06-11-2023 09:00 - Determinar evolução do status neurológico.

06-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do status neurológico. [1x/sessão ou SOS]

08-11-2023 09:00

08-11-2023 09:00 - Nervos Cranianos: I – Olfativo: identifica o odor a café e canela nas duas

narinas, separadamente, com os olhos fechados. II – Ótico: Através de perimetria de confrontação, sem alterações bilateralmente; sem edema da papila, atrofia ótica, hipervascularização das artérias e veias oculares. III – Oculomotor, IV – Troclear, VI – Abducente: Sem alteração dos movimentos oculares ou nistagmo (horizontal e rotatório), presente contração pupilar bilateral à luz direta, pálpebras simétricas à elevação. V – Trigémio: Sem alteração da sensibilidade tátil, algica e térmica nos ramos oftálmico, maxilar e mandibular das duas hemifaces; reflexo corneano presente; contração dos músculos masseter e temporal assimétrica. VII – Facial: Simetria facial nos movimentos de sorrir, mostrar os dentes, abrir a boca; com percepção gustativa nos 2/3 anteriores da língua. VIII – Vestibulococlear: audição simétrica na voz sussurrada, normal e “esfregar o cabelo”; Teste de Rinne positivo; prova de Romberg negativa. IX – Glossofaríngeo: Simetria do palato; presença de sensibilidade no terço posterior da língua. X – Vago: Sem disfonia (rouquidão, voz anasalada, voz húmida, hipofonia); presença de reflexo faríngeo bilateralmente; XI – Acessório: Faz rotação cervical e elevação dos ombros contra resistência mínima. XII – Hipoglosso: Protrai a língua e movimenta-a para a esquerda/direita/cima/baixo.

08-11-2023 09:00 - NIHSS, versão portuguesa por Castro et al. (2008): 1a. Nível de Consciência: 0 = Acordado, responde corretamente; 1b. Questões (mês e idade): 0 = Responde corretamente; 1c. Ordens (“ piscar os olhos” e “apertar as mãos”): 0 = Realiza ambas as tarefas corretamente; 2. Melhor Olhar Conjugado: 0 = Normal; 3. Campos visuais: 0 = Sem défices campimétricos; 4. Parésia facial: 0 = Movimentos normais, simétricos; 5. Membros Superiores: 0 = Sem queda (mantém os braços a 45º, na posição de deitada, por um período de 10 segundos; 6. Membros Inferiores: 0 = Sem queda (mantém as pernas a 30º por um período de 5 segundos); 7. Ataxia dos membros (prova dedo-nariz e calcanhar Joelho): 0 = Ausente; 8. Sensibilidade (face, tronco, membros superiores e inferiores): 0 = Normal; 9. Melhor linguagem (fluência, compreensão, nomeação e repetição): 0 = Normal; 10. Disartria (clareza na articulação do discurso): 0 = Normal; 11. Extinção ou Desatenção: 0 = Nenhuma anormalidade. Pontuação final: 0

4.7. Especificação das intervenções

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Solicitar à pessoa flexão do ombro direito em plano funcional junto a uma parede, usando os dedos para elevar o braço (preferencialmente em frente ao espelho, para respeitar a depressão voluntária da cabeça do úmero), respeitando o arco de movimento indolor; assistir se necessário; 10 repetições, 3 séries (Maxey & Ghilarducci, 2013).
- Solicitar à pessoa a realizar abdução do ombro direito em plano funcional, respeitando o arco de movimento indolor, com o braço em supinação, junto a uma parede, usando os dedos para elevar o braço (preferencialmente em frente ao espelho, para respeitar a depressão voluntária da cabeça do úmero), assistir se necessário; 10 repetições, 3 séries (Maxey & Ghilarducci, 2013).

Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- 1. Solicitar à pessoa, sentada na lateral da cama, inclinação lateral (esquerda e direita) do tronco, segurando halteres; 12 repetições; 1 série.
- 2. Solicitar à pessoa, sentada na lateral da cama, flexão (anterior e posterior) do tronco, sem segurando halteres; 12 repetições; 1 série.
- 3. Solicitar à pessoa para transpor linha marcada no chão em frente aos pés, avançando um MI (procedendo ao processo de aceitação do peso e apoio com um membro); com dupla tarefa motora – na fase de apoio – agarrar com as duas mãos a bola que se encontra na mesa em frente e retornar à posição inicial; repetir com o outro membro; 12 repetições; 1 série.
- 4. Solicitar à pessoa para subir o degrau colocado em frente aos pés, avançando um MI, (procedendo ao processo de aceitação do peso e apoio com um membro); com dupla tarefa motora – na fase de apoio – segurar a bola com as duas mãos e realizar flexão dos ombros na subida do degrau; retornar à posição inicial; repetir com o outro membro; 12 repetições; 1 série.
- 5. Solicitar à pessoa para andar lateralmente sobre linha delimitada no chão, utilizando o circuito do TUG; 1 repetição.
- 6. Solicitar à pessoa para andar sobre linha delimitada no chão, utilizando o circuito do TUG; 1 repetição.
- 7. Solicitar à pessoa para realizar marcha posterior, utilizando o circuito do TUG; 1 repetição.
- 8. Solicitar à pessoa para andar em “calcanhares”, utilizando o circuito do TUG; 1 repetição.
- 9. Solicitar à pessoa para andar em “bicos de pés”, utilizando o circuito do TUG; 1 repetição.
- 10. Solicitar à pessoa para contornar obstáculos, em dupla tarefa motora passando a bola em torno da cintura, percorrendo o circuito do TUG; 1 repetição. [2ª e 3ª sessões]
- 11. Solicitar à pessoa para arrastar com o pé os cones dispostos em linha para junto dos outros paralelamente colocados, percorrendo o circuito do (TUG); 1 repetição para cada pé de apoio. [2ª e 3ª sessões]
- 12. Solicitar à pessoa para andar em demarcações, em dupla tarefa motora segurando a bola com as mãos, percorrendo o circuito do TUG; 1 repetição.

Instruir exercícios músculo-articulares

- Instruir pessoa sobre exercícios músculo-articulares ativos-resistidos dos MS: coifa dos rotadores (retração e protração das omoplatas com abdução dos ombros e flexão dos cotovelos a 90º, com oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; rotação interna e externa dos ombros – separadamente – com o cotovelo fletido a 90º com oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência), bicípites (sentada, MS em supinação, com um halter de peso confortável, efetuar flexão e extensão do antebraço), tricípites (sentada, com halter de peso confortável, fazer a extensão do MS), deltoide (com halteres de peso confortável realizar abdução/adução dos MS e elevação diagonal); 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade leve (2-4) a moderada (5-6) na Escala de Borg; progressão gradual conforme

tolerância em volume e intensidade.

- Instruir a pessoa sobre exercícios músculo-articulares ativos-resistidos dos principais grupos musculares dos MI, subindo e descendo escadas (ou step/degrau); 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; iniciar com percepção do esforço de intensidade leve (2-4) a moderada (5-6) na Escala de Borg.
- Instruir a pessoa sobre exercícios músculo-articulares bilaterais de cadeia cinética fechada: levantar e sentar e push-up; 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; progressão gradual em volume conforme tolerância.
- Instruir a pessoa a realizar flexão do ombro direito em plano funcional junto a uma parede, usando os dedos para elevar o braço (preferencialmente em frente ao espelho, para respeitar a depressão voluntária da cabeça do úmero), respeitando o arco de movimento indolor; assistir se necessário; diariamente, 10 repetições, 3 séries (Maxey & Ghilarducci, 2013).
- Instruir a pessoa a realizar abdução do ombro direito em plano funcional, respeitando o arco de movimento indolor, com o braço em supinação, junto a uma parede, usando os dedos para elevar o braço (preferencialmente em frente ao espelho, para respeitar a depressão voluntária da cabeça do úmero), assistir se necessário; diariamente, 10 repetições, 3 séries (Maxey & Ghilarducci, 2013).

Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- Instruir a pessoa, inicialmente apoiando-se numa superfície estável e firme (por exemplo a base da cama) e posteriormente sem apoio, a realizar agachamentos, flexão e extensão, abdução e adução da anca, flexão e extensão do joelho, a levantar a ponta dos pés do chão e a ficar apoiada nos calcanhares e a levantar os calcanhares do chão e ficar em “bicos de pés”; 3x dia; 10 repetições (Lourenço et al., 2021).

Instruir a transferir-se

- Instruir a pessoa a transferir-se entre duas superfícies usando a bengala: depois de erguer-se, deve segurar a bengala (que se encontra em alcance funcional) com o MSE; a bengala e o MID devem avançar simultaneamente, de modo a que esta não ultrapasse o pé e, de seguida, deve avançar o MIE (técnica da marcha com bengala); por fim, sentar-se.

Instruir a andar

- Instruir técnica do andar com bengala: 1) Instruir a pessoa a usar a bengala com o membro superior esquerdo (membro superior contralateral ao membro inferior com diminuição da força e amplitude do movimento), com uma distância de aproximadamente 15 cm lateralmente ao membro inferior esquerdo, com altura próxima ao grande trocânter, por forma a que o cotovelo apresente flexão entre 15-30°. 2) Instruir a pessoa que a bengala e o membro inferior direito devem avançar simultaneamente, de modo a que a bengala não ultrapasse o pé. De seguida, deve avançar o membro inferior esquerdo. 3) Instruir a pessoa a subir degraus, recomendando que suba primeiro o membro inferior esquerdo, posteriormente a bengala e o membro inferior direito. 4) Instruir a pessoa a descer degraus, recomendando que desça primeiro o membro inferior direito e a bengala, posteriormente o membro inferior esquerdo (Porto et al., 2019). (Porto

et al., 2019).

- Instruir técnica do andar com bengala, percorrendo o circuito do timed-up-and-go com dupla tarefa motora: andar com rotação cervical (“ver as montras da loja”), segurando sacos com pesos com o MSD (“carregar as compras”), segurando um copo com água sem verter (Agmon et al., 2014; Hofheinz & Mibs, 2016). [A partir da 2ª sessão]
- Instruir técnica do andar com bengala, percorrendo o circuito do timed-up-and-go com dupla tarefa cognitivo-motora: andar enquanto mantém uma conversa, como se estivesse a falar ao telemóvel (Agmon et al., 2014; Hofheinz & Mibs, 2016). [A partir da 2ª sessão]
- Instruir técnica do andar com bengala, subindo e descendo escadas, com dupla tarefa cognitiva: contar as escadas do percurso; 1 lanço de escadas. [A partir da 2ª sessão]

Instruir a tomar banho

- Instruir a pessoa a usar o tapete antiderrapante, para promoção da sua segurança, evitando quedas quando assume a posição ortostática nas atividades do autocuidado tomar banho.
- Instruir a pessoa a usar as barras de apoio fixas (que devem ser aplicadas em alcance funcional, mesmo se sentada no assento de banheira), onde pode agarrar-se, no sentido de proporcionar suporte numa superfície estável, para segurança do erguer-se, sentar-se e das transferências.
- Instruir a pessoa a usar o assento de banheira, uma vez que possui equilíbrio dinâmico sentado. O assento (ou tábua) de banheira permite-lhe sentar-se e, posteriormente, transferir os membros inferiores alternadamente para dentro da banheira. Assim, promove-se o conforto e, principalmente, a segurança das atividades do tomar banho.
- Instruir a pessoa a usar a escova de cabo longo para lavar as costas com o MSE (cuja mobilidade articular está preservada).
- Instruir a pessoa, na posição de sentada no assento de banheira, a cruzar alternadamente os MI's para ter melhor alcance funcional para lavar/secar a parte inferior do corpo e cortar/arranjar as unhas dos pés. Não devem ser usados produtos de compensação para ajudar a lavar/secar a parte inferior do corpo ou cortar/arranjar as unhas dos pés (tais como a esponja de cabo longo). O uso destes produtos de compensação em situações cujas limitações prévias não exigem a sua utilização, limita o alcance funcional à parte inferior do corpo (Araújo et al., 2021).

Instruir a vestir-se ou despir-se

- Instruir a pessoa, na posição de sentada, a cruzar alternadamente os MI's para ter melhor alcance funcional para vestir/despir a parte inferior do corpo e calçar/descalçar os sapatos. Não devem ser usados produtos de compensação para ajudar a vestir/despir a parte inferior do corpo ou calçar/descalçar os sapatos (tais como pinças de cabo longo ou calçadeira de cabo longo). O uso destes produtos de compensação em situações cujas limitações prévias não exigem a sua utilização, limita o alcance funcional à parte inferior do corpo (Araújo et al., 2021).
- Instruir a pessoa a usar cordões elásticos, facilitando a atividade de calçar e descaçar o calçado com atacadores. Em alternativa, instruir a pessoa a usar sapatos de velcro (idealmente com salto baixo e largo, com sola antiderrapante e ajustados ao pé).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- 1. Solicitar à pessoa a retração e protração das omoplatas, com abdução dos ombros e flexão dos cotovelos a 90º, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 12 repetições; 1 série (Maxey & Ghilarducci, 2013).
- 2. Solicitar à pessoa a rotação interna dos ombros (separadamente), com o cotovelo fletido a 90º enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 12 repetições; 1 série (Maxey & Ghilarducci, 2013).
- 3. Solicitar à pessoa a rotação externa dos ombros (separadamente), com o cotovelo fletido a 90º enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 12 repetições; 1 série (Maxey & Ghilarducci, 2013).
- 4. Solicitar à pessoa flexão e extensão do ombro direito, segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série. Treino de força realizado abaixo do nível dos ombros (Maxey & Ghilarducci, 2013).
- 5. Solicitar à pessoa flexão e extensão do ombro esquerdo segurando halteres; intensidade: 1,5kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
- 6. Solicitar à pessoa a abdução e adução do ombro direito segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série. Treino de força realizado abaixo do nível dos ombros (Maxey & Ghilarducci, 2013).
- 7. Solicitar à pessoa a abdução e adução do ombro esquerdo segurando halteres; intensidade: 1,5kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
- 8. Solicitar à pessoa hiperextensão do ombro direito segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série. Treino de força realizado abaixo do nível dos ombros (Maxey & Ghilarducci, 2013).
- 9. Solicitar à pessoa hiperextensão do ombro esquerdo segurando halteres; intensidade: 1,5kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
- 10. Solicitar à pessoa flexão e extensão do cotovelo direito segurando halteres; intensidade: 1,5kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
- 11. Solicitar à pessoa flexão e extensão do cotovelo esquerdo segurando halteres; intensidade: 1,5kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
- 12. Solicitar à pessoa pronação e supinação do antebraço direito, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 12 repetições; 1 série.
- 13. Solicitar à pessoa pronação e supinação do antebraço esquerdo, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 12 repetições; 1 série.
- 14. Solicitar à pessoa flexão e extensão do punho direito (com a mão na ponta da mesa) segurando halteres; intensidade: 4 na escala de Borg (leve) – 1,5kg; 12 repetições; 1 série.
- 15. Solicitar à pessoa flexão e extensão do punho esquerdo (com a mão na ponta da mesa) segurando halteres; intensidade: 4 na escala de Borg (leve) – 1,5kg; 12 repetições; 1 série.
- 16. Solicitar à pessoa flexão e extensão alternada da anca direita e esquerda com

- perneiras; intensidade: 2kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
- 17. Solicitar à pessoa abdução e adução alternada da anca direita e esquerda com perneiras; intensidade: 2kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
 - 18. Solicitar à pessoa flexão e extensão do joelho direito com perneiras; intensidade: 1,5kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
 - 19. Solicitar à pessoa flexão e extensão do joelho esquerdo com perneiras; intensidade: 2kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
 - 20. Solicitar à pessoa dorsiflexão e flexão plantar, em pé, com perneiras; intensidade: 2kg (30% 1RM); 12 repetições; 1 série.
 - 21. Solicitar à pessoa o lançamento de bola medicinal para o chão com flexão dos joelhos; intensidade: 4 na escala de Borg (leve) - 1kg; 10 repetições em alta velocidade. [A partir da 2ª sessão]
 - 22. Solicitar à pessoa o lançamento de bola medicinal lateralmente com rotação do tronco; intensidade: 4 na escala de Borg (leve) - 1kg; 10 repetições em alta velocidade. [A partir da 2ª sessão]

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular

- Atendendo a que a investigação atual demonstra que o treino musculo-articular resistido, adequadamente elaborado, pode neutralizar as mudanças ao nível da função contrátil, atrofia e morfologia do sistema músculo esquelético. O treino musculo-articular resistido pode ser uma intervenção poderosa no combate à perda de força muscular, sarcopenia, vulnerabilidade fisiológica - fragilidade - e às suas debilitantes consequências (NSCA, 2019).

Ensinar sobre acesso a dispositivos

- Ensinar à pessoa que os dispositivos aconselhados (antiderrante, barras de apoio, esponja de cabo longo, assento de banheira) podem ser adquiridos em lojas de produtos ortopédicos e produtos hospitalares. Os preços variam entre lojas/marcas e de acordo com os materiais. No geral, o antiderrapante pode custar 5-10€, barras de apoio 10-20€, esponja de cabo longo 5-7€ e assento de banheira 30/50€ (ou mais).
- Ensinar à pessoa que os dispositivos aconselhados (cordões elásticos, antiderrante, barras de apoio, esponja de cabo longo, assento de banheira) podem ser adquiridos em lojas de produtos ortopédicos e produtos hospitalares. Outras lojas de venda de produtos desportivos/diversos também podem dispor destes produtos. Os preços variam entre lojas/marcas e de acordo com os materiais. No geral, os cordões elásticos podem custar 5-9€, antiderrapante 5-10€, barras de apoio 10-20€, esponja de cabo longo 5-7€, assento de banheira 30/50€ (ou mais).

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

- São muitas as alterações no sistema musculoesquelético provocadas pela imobilidade. A nível intra-articular, a imobilidade causa menor fluidez no líquido sinovial e aumento do tecido fibroso e gorduroso. Desta forma, ocorrem aderências nas superfícies articulares, com diminuição da amplitude de movimento. Também concorre para a rigidez articular a diminuição da atividade muscular, que causa diminuição da força e encurtamento das fibras e tecidos, promovendo o desenvolvimento de contraturas (OE, 2013). A mobilização

músculo-articular previne o agravamento deste ciclo, o que favorece a funcionalidade, independência e participação social da pessoa.

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

- Analisar com a pessoa o prejuízo no equilíbrio, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos e pela situação de doença aguda, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. A definição de exercícios de controlo postural e de equilíbrio, dentro do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, visa dar resposta às necessidades identificadas, maximizando a sua capacidade.

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Ensinar que a sessão de treino de exercício físico deve compreender três etapas: aquecimento (mobilidade articular, controlo da respiração), parte fundamental (atividades que envolvem os principais grupos musculares e treino cardiovascular, por exemplo, caminhada) e retorno à calma (exercícios de alongamentos, relaxamento e respiração) (ACSM, 2022).

Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico

- Ensinar acerca da importância das medidas de segurança aquando do exercício físico, com precauções em relação à roupa e calçado usados, garantindo que não ocorram mudanças bruscas de direção e a proximidade em relação ao auxiliar de marcha, reconhecendo e respeitando as capacidades individuais, os limites articulares, promovendo a hidratação ao longo da sessão (Rocha et al., 2016).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

- Analisar com a pessoa o prejuízo no tomar banho, cujo compromisso condiciona negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. Dentro da conceção do plano de reeducação funcional, a definição de estratégias para o uso de dispositivos de apoio (como a barra de apoio, a escova de cabo longo, o tapete antiderrapante, o acento de banheira), em resposta às necessidades identificadas, promove as suas capacidades adaptativas com vista ao autocuidado.

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

- Analisar com a pessoa o prejuízo do transferir-se, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos (como o equilíbrio e a marcha) e pela situação de doença aguda, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. O uso de auxiliar de marcha, como a bengala, no sentido de melhorar a instabilidade postural dinâmica, pode ser vantajoso na realização das atividades de vida diária e na prevenção de novas quedas, promovendo a sua autonomia para transferir-se. A bengala aumenta a base sustentação, no entanto, mesmo num espaço físico restrito, permite que a pessoa se mantenha ativa (Porto et al., 2019).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

- Analisar com a pessoa o prejuízo no vestir-se/despir-se, cujo compromisso condiciona negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. Dentro da

conceção do plano de reeducação funcional, a definição de estratégias para o uso de dispositivos de apoio (como os cordões elásticos), em resposta às necessidades identificadas, promove as suas capacidades adaptativas com vista ao autocuidado.

Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

- Analisar com a pessoa o prejuízo do equilíbrio e da marcha, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos e pela situação de doença aguda, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. O uso de auxiliar de marcha, como a bengala, no sentido de melhorar a estabilidade postural dinâmica, pode ser vantajoso na realização das atividades de vida diária e na prevenção de novas quedas, promovendo a sua autonomia para andar. A bengala aumenta a base sustentação, no entanto, mesmo num espaço físico restrito, permite que a pessoa se mantenha ativa (Porto et al., 2019).

Ensinar sobre exercício físico

- Ensinar que, de acordo com a OMS (2021), a atividade física proporciona benefícios para a saúde, na medida em que melhora a função física e reduz o risco do seu declínio relacionado com a idade na população idosa em geral. É recomendado que os idosos limitem o tempo de sedentarismo, substituindo-o por qualquer atividade física (incluindo leve).
- Ensinar que a atividade física corresponde a qualquer movimento do corpo que cause um aumento do gasto energético; corresponde a atividades corriqueiras do dia-a-dia (por exemplo, subir e descer escadas, tratar da casa e do jardim) e atividades estruturadas (como a prática de uma atividade desportiva, exercícios de treino de força, caminhada), com ou sem prescrição. Ensinar que o exercício físico é realizado com um objetivo específico no tempo e corresponde, portanto, a um subconjunto da atividade física (OMS, 2021).
- Ensinar que, tendo em conta a sua condição de saúde, o exercício físico proporciona benefícios, na medida em que reduz a mortalidade por doença cardiovascular e a progressão das doenças crónicas de base. Além disso, melhora a função física e a qualidade de vida relacionada com a saúde (OMS, 2021).

Ensinar sobre exercício físico desaconselhado

- Ensinar que não é recomendada a prática de exercício físico de qualquer modalidade que imponha stresse ortopédico excessivo (ACSM,2022).

Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

- Ensinar que é recomendada a prática de exercício físico aeróbico de intensidade moderada (por exemplo, caminhada, natação/hidroginástica), pelo menos cinco vezes por semana, entre 30 a 60 minutos (ACSM,2022).
- Ensinar que, pelo menos dois dias por semana, recomenda-se atividades de fortalecimento muscular (como treino com pesos, subir escadas ou outras atividades) de intensidade moderada, que envolvam os principais grupos musculares. No sentido de prevenir quedas e melhorar a capacidade funcional (ACSM,2022).
- Ensinar que atividades de alongamento que aumentem ou mantenham a flexibilidade

muscular também são recomendadas, pelo menos duas vezes por semana (ACSM,2022).

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor, através da aplicação de gelo: aplicar entre 15 a 20 minutos, em intervalos de 30 a 60 minutos, na medida em que o seu uso, nestas condições, está associado a menor inflamação, através da diminuição da dor, mas também do edema, favorecendo a mobilidade articular (SantAnna et al., 2022).
- Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor, através da técnica de relaxamento, pelo controlo da respiração, concentração, contração e relaxamento de grupos musculares, recorrendo a suporte áudio, através de música por phones do gosto da pessoa (sem letra, com opção calmante/meditação, sons da natureza, piano ou violino) (Matos et al., 2017).

Aplicar frio

- Aplicar gelo no joelho direito entre 15 a 20 minutos, em intervalos de 30 a 60 minutos, na medida em que o seu uso, nestas condições, está associado a menor inflamação, através da diminuição da dor, mas também do edema, favorecendo a mobilidade articular (SantAnna et al., 2022).

Ensinar sobre ajuste do exercício físico de acordo com resultados de autovigilância

- Ensinar que a autogestão do regime de exercício em intensidade e duração deve estar de acordo com os resultados da autovigilância, para isso pode ser útil, por exemplo, a Escala de Borg e um relógio que permita contar os passos.
- Ensinar a reconhecer sensações corporais que podem representar sintomas elevados de fadiga e em garantir que nenhum exercício produza elevada sensação de dor (Rocha et al., 2016).
- Ensinar acerca da importância em monitorizar os valores da pressão arterial, antes e após o exercício (sempre que for necessário) (Rocha et al., 2016).

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Executar técnica de relaxamento, através do controlo da respiração, concentração, contração e relaxamento de grupos musculares, recorrendo a suporte áudio, através de música por phones do gosto da pessoa (sem letra, com opção calmante/meditação, sons da natureza, piano ou violino) (Matos et al., 2017). Estratégias não farmacológicas podem ser utilizadas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas, sendo um importante recurso para alívio da dor (OE, 2013).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo

- Solicitar à pessoa exercício da ponte; 12 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa exercício de dissociação da cintura pélvica; 12 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa exercício push-up; 12 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa exercício levantar e sentar; 12 repetições; 1 série.

4.8. Síntese relativa ao caso

A conceção de cuidados desenvolvida alicerçou-se na maximização das capacidades funcionais da pessoa, com intervenções centradas na promoção do seu bem-estar, autocuidado e prevenção de complicações. A preparação do regresso a casa e a promoção da inclusão social foram aspetos fundamentais. Para os processos de readaptação e reeducação funcional identificou-se ativamente as necessidades da pessoa e os fatores inibidores/facilitadores para a realização das AVD e participação social, promovendo o desenvolvimento de estratégias e competências. Tal como no estudo de caso anterior, a prática baseou-se nos referenciais teóricos da disciplina, no conhecimento científico e nos instrumentos reguladores da profissão.

À semelhança do estudo de caso anterior, o processo de reabilitação teve o início mais precoce possível, no entanto o plano de cuidados demonstra o trabalho desenvolvido após os meios complementares de diagnóstico realizados demonstrarem segurança na implementação das intervenções, no âmbito da temática da fragilidade e, nomeadamente, nos domínios da força muscular e do andar.

Também neste caso foi dado especial enfoque ao domínio físico da fragilidade, embora as dimensões social e psicológica tenham sido atendidas. A pessoa é considerada frágil tendo em conta o modelo fenotípico da fragilidade de Fried (2001), pela diminuição da força muscular, velocidade da marcha e atividade física. Ao nível da funcionalidade apresenta limitações, expressa através do TUG de 22,81 segundos.

No âmbito das condicionantes da transição, não foram identificados significados, crenças ou atitudes dificultadoras. No que se reporta às condicionantes da comunidade e sociedade, apesar do escasso apoio familiar (uma vez que os filhos e suas respetivas famílias residem no estrangeiro), refere que sente que recebe o apoio suficiente e que não sente falta de ter pessoas à sua volta, dispondo dos recursos necessários na satisfação das suas necessidades.

Neste caso concreto, a pessoa não vivenciou uma alteração da sua condição de saúde, na medida em que a duração dos sintomas do AIT esteve circunscrita no tempo. As alterações ao nível da sua funcionalidade reportam-se a condições de saúde prévias ao internamento e que se devem, em parte, ao processo natural do envelhecimento. Neste contexto, importa referir que a diminuição da força muscular não se deve apenas a alterações do sistema corticoespinal pelo compromisso neurovascular que se sucedeu, mas também ao processo de envelhecimento.

Ao nível da força muscular foi dado especial enfoque aos exercícios musculoesqueléticos ativos resistidos (unilaterais e uniarticulares, bilaterais de cadeia cinética fechada, de potência) e exercícios de treino resistido funcional, adaptados e personalizados de acordo com a sua condição, capacidades e necessidades, quer em termos de intensidade, complexidade e tipo de

exercício. Desta forma, procurou-se que a progressão nos exercícios fosse ao encontro dos objetivos específicos da pessoa, com aumentos graduais na sua complexidade.

Procurou-se que os défices de amplitude de movimentos (em parte pela omartrorse e patologia osteoarticular do joelho direito que apresenta) não condicionassem a realização das AVD, nem afetassem negativamente a sua capacidade em participar no exercício de cidadania. Houve a preocupação que os exercícios de mobilidade articular, bem como de reforço muscular, não provocassem dor, no sentido de melhorar a tolerância ao movimento e aumentar a qualidade do recrutamento muscular (Maxey & Ghilarducci, 2013). Houve consideração especial no treino de exercícios resistidos, no sentido de evitar lesões pela seleção dos mesmos, por combinação de cargas pesadas e repetitivas e posicionamento ou técnica incorretos (NSCA, 2019).

As alterações da funcionalidade a nível motor, através da conjugação do compromisso de vários domínios, dos quais faz parte o equilíbrio dinâmico, compromete a mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa frágil. A promoção de um ambiente seguro visou também a melhoria nesses domínios. As atividades implementadas permitiram dar resposta à técnica de treino de equilíbrio dinâmico, favorecendo essencialmente a melhoria neste domínio e a prevenção da ocorrência de eventos adversos, como quedas. Foi enunciado o potencial para melhorar a capacidade para treinar o equilíbrio, com atividades planeadas que visaram a preocupação em gerir as circunstâncias ambientais e os eventos adversos associados, a fim de não comprometer a segurança da pessoa.

No âmbito do autocuidado, os produtos de apoio selecionados tiveram em conta a sua condição clínico-funcional, a estrutura do edifício residencial e os objetivos específicos da pessoa, tendo sido orientados para o treino de tarefas funcionais. O fortalecimento muscular dos MS e MI funcionou como complemento ao treino específico para as tarefas. Este programa de intervenção, com vista à capacidade adaptativa e autocuidado, mostrou ter ganhos na capacitação e autonomia da pessoa.

No âmbito do andar, as alterações biomecânicas identificadas no ciclo da marcha, conferiam à pessoa um padrão de marcha instável, ineficiente e com risco de queda. Um padrão de marcha normal foi conseguido através do uso de um dispositivo de apoio – a bengala. Atividades multicomponente desenvolvidas no âmbito de outros domínios também visaram a melhoria no ciclo da marcha, através do aumento do comprimento e altura do passo e melhoria no apoio unipodal. Após a pessoa adquirir mestria na técnica do andar com bengala, foram desenvolvidas atividades no treino do andar em dupla tarefa motora e dupla tarefa cognitivo-motora. Estas atividades mostraram-se particularmente importantes, na medida em que a pessoa, enquanto dividia a sua atenção ao caminhar, apresentava interferência no desempenho em dupla tarefa no TUG, pela redução da velocidade da marcha, hesitação, maior instabilidade, passos irregulares e prejuízo na tarefa atribuída. Utilizando a seguinte fórmula de cálculo (Hofheinz & Mibs, 2016), verificou-se que a interferência da dupla tarefa cognitiva (falar enquanto andava)

era de aproximadamente 31%.

$$\frac{(\text{Desempenho no TUG com dupla tarefa} - \text{Desempenho no TUG com tarefa isolada}) \times 100}{\text{Desempenho no TUG com tarefa isolada}}$$

A promoção da capacidade para executar tarefas simultâneas comuns do quotidiano, essencialmente visou a promoção de benefícios funcionais na pessoa e, assim, prevenir ou minimizar a ocorrência de quedas.

Foi foco de atenção a prevenção secundária do AVC e outras patologias cardiovasculares, com especial enfoque no controlo de fatores de risco como a hipertensão, dislipidemia e inatividade. Houve intervenção ao nível do potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício, no sentido de que este, quando realizado regularmente, com intensidade e volume adequados, por meio de uma periodização, resulta em adaptações neuromusculares e aeróbicas favoráveis, ao mesmo tempo que promove benefícios psicológicos e cognitivos (NSCA, 2019).

Também neste caso clínico, o plano de cuidados demonstra uma intervenção terapêutica num período curto de tempo. Pensa-se que os ganhos objetivados num período de intervenção mais longo poderiam ser maiores e, portanto, produzirem maiores benefícios na condição clinico-funcional da pessoa. Considera-se que esta é uma limitação na intervenção realizada. No entanto, tendo em conta as intervenções desenvolvidas, fica a expectativa de um potencial de evolução favorável.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A enfermagem de reabilitação compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, os quais integram as competências comuns dos enfermeiros especialistas e as competências específicas dos EEER. A aquisição destas competências resulta de um percurso de formação avançada que envolve a aquisição, o desenvolvimento e a aplicação de tais conhecimentos e técnicas, em contextos clínicos, por meio de uma prática reflexiva.

O processo de enfermagem aplicado à identificação de necessidades, ao diagnóstico de problemas, com intervenção e avaliação de resultados, deve ter em conta, por um lado, os modelos conceituais do autocuidado e das transições, por outro uma prática clínica baseada na evidência científica. Estes princípios visam garantir os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, aludidos no regulamento n.º 350/2015, Diário da República, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015.

No que concerne às competências comuns do enfermeiro especialista (EE), aludidas no regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, incluem-se competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No âmbito desta unidade curricular, as atividades desenvolvidas foram ao encontro dos objetivos propostos no Projeto de Estágio, elaborado em contexto da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I. A operacionalização do objetivo geral (“desenvolver as competências comuns do EE”) e específico (“desenvolver competências comuns do EE no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”) é apresentada de seguida. Uma vez que o regulamento das competências comuns do EE estipula quatro grandes domínios, esta análise é de seguida apresentada separadamente por cada um deles.

Responsabilidade profissional, ética e legal

Desenvolveu-se uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (competência A1). Foram adquiridas competências no âmbito do “ser” e do “saber ser”, de forma a analisar e procurar soluções criativas e potenciadoras da vida humana, para as questões da ética e do direito, no âmbito da enfermagem especializada. A tomada de decisão foi suportada em juízo baseado no conhecimento e experiência, com grande relevância das orientações dos EEER tutores, dos professores e testemunhos significativos.

Os utentes e as suas famílias foram respeitados e compreendidos numa perspetiva multicultural, com abstenção a juízos de valor. A tomada de decisão foi orientada no âmbito das disposições do Código Deontológico, assumindo a defesa dos Direitos Humanos, de acordo com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (2005). Foram adquiridos conhecimentos que permitiram aplicar estratégias ético-legais de proteção da pessoa nos diversos contextos. Daí resulta a promoção do exercício profissional tendo em conta aquilo que a sociedade espera da profissão, desempenhando um papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à área de especialidade. Tentou assegurar-se uma reflexão sobre os processos de tomada de decisão de forma a avaliar o processo e os seus resultados.

Garantiram-se práticas de cuidados em consonância com os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (competência A2), assumindo a defesa do direito ao acesso à informação, confidencialidade, segurança da informação oral e escrita, respeito pelo direito da pessoa à privacidade, autodeterminação e seus valores, costumes e crenças espirituais e práticas específicas.

Estas garantias derivam dos seguintes artigos do Código Deontológico:

I) Artigo 105.º - Do dever de informação – a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (Lei nº 156/2015, p. 8103);

II) Artigo 106.º - Do dever de sigilo – “a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; c) Divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas

situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico; d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Lei nº 156/2015, p. 8103);

III) Artigo 107º - Do respeito pela intimidade (“a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Lei nº 156/2015, p. 8103);

IV) Artigo 110.º - Da humanização dos cuidados – “a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Lei nº 156/2015, p. 8104).

A conduta antecipatória, com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica, permitiu a implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.

Melhoria contínua da qualidade

No âmbito deste domínio, procurou-se garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da qualidade, através da mobilização de conhecimentos e habilidades (competência B1). Neste sentido, procurou-se mobilizar conhecimentos e habilidades desenvolvidos academicamente, de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade (unidade de competência B1.1). Esta foi uma oportunidade para desenvolver e aprofundar conhecimentos, através da aplicação da melhor evidência científica, com recurso às guidelines dos ramos do conhecimento da especialidade (como a Organização Mundial da Saúde, a Direção-Geral da Saúde, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR), European Multicentre Bronchiectasis Audit and Research Collaboration (EMBARC), entre outras), de forma a melhorar os cuidados de saúde prestados e, se possível, contribuir para gerar conhecimento.

Sendo a aliança entre a ciência e a tecnologia uma estratégia de desenvolvimento, o avanço científico está em crescente evolução, pelo que para garantir a excelência da prática clínica é importante assumir um compromisso ao longo da vida com o estudo. A aprendizagem deve ser continuada, de carácter individual e através do ensino de outros, como professores, EEER tutores e testemunhos significativos

Assim, garantindo a melhoria contínua da qualidade, esta foi uma oportunidade para promoção e divulgação de conhecimentos ao nível dos projetos em curso nos contextos onde se

realizaram os estágios, agilizando uma análise do planejamento estratégico da qualidade dos cuidados (unidade de competência B1.2).

Desenvolveram-se práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (competência B2). Foram utilizados instrumentos adequados nos diversos contextos da prática clínica e analisados os resultados das avaliações efetuadas. Neste sentido, procurou-se identificar estratégias de melhoria, fomentando a implementação de tais programas/boas práticas.

Por outro lado, tentou assegurar-se um ambiente terapêutico e seguro (competência B3), nas vertentes física, psicossocial, cultural e espiritual (unidade de competência B3.1) e ao nível da gestão de risco institucional (unidade de competência B3.2). A prática profissional foi assente no respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais da pessoa e sua família, assegurando a satisfação de tais necessidades, com abstenção a juízos de valor, como a perspetiva da bioética pressupõe, componente abordada no domínio anterior.

A manutenção de um ambiente seguro passa também pela adoção e implementação de princípios de ergonomia, no sentido de prevenir as lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT), que se constituem como um importante problema de saúde, que afeta a qualidade de vida dos enfermeiros. A prevenção das LMERT é uma preocupação constante dos EEER, uma vez que, por via da sua atividade, realizam frequentemente atividades que requerem posturas articulares extremas, com exigências, por exemplo, a nível da zona lombo-sagrada, mãos e dedos (Nobre, 2017). A importância desta temática já havia sido abordada nas aulas teóricas e práticas de várias unidades curriculares, tendo sido, inclusivamente, alvo de avaliação. Houve oportunidade de intervir na prevenção, garantia da saúde, segurança e conforto dos profissionais, através da implementação das intervenções que a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2020) recomenda nos domínios da configuração do local de trabalho (layout que melhore as posturas de trabalho), equipamento (ergonomicamente projetado e adequado para as tarefas), tarefas (alterar métodos de trabalho ou ferramentas), gestão e fatores organizacionais (planejar o trabalho/pausas para evitar trabalhos repetitivos ou prolongados, evitando más posturas). Neste sentido, tal como preconiza a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2020), e uma vez que a necessidade de, por exemplo, mobilizar, levantar e transferir os doentes não pode ser eliminada, foram adotadas medidas preventivas para diminuir o risco das LMERT. Destas medidas fazem parte as intervenções técnicas, que se constituem como meios auxiliares e equipamentos adequados nos cuidados ao doente, tais como camas e macas de altura ajustável, tábuas de transferência, cinto de transferência, disco giratório, cadeiras higiénicas, cadeiras de rodas, sara stedy (particularmente utilizado em contexto de estágio de ortopedia), cadeira giratória, elevador, trapézio. No que se reporta ao ambiente de trabalho foram considerados elementos como as superfícies do piso, luminosidade, largura do espaço, desimpedimento à passagem/procedimentos, posição dos equipamentos. Houve preocupação em desenvolver

intervenções centradas na sensibilização dos profissionais para a prevenção das LMERT, na tentativa de alterar o seu comportamento no trabalho, sugerindo métodos, ajustes das instalações, uso de equipamentos, variação postural durante os procedimentos/técnicas, treino de técnicas de mobilização e transferência de doentes. Houve preocupação em pesquisar os produtos de apoio mais recentes, que se avolumam por via do desenvolvimento científico e tecnológico a que assistimos, de verificar as suas características, benefícios do seu uso, tendo uma ideia dos seus custos, para recomendar na prática quando se justifica.

Tendo em vista a melhoria contínua da qualidade, foi constante a preocupação com a segurança dos dados recolhidos, no âmbito da continuidade de cuidados, no sentido de fazer cumprir o Artigo 106º do Código Deontológico - do dever do sigilo - “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (Lei nº 156/2015, p. 8079).

Gestão dos cuidados

Ao nível do domínio da gestão dos cuidados, o Regulamento das Competências Comuns determina que o EE gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde (competência C1).

As atividades desenvolvidas permitiram otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (unidade de competência C1.1). No processo de cuidar, nos contextos da prática clínica, é evidente o papel de assessoria do EEER pelo conhecimento científico e capacidade prática que detém. Desenvolveu-se esta competência através, a título de exemplo, da prescrição de dietas adequadas ao compromisso da deglutição identificado, estratégias compensatórias posturais, sensoriais e de consistência para melhorar a deglutição, através da assessoria na recomendação de produtos de apoio, práticas adequadas no âmbito do diagnóstico de comunicação comprometida (tanto por via de um défice de compreensão, como de expressão), promoção do autocuidado, manipulação de dispositivos como o cough assist, posicionamento em padrão antispástico, estimulação da perceção sensorial através da gestão do ambiente, capacitação do familiar cuidador no contexto do processo de transição. Os exemplos referidos contribuíram significativamente para otimizar a resposta da equipa face às necessidades de cuidados dos doentes.

Também se evidenciou este papel de consultor quando a natureza dos cuidados não correspondia à especificidade do serviço. Fica a referência a um caso de uma queda, numa doente internada por acidente vascular cerebral, em processo de reabilitação, com consequente fratura do fémur proximal, úmero e rádio. As consequências nefastas desta queda acarretaram

complicações do foro ortopédico, numa doente internada num serviço hospitalar especializado na componente neurológica. Neste processo, houve oportunidade de otimizar as respostas de enfermagem e da equipa às necessidades de cuidados identificadas. As atividades permitiram que fosse garantida uma resposta segura e de qualidade, antes e após a intervenção cirúrgica (osteossíntese), à qual a doente foi submetida. Desenvolveram-se intervenções no sentido de manter os cuidados de enfermagem no pré-operatório, através da aplicação de tração cutânea, de acordo com as indicações e o equipamento, minimizando os efeitos adversos da presença da mesma (úlceras de pressão, alterações neurovasculares, alterações cutâneas), orientado para as condições a verificar antes da sua colocação, na estrutura metálica, e cuidados após a aplicação da mesma. Foram implementadas intervenções referentes aos cuidados no pós-operatório, concretamente direcionadas para a vigilância de sinais de compromisso neurovascular (movimento articular, sensibilidade, perfusão dos tecidos, edema, temperatura, dor), posicionamento, autocuidados, procedimento do primeiro levante. Houve a necessidade realizar imobilização do ombro tipo Gerdy e imobilização de punho e orientar para os cuidados direcionados à permanência de tais estruturas.

As atividades desenvolvidas permitiram colaborar nas decisões da equipa de saúde, negociando e referenciando para outros profissionais, quando necessário, com base num processo de tomada de decisão detalhada e realista da pessoa e do seu contexto. Este elo de ligação mostrou-se particularmente relevante no estágio de Equipa de Cuidados Continuados Integrados, na medida em que é o EEER que contacta com a pessoa cuidada, participa no seu ambiente e estrutura familiares, tendo contato privilegiado nesta avaliação.

No sentido de promover a gestão dos cuidados de enfermagem, garantindo a articulação dos cuidados especializados com os enfermeiros generalistas, procurou-se que o processo de tomada de decisão do EEER ficasse espelhado no plano de cuidados do doente e nos momentos de passagem de turno, de forma a permitir a continuidade e qualidade dos cuidados, de acordo com as recomendações e avaliações do EEER.

Uma vez que ao EEER está muitas vezes atribuído o papel de responsável de turno, houve oportunidade de perceber de perto a gestão dos cuidados intrínseca a esse papel, de forma a otimizar o trabalho em equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, visando a garantia de qualidade dos mesmos (competência C2). Tentou criar-se uma relação de interajuda e coesão que contribuiu positivamente para a existência de uma boa relação com a equipa multidisciplinar, o que, por outro lado, obviamente, potencia o desenvolvimento profissional. Houve ocasião para colaborar em métodos de organização de trabalho e na liderança da equipa, concretamente na gestão de conflitos, apelando à satisfação dos profissionais da equipa multidisciplinar e à valorização dos cuidados de qualidade. Na medida em que os recursos, tanto humanos como materiais, são finitos, é importante a sua negociação de forma eficiente, no sentido de promover uma organização de qualidade, que responda às necessidades dos doentes, como dos profissionais (unidade de competência C2.1).

Ao longo das experiências de estágio constatou-se que, para uma liderança eficaz, é importante a adaptação do estilo ao local do trabalho, adequando-o ao clima organizacional, no sentido de favorecer a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (unidade de competência C2.2). Neste processo é importante conhecer os membros da equipa, os seus papéis e funções, adaptando o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências, aplicando estratégias de motivação da equipa para um desempenho inovador e uma prática especializada.

Aprendizagens pessoais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D), desenvolveu-se o autoconhecimento e a assertividade (competência D1). Segundo o descritivo desta competência, o EE deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, central para a prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.

Desenvolveu-se um percurso na perceção da consciência enquanto pessoa e enfermeira (unidade de competência D1.1), otimizando o autoconhecimento, reconhecendo os recursos e limites pessoais, no processo de construção profissional de conhecimentos e habilidades. Procurou gerir-se as idiossincrasias na construção dos processos de ajuda, consciencializando-se da influência pessoal na relação profissional.

Tentou assegurar-se respostas de adaptabilidade individual e organizacional (unidade de competência D1.2), atuando eficazmente sob pressão, através de uma gestão eficiente das emoções, reconhecendo, antecipando e resolvendo situações de eventual conflito.

As intervenções desenvolvidas permitiram desenvolver uma praxis clínica especializada baseada na evidência científica (competência D2). Procurou-se conhecimento válido, atual e pertinente, que se alicerçou nos processos de tomada de decisão, no âmbito do processo de enfermagem. No que diz respeito à responsabilização do papel de facilitador da aprendizagem no contexto de trabalho (unidade de competência D2.1), houve oportunidade para desenvolver uma ação de formação, onde foi apresentado um estudo de caso, em contexto de reabilitação na comunidade (Equipa de Cuidados Continuados Integrados). Tentou assegurar-se uma intervenção que demonstrasse a evidência científica mais atual baseada em guidelines. As necessidades formativas foram identificadas e avaliadas como oportunas através da validação dos enfermeiros tutores. Procurou-se avaliar o respetivo impacto através de testemunhos significativos da equipa em contexto de trabalho.

No sentido de proceder a uma prática baseada na evidência (unidade de competência D2.2), procurou-se o conhecimento científico imprescindível para tal, através de estudo e trabalho

individual, dos conhecimentos e habilidades transmitidos pelos enfermeiros tutores, testemunhos significativos e da participação em ações de formação de serviço, tanto no contexto hospitalar como comunitário. As formações foram dinamizadas por elementos da equipa dos contextos onde decorreram os estágios, mas também por técnicos externos aos serviços. As temáticas foram versáteis: *cought assist*, medidas de contenção de movimento e dilemas éticos associados, perturbação de hiperatividade e défice de atenção. Houve oportunidade de participar numa iniciativa aberta à comunidade, dinamizada pelos enfermeiros do serviço do contexto de estágio da componente neurológica, em virtude do assinalar da data do dia mundial do acidente vascular cerebral, num programa dedicado à sensibilização para a prevenção e rastreio de fatores de risco cardiovasculares. Foi também possível, participar num colóquio organizado pelo núcleo hospitalar de enfermagem de reabilitação, cujos temas centrais deste encontro se evidenciaram como sendo de extrema importância para a prática clínica e melhoria contínua dos cuidados.

No decorrer do estágio tentou-se rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, desenvolver conhecimentos para a prestação de cuidados especializados seguros e competentes. Desta forma, tentou-se promover a formulação de padrões e procedimentos que contribuam para uma prática especializada no ambiente de trabalho, atualizada à evidencia científica (unidade de competência D2.3).

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A intervenção do EEER objetiva o diagnóstico precoce e ações preventivas que assegurem as capacidades funcionais da pessoa, de forma a prevenir complicações e evitar incapacidades. As intervenções terapêuticas visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e minimizar o impacto das incapacidades instaladas.

Cada competência prevista no domínio da enfermagem de reabilitação visa a implementação e avaliação de planos e programas especializados, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade da pessoa cuidada e pessoas significativas. Na definição do perfil de competências específicas, aludido em Diário da República, 2ª série, nº 85, 3 de maio de 2019, o EEER (I) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados; (II) capacita a pessoa com deficiência,

limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; (III) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

É apresentada de seguida a operacionalização do objetivo geral proposto no projeto de estágio - “desenvolver competências específicas do EEER” - e dos objetivos específicos (a) “desenvolver competências específicas do EEER para cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, nos contextos da prática de cuidados”; b) “desenvolver competências específicas do EEER para capacitar as pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; c) “desenvolver competências específicas do EEER para maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa”. Uma vez que o regulamento das competências específicas do EEER estipula três grandes domínios, esta análise é apresentada de seguida separadamente por cada um deles.

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

O conceito da reabilitação confunde-se com a enfermagem de reabilitação, na medida em que o seu objetivo baseia-se na restauração das capacidades mentais e físicas dos indivíduos, em contexto de problemas de saúde. A enfermagem de reabilitação centra-se no diagnóstico e tratamento das respostas humanas a problemas de saúde reais ou potenciais, na sequência de deficiências funcionais ou relacionadas com estilos de vida (Vaughn et al., 2022).

O conhecimento, a experiência e a qualificação do EEER permitem-lhe reconhecer e abordar as necessidades da pessoa cuidada, dos seus cuidadores e famílias, bem como de outros prestadores de cuidados de saúde, e assim, em parceria, proporcionar os melhores resultados possíveis. Cada profissional da equipa de reabilitação distingue-se pela sua preparação educacional, expectativas profissionais e responsabilidades, contribuindo para uma visão colaborativa, no sentido de alcançar os resultados ideais para a pessoa e/ou família cuidada. Os EEER são elementos da equipa multidisciplinar de saúde e devem ser incluídos nos cuidados de reabilitação, nos diversos contextos onde estes são prestados (Vaughn et al., 2022).

O EEER dirige os seus cuidados para a pessoa com necessidades especiais (ou atividade limitada), ou seja, a pessoa que está impossibilitada de realizar de forma independente as atividades humanas básicas, pelo que necessita melhorar as suas funções residuais, minimizando o impacto das incapacidades instaladas, quer por doença ou deficiência - física, mental, cognitiva ou psicológica (OE, 2019).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação assumem uma abordagem holística ao longo das

distintas etapas do ciclo vital do ser humano, nos diversos contextos multiculturais onde se inserem. O estágio, na medida em que decorreu em vários contextos clínicos, tornou evidente o número crescente de ambientes no continuum dos cuidados de reabilitação. Por outro lado, remetendo para esta competência específica, foi possível desenvolver conhecimentos e capacidades no cuidado especializado em diferentes estádios do ciclo vital, tanto em recém-nascidos, como adultos jovens, pessoas idosas e respetivas famílias.

As atividades desenvolvidas permitiram avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (unidade de competência J1.1). Como base do processo de tomada de decisão dos EEER está o processo de enfermagem. A partir da identificação do foco/domínio relevante para a enfermagem de reabilitação, tendo em consideração os dados clínico-funcionais iniciais da pessoa, são implementadas atividades de diagnóstico que permitem a colheita de dados relevantes, que culminam na identificação do diagnóstico de enfermagem. No contexto da enfermagem de reabilitação, os dados recolhidos, e consequentemente os diagnósticos formulados, referem-se à funcionalidade (a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade), às respostas humanas aos processos de transição e aos fatores facilitadores/dificultadores destes processos de adaptação (OE, 2018). A segurança e o rigor do juízo clínico do EEER são diretamente proporcionais às atividades diagnósticas implementadas, pelo que essa foi uma preocupação constante no decorrer do estágio. Neste sentido, no processo de avaliação do risco de alteração da funcionalidade, recorreu-se frequentemente aos seguintes instrumentos de apoio à tomada de decisão: National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Gugging Swallowing Test (GUSS), Functional Oral Intake Scale (FOIS), International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), Teste de Tinetti, Mini Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Índice de Barthel, Medida de Independência Funcional (MIF), Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (FADA), Aphasia Rapid Test, Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale (LCFS), Modified Medical Research Council Scale (mMRC), Escala de Morse, Timed up and go test (TUG) test, Escala ASIA (American Spinal Injury Association), Escala Braden, Escala de House-Brackmann, Escala de Ashworth, Formulário de Análise da Marcha por Observação (Corpo Todo) do Rancho Los Amigos Medical Center, Rancho Los Amigos Level of Cognitive Functioning Scale (LCFS), Teste de Levantar e Sentar, goniometria, dinamometria, prova de marcha de seis minutos, Questionário de Qualidade de Vida SF-36, St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), COPD Assessment Test (CAT), EQ-5D (EuroQol-5D), Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).

Por outro lado, espera-se uma prática sustentada na evidência científica mais atual e nos instrumentos reguladores da profissão, não esquecendo, no entanto, os referenciais teóricos da disciplina, como a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000). A avaliação das respostas humanas aos processos de transição, através deste referencial teórico, confere a possibilidade de serem criadas pontes entre a rutura e o novo processo de mudança, permitindo a

maximização do potencial, do conhecimento e das capacidades da pessoa cuidada (Silva et al., 2019).

No decorrer do estágio, as transições que surgiram na prática clínica eram sobretudo do tipo saúde/doença, da qual frequentemente emergiram transições situacionais dos respetivos familiares cuidadores. As transições do tipo desenvolvimental, associadas ao processo de envelhecimento, ao nascimento de um filho prematuro, são outros exemplos que se relacionaram com o estágio. Face aos tipos de transição, assume especial relevância a identificação das suas propriedades. Este processo é essencial para a readaptação e reestruturação de papéis (pessoais, familiares, profissionais, sociais), dos quais fazem parte a consciencialização, o envolvimento, a perceção de mudança/diferença, o intervalo de tempo e a perceção de eventos críticos.

Na prática clínica desenvolvida no estágio, o referencial teórico de Afaf Meleis (2000) foi determinante na formulação de um exercício profissional intencional e eficaz, na medida em que ajudou a compreender a pessoa e a sua família em qualquer momento do processo de transição e identificar os pontos de intervenção apropriados. Foi uma oportunidade para confirmar que a readaptação e reestruturação de papéis depende muito das propriedades da transição, como é o caso da consciencialização. Para que o processo de transição ocorra é fundamental que a pessoa e a família tenham a perceção das mudanças que aconteceram e que vão acontecer. As atividades desenvolvidas permitiram constatar que o confronto da pessoa com atividades que não consegue executar, por agravamento da sua condição de saúde (como por exemplo, no momento do primeiro levante, em atividades de autocuidado, no andar), são os primeiros momentos em que esta começa a ter consciência das mudanças que ocorreram. Estes momentos são muitas vezes pontos críticos que favorecem a mudança, um novo começo. Evidenciou-se que, particularmente na transição saúde/doença, quer por ocorrência de doença aguda (como acidente vascular cerebral, quedas em pessoas idosas), quer por agudização de doenças crónicas (como a doença pulmonar obstrutiva crónica), no caso da consciencialização estar comprometida, a intervenção precoce do EEER mostrou ser de extrema importância para a continuidade do processo.

Houve preocupação em conhecer os recursos da comunidade dos contextos da prática clínica onde as pessoas estavam inseridas, tendo em vista a promoção do acesso das pessoas cuidadas e suas famílias. Tentou assegurar-se a articulação com organizações não governamentais, associações representativas de doentes com determinada patologia crónica que possuem Banco de Empréstimo de Produtos de Apoio, Instituições Particulares de Solidariedade Social, associações humanitárias para construção ou reabilitação de casas, entre outros. Não houve somente orientação para instituições e serviços, mas também para apoios sociais em caso de elegibilidade, como o Complemento por Dependência, Complemento Solidário para Idosos, Prestação Social para a Inclusão, que nem sempre são facilmente entendidos pelas pessoas que eventualmente deles necessitem. Através do conhecimento dos direitos e da legislação das

peças com deficiência, incapacidade ou dependência, o trabalho em equipa multidisciplinar permitiu diligenciar respostas sociais fundamentais para uma transição saudável.

Para além dos fatores da comunidade e sociedade, o conhecimento das condicionantes pessoais do processo de transição - isto é, significados, crenças culturais, status socioeconómico, nível de competências e habilidades relacionadas à mudança - mostrou-se fundamental, na medida em que frequentemente requerem terapêuticas de enfermagem que desencadeiem respostas positivas às transições vivenciadas.

Numa transição saudável evidencia-se mestria, através da aquisição de competências que permitem à pessoa lidar com a nova situação, bem como uma nova identidade que permite a compreensão do novo papel, incorporando-o. Neste sentido, é importante para o EEER o foco nos indicadores deste processo - sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e coping - pois permitem caracterizar a forma como a transição está a processar-se.

Tendo em conta os dados que sustentam o juízo clínico do EEER, a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das atividades de vida diária, tentou assegurar-se a formulação dos diagnósticos, com base na terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e na ontologia de enfermagem. O rigor do juízo clínico permitiu a identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função.

Previamente à implementação das intervenções terapêuticas, foram definidos os objetivos. Pretendeu-se que estes fossem exequíveis, individualizados e ajustados à condição e projeto de saúde da pessoa. Com base nos objetivos definidos, foram planeadas e implementadas as intervenções. As atividades desenvolvidas permitiram a conceção de planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (unidade de competência J1.2). Neste sentido, nos diversos contextos tentou-se hierarquizar as principais prioridades de saúde com a pessoa, discutir práticas de risco, bem como as respetivas alterações da funcionalidade. A conceção de planos de intervenção envolveu pesquisa de evidência científica recomendada para a prática clínica, nas respetivas guidelines, tendo em conta os recursos pessoais, espaciais e materiais, assim como o domínio das técnicas e tecnologias disponíveis. A prescrição formal de produtos de apoio através do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) só funciona junto da entidade prescritora. Foi efetuada, no entanto, seleção e aconselhamento a dispositivos de apoio, promovendo a melhoria do seu acesso, providenciando-os (quando possível), ensinando sobre acesso a dispositivos ou referenciando ao serviço social o compromisso no acesso.

As intervenções planeadas foram implementadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, respiratório, da eliminação e da sexualidade (unidade de competência J1.3). Nos diversos contextos foram implementados planos de

reeducação funcional, utilizando distintas abordagens na definição de estratégias, tendo em consideração o planeamento anterior, ensinando, instruindo e treinando. Houve preocupação constante com a garantia da segurança dos programas e planos de intervenção, em concordância com as atitudes terapêuticas prescritas, com dados recolhidos através dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e as metas internacionais para a segurança do doente, concretamente a comunicação efetiva, a redução do risco de infeções associadas aos cuidados e redução do risco de lesões por pressão ou quedas. Tentou assegurar-se a promoção da continuidade dos cuidados prestados à pessoa e sua família, através do planeamento da alta, que se iniciou desde o momento da admissão. Fomentou-se o envolvimento da pessoa no processo de reabilitação, bem como da equipa multidisciplinar e sua família, promoveu-se o esclarecimento de dúvidas, fornecendo esclarecimentos direcionados à prevenção de riscos, colaborando na elaboração de cartas de alta/transferência.

As atividades de avaliação permitiram avaliar continuamente os ganhos obtidos e assim reformular o planeamento, quando necessário (unidade de competência J1.4). Desta forma, objetivos, estratégias, programas e projetos foram reformulados com base na variação atingida dos programas de redução de risco, otimização da função, reeducação funcional e treino da funcionalidade.

A metodologia científica do processo de enfermagem foi aplicada em todos os contextos de estágio, quer na assistência a pessoas, como famílias e comunidades. A forma sistemática e intencional do mesmo contribuiu para a qualificação da assistência prestada. Os referenciais teóricos da disciplina, como os modelos das transições e do autocuidado, foram importantes para facilitar o processo de identificação das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos de vida. A determinação dos aspetos que requerem a intervenção do EEER na facilitação das necessidades de autocuidado e nas capacidades de adaptação das pessoas, exige conteúdo teórico e integração de conceitos subjacentes à disciplina de enfermagem. Assim, pretendeu-se contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da enfermagem de reabilitação, bem como promover o caráter disciplinar da enfermagem (Ribeiro et al., 2018).

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

As atividades desenvolvidas permitiram a elaboração e implementação de programas de treino de atividades de vida diária, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida (unidade de competência J2.1).

O autocuidado assume uma dimensão relevante e altamente sensível aos cuidados de

enfermagem de reabilitação. Os EEER, considerando a formação avançada que detêm, integram esta área de atenção na sua prática clínica, tendo em conta a complexidade de cuidados que esta exige, como domínio central para o seu planeamento de cuidados. Para Dorothea Orem (2001), o autocuidado reporta-se a um conjunto de atividades que as pessoas desenvolvem, dentro de determinados espaços de tempo, no sentido da manutenção da vida e do bem-estar. O referencial teórico de Orem (2001) tem contribuído para a construção do cuidado em enfermagem de reabilitação e abarca três teorias: Teoria do Autocuidado (que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si), Teoria do Défice no Autocuidado (que explica a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (que explica de que forma os enfermeiros, as pessoas, ou ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado). Segundo esta perspetiva teórica, a necessidade de cuidados de enfermagem resulta de um défice entre as capacidades de autocuidado da pessoa e as respetivas exigências. Este referencial tem particular relevância para a enfermagem de reabilitação, na medida em que dá ênfase à pessoa, pressupondo que a ajuda profissional intencional e sistematizada do enfermeiro pode favorecer a integração e novas formas de concretizar as atividades de autocuidado (Ribeiro, 2021).

A ajuda profissional do EEER resulta da satisfação dos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento, ou de desvios de saúde, através de um sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação. Para o primeiro, a intervenção do enfermeiro deve contemplar a substituição da pessoa em todas as atividades do domínio do autocuidado, enquanto que num sistema parcialmente compensatório, a pessoa deve ser capacitada para o máximo de atividades, substituída apenas nas que não conseguir realizar. No sistema de apoio-educação, a pessoa possui capacidade para o autocuidado, contudo necessita de apoio, educação e instrução, intervenções em que o EEER deve centrar os seus esforços. Para este processo, a teórica alerta ainda para a necessidade de envolvimento e motivação da pessoa, aspetos essenciais no decurso do plano de reabilitação (Orem, 2001).

No decorrer do estágio, nos diversos contextos, na medida em que as pessoas vivenciam limitações distintas na sua ação de se cuidarem, de modo a colmatar os défices de autocuidado, a assistência prestada teve por base os três sistemas de prestação de cuidados. Através da metodologia científica do processo de enfermagem, no âmbito do autocuidado, procurou-se avaliar as necessidades da pessoa em cada momento, determinando a sua capacidade para realizar as atividades específicas para cada domínio do autocuidado, avaliando a sua capacidade para melhorar, tendo em conta o seu potencial físico, cognitivo, psicológico, social, entre outros. Dado que o processo de sistematização dos cuidados do EEER deve ir muito para além dos ensinamentos sobre um conjunto de necessidades não satisfeitas (Petronilho et al., 2021), no decorrer do estágio foram realizados treinos específicos de atividades de vida diária, tendo em conta técnicas de adaptação e produtos de apoio. A prescrição de produtos de apoio, de acordo com a avaliação diferenciada do EEER, tem dupla intencionalidade, isto é, por um lado promove

a independência da pessoa no autocuidado, por outro facilita o desenvolvimento do papel de prestador de cuidados (Petronilho et al., 2021). Foi efetuada instrução, treino e supervisão da utilização de produtos de apoio, mantendo o dogma da segurança do doente com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

Para além de dar resposta aos requisitos universais de autocuidado, procurou-se desenvolver uma prática que respondesse à necessidade de promover uma gestão eficaz da doença. Desta forma, foram reforçados comportamentos de adaptação face a uma transição de saúde/doença, isto é, a autogestão da doença (habitualmente crónica).

A ação profissional, enquanto estudante, teve um foco de grande relevância no autocuidado, no sentido de facilitar os processos adaptativos, assistindo na readaptação da pessoa à sua nova condição. A reabilitação de capacidades, após o declínio funcional, perspetivou a promoção de estratégias adaptativas, no sentido de obter o máximo de independência e qualidade de vida.

Outra preocupação durante o decorrer do estágio foi a promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social (unidade de competência J2.2). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde, traduzida para português em 2004, permite compreender o impacto dos fatores pessoais e ambientais na condição de saúde. Este constitui-se como um modelo biopsicossocial que proporciona uma base científica para o estudo e compreensão dos determinantes de saúde, uniformizando conceitos, bem como a linguagem dos profissionais de saúde. Esta classificação define que para a funcionalidade da pessoa com determinada condição de saúde contribuem não só as funções e os processos corporais, mas também fatores pessoais e ambientais. Por este mesmo motivo, no decorrer do estágio, relevaram para a prática clínica todos estes fatores. A condição da pessoa é resultado de uma interação multidimensional, pelo que a incapacidade não deve ser diferenciada em função da sua etiologia ou dos diagnósticos, pois pessoas com a mesma etiologia e diagnóstico podem apresentar perfis de atividade e participação social distintas (Ribeiro et al., 2021). Procurou-se que os cuidados prestados fossem adequados à condição da pessoa, não apenas de acordo com a sua incapacidade, promovendo a participação social.

Tendo em consideração a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, é possível afirmar que o ambiente pode constituir-se com um fator facilitador ou como uma barreira para a pessoa com deficiência. Deficiência é um conceito multidimensional e complexo e, segundo esta classificação, engloba conceitos como limitação da atividade e restrição à participação, por via da interação entre as condicionantes pessoais e ambientais (OMS, 2004). Portanto, a deficiência vai para além dos conceitos estereotipados da pessoa em cadeira de rodas, cega ou surda (Pereira et al., 2021), pode associar-se a condições de saúde relacionadas com doenças infecciosas, doenças crónicas não transmissíveis e situações de deficiência adquirida por acidentes de trabalho/rodoviários, violência, crises humanitárias, entre outros

(OMS, 2011).

O conceito de pessoa com mobilidade condicionada refere-se a pessoas que se deslocam em cadeira de rodas, que são incapazes de andar grandes distâncias, que apresentam compromisso sensorial ou que se encontram temporariamente limitadas. Fazem parte deste grupo grávidas, pessoas com carrinho de bebé, pessoas com deficiência visual com cão-guia, pessoas obesas, idosos com bengala/andador, pessoas com canadianas (Decreto-Lei nº163/2006, 2006).

A acessibilidade reporta para um conjunto de medidas que asseguram igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência, eliminando barreiras sociais, não somente físicas (Machado, 2017). A Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, que aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas, em Nova Iorque, em 30 de março de 2007, reafirma a necessidade de garantir o pleno gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais às pessoas com deficiência. No âmbito do conceito de acessibilidade estão agregadas várias dimensões, incluindo a dimensão arquitetónica, que se observa através das barreiras arquitetónicas no meio ambiente, que favorecem a restrição/limitação da atividade e de participação social.

No âmbito da acessibilidade arquitetónica, o EEER, tendo em conta o seu mandato social, deve capacitar as pessoas e seus cuidadores a impulsionar ambientes facilitadores à inclusão social. O enquadramento legal da acessibilidade em Portugal reporta para o Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de agosto, designado de Regime de Acessibilidade aos Edifícios e Estabelecimentos que Recebem Público, Via Pública e Edifícios Habitacionais.

O estágio foi uma oportunidade para demonstrar conhecimentos sobre esta legislação e normas técnicas promotoras da participação cívica, informando as pessoas com deficiência e seus familiares cuidadores sobre os seus direitos, aquisição de produtos de apoio e organizações não governamentais, encaminhando para outros profissionais, quando necessário. Como já referido anteriormente, o planeamento precoce da alta, quer nas instituições hospitalares como na comunidade, foi uma preocupação constante. Neste sentido, para a inclusão social, mostrou-se importante a identificação e a orientação na eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio, em locais de lazer, no trabalho, na educação, nos transportes, nos acessos a locais públicos e religiosos, tal como defende Pereira (2018). As atividades desenvolvidas neste sentido, prenderam-se essencialmente na avaliação e adaptação do ambiente familiar e redes de percurso aos espaços envolventes à habitação. Para além do contexto de estágio na comunidade, cuja avaliação e orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas era efetuada de forma concreta no domicílio da pessoa, houve a oportunidade no estágio na Unidade de Convalescença, que decorreu numa Unidade de Cuidados Continuados de um hospital privado, de realizar uma visita domiciliar, com o intuito de dar resposta à preparação da alta para integração da pessoa no domicílio. Desta forma, com a visita domiciliária efetuada, foi possível fazer uma avaliação real do meio ambiente onde a pessoa vai reingressar após a alta,

propondo alterações que favoreçam a sua segurança e autonomia.

Foram desenvolvidas intervenções no sentido de capacitar a pessoa e o prestador de cuidados sobre a adaptação da habitação para o autocuidado nos domínios do virar-se, erguer-se, transferir-se, sentar, cuidar da higiene pessoal, vestir-se/despir-se, andar e alimentar-se. Foram propostas alterações ao ambiente que proporcionassem a eliminação de barreiras arquitetónicas como escadas/degraus/rampas/mobiliário/corredores e portas de dimensões adequadas, desníveis, janelas/maçanetas/torneiras de difícil manuseio, piso inadequado, iluminação insuficiente e mobiliário com altura ou posição inadequadas. Desta forma, orientou-se para a aquisição de ajudas técnicas como cadeiras ou plataformas elevatórias, bancos de apoio, puxadores, rampas, corrimões, barras de apoio, entre outros. Houve a preocupação constante em gerir as circunstâncias ambientais que potenciem a ocorrência de efeitos adversos associados à alteração da funcionalidade, como as quedas, projeção de objetos/mobiliário não fixo, falta de espaço para facilitar a ajuda de outras pessoas, entre outros.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A enfermagem de reabilitação tem um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que têm por foco de atenção a manutenção de promoção do bem-estar, a qualidade de vida através da restauração da funcionalidade, a promoção do autocuidado, a prevenção de complicações e a maximização das capacidades (Regulamento nº 350/2015). A estratégia científica associada às etapas do processo de enfermagem, já anteriormente descrito, que se relaciona com o processo de tomada de decisão em enfermagem de reabilitação, permite o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019).

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação constam oito categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação e reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2019). Este é um instrumento importante para precisar o papel do EEER junto das pessoas que cuida, dos restantes profissionais e da sociedade civil, visando a natureza dos cuidados prestados e o mandato social da profissão (Gaspar et al., 2021).

A prática clínica dos EEER deve partir dos padrões de qualidade, em profunda articulação com as suas competências específicas (Martins et al., 2021). Desta forma, é preponderante a interação com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e desenvolvimento pessoal (descritivo de competência J3).

Nos diversos contextos de estágio foram concebidos e implementados programas de treino motor, cardíaco e respiratório (unidade de competência J3.1). A abordagem clínica do EEER, aparentemente redutora quando organizada nestas três áreas, é complexa, envolvendo sistematização e intencionalidade. Tendo como guia o método científico do processo de enfermagem, no decorrer do estágio foram elencadas as áreas de atenção/domínios para a enfermagem de reabilitação (e, portanto, no âmbito respiratório, musculoesquelético e cardiorrespiratório), recolhidos os dados relevantes, formulados os respetivos diagnósticos, implementadas intervenções, de acordo com os recursos existentes, e avaliados os respetivos resultados. No âmbito da componente neurológica a prática clínica incidiu particularmente em alguns domínios, como o da consciência, cognição, comunicação, percepção e sinestesia, movimento corporal (força muscular e movimento articular), paresia da face, tônus muscular, deglutição, equilíbrio, negligência unilateral, eliminação urinária e intestinal, sexualidade e autocuidado. No componente cardiorrespiratório na ventilação, dispneia, intolerância à atividade, limpeza da via aérea, autocuidado e autogestão da doença. A nível musculoesquelético na ventilação, movimento corporal, equilíbrio, autocuidado, adesão a precauções de segurança e andar com auxiliar de marcha e equilíbrio.

Em todos os contextos de estágio, houve oportunidade para desenvolver o planeamento de cuidados tendo em conta a melhor evidência científica, de acordo com as guidelines existentes, contando com as situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade que a prática clínica impõe. Tendo em conta a individualidade subjacente ao ser humano e os diferentes projetos de vida de cada pessoa, foram concebidos programas de treino motor, cardíaco e respiratório, através de ensino, instrução e treino de técnicas, com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua capacitação e à autogestão. De ressaltar que a promoção de estratégias inovadoras, reduzindo o risco clínico, visando a segurança da pessoa, sempre foi tida em conta durante este processo.

A avaliação e reformulação dos programas em função dos resultados esperados (unidade de competência J3.1), através da monitorização da sua implementação e dos seus resultados de acordo com os objetivos definidos, é fundamental. Neste sentido foram implementados cuidados de enfermagem de reabilitação com segurança e qualidade, tendo por alvo ações promotoras e preventivas que assegurem a capacidade funcional, evitem incapacidades (neurológicas, cardiorrespiratórias, ortotraumatológicas, entre outras) ou reduzam o impacto destas, prevenindo complicações (OE, 2018).

Atendendo que no âmbito das competências específicas, anteriormente explanadas, foi dado enfoque ao desenvolvimento do processo de tomada de decisão do EEER nos domínios da força muscular e do andar, em seguida será apresentada a sistematização da intervenção do EEER perante a pessoa idosa em condição de fragilidade física.

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA IDOSA EM CONDIÇÃO DE FRAGILIDADE FÍSICA INTERNADA EM CONTEXTO HOSPITALAR

Os domínios da força muscular e do andar são áreas sensíveis aos cuidados do EEER que, tendo em conta os marcadores fenotípicos da fragilidade física (Fried et al., 2001), concorrem para esta condição. Assim, no Módulo I foram delineados os objetivos gerais “c) desenvolver competências específicas do EEER no domínio da força muscular” e “d) desenvolver competências específicas do EEER no domínio do andar”. De seguida, são apresentados os respetivos objetivos específicos:

C1) Desenvolver competências específicas para identificar dados relevantes na pessoa com compromisso na força muscular.

C2) Desenvolver competências específicas para identificar diagnósticos na pessoa com compromisso na força muscular.

C3) Desenvolver competências específicas para identificar objetivos e prescrever intervenções na pessoa com compromisso na força muscular.

C4) Desenvolver competências específicas para implementar intervenções na pessoa com compromisso na força muscular.

C5) Desenvolver competências específicas para avaliar os resultados das intervenções implementadas.

D1) Desenvolver competências específicas para identificar dados relevantes na pessoa com compromisso no andar.

D2) Desenvolver competências específicas para identificar diagnósticos na pessoa com compromisso no andar.

D3) Desenvolver competências específicas para identificar objetivos e prescrever intervenções na pessoa com compromisso no andar.

D4) Desenvolver competências específicas para implementar intervenções na pessoa com compromisso no andar.

D5) Desenvolver competências específicas para avaliar os resultados das intervenções implementadas.

Com o intuito de sustentar a intervenção do EEER perante a pessoa idosa em condição de fragilidade na evidência científica, e decorrente da ausência de conhecimento sobre o

investimento dos EEER nesta área, optou-se por realizar uma scoping review.

Face ao referido, e tendendo ao atual perfil de pessoas hospitalizadas, nos contextos onde decorreram os estágios, emergiu como questão: quais as intervenções do enfermeiro de reabilitação na prevenção da fragilidade no idoso internado em contexto hospitalar?

Definiu-se como objetivo: mapear a evidência científica sobre as intervenções do enfermeiro de reabilitação na prevenção da fragilidade na pessoa idosa internada em contexto hospitalar.

A scoping review foi realizada segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute para revisões scoping e seguidos os Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), com registo na Open Science Framework (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/ADPEJ>).

Para definição dos critérios de elegibilidade foi seguido o quadro de referência Populations, Concept and Context, tendo sido incluídos estudos com idosos (Populations), que abordassem intervenções do enfermeiro/enfermeiro de reabilitação na prevenção do agravamento da fragilidade (Concept), no contexto do internamento hospitalar (Context). Na primeira fase realizou-se uma pesquisa na MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCO) para identificar artigos sobre o tema, assim como as palavras-chave e descritores para desenvolver a estratégia de pesquisa. Na segunda fase efetuou-se a pesquisa nas bases de dados: MEDLINE (PubMed), CINAHL (EBSCO), PEDro, RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e ProQuest Dissertations and Theses. Considerou-se literatura publicada e literatura cinzenta, em qualquer idioma e sem limitação temporal. Na terceira fase, foram consultadas as listas de referências das publicações incluídas, mas não foram encontrados estudos adicionais relevantes. Dois revisores independentes avaliaram os títulos e resumos seguindo os critérios de elegibilidade, e posteriormente, analisaram os estudos de forma integral, de acordo com os critérios de inclusão. A extração dos dados foi igualmente realizada por dois revisores independentes, que efetuaram uma síntese narrativa dos principais resultados.

Das 117 publicações identificadas, foram selecionadas 17 para leitura integral, das quais 13 foram incluídas nesta revisão. As restantes não foram incluídas por não atenderem aos critérios de inclusão, nem responderem à questão de investigação (Figura 1).

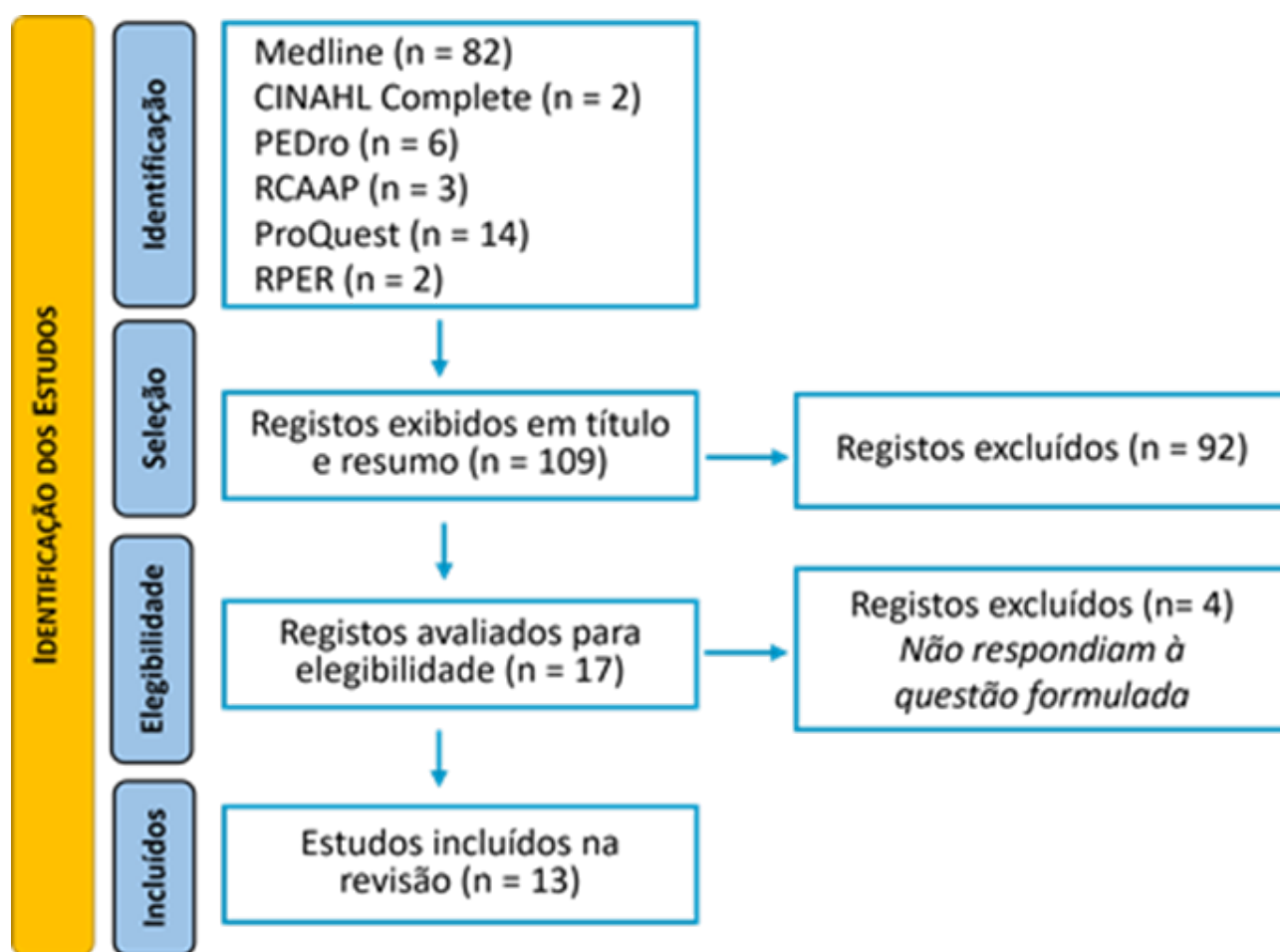


Figura 2: PRISMA expondo as fases da scoping review.

Da análise às publicações emergiram 4 áreas temáticas: 1) relevância da avaliação da condição de fragilidade; 2) Definição de planos de intervenção ajustados ao perfil das pessoas idosas frágeis; 3) Componentes dos programas de prevenção do agravamento da condição de fragilidade; 4) Estratégias para monitorização dos ganhos da implementação dos programas de prevenção do agravamento da condição de fragilidade.

Todas as publicações abordaram a importância da triagem e rastreio da fragilidade no momento da admissão das pessoas idosas através de instrumentos simples, validados e adequados ao contexto. Apesar dos diferentes modelos conceituais, é consensual entre os investigadores que o diagnóstico precoce e a definição de planos de intervenção individualizados e ajustados às necessidades das pessoas idosas previnem o agravamento da fragilidade, atendendo a que esta é progressiva, dinâmica e potencialmente modificável.

Embora as publicações incluídas deixem claro que as pessoas idosas hospitalizadas necessitam de um programa de reabilitação precoce, com vista à prevenção do agravamento da fragilidade, é escassa a evidência sobre as intervenções dos enfermeiros especialistas em enfermagem de

reabilitação. Assim, face ao crescente número de pessoas idosas internadas, e à relevância da intervenção, que empiricamente se conhece, dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação durante o internamento hospitalar dessas pessoas, torna-se fundamental o desenvolvimento e implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação nesta área.

Importa referir que os resultados desta scoping review foram divulgados em outubro de 2023 no II Congresso de Enfermagem de Reabilitação.

Atendendo à evidência científica descrita anteriormente, foi delineado um programa de enfermagem de reabilitação estruturado e adaptado à pessoa idosa em condição de fragilidade física internada em contexto hospitalar, com foco nos domínios da força muscular e do andar, áreas sensíveis à intervenção dos EEER. Prevê-se a adaptação dos exercícios à condição de saúde, às necessidades e capacidades da pessoa idosa, tanto em termos de intensidade, como complexidade e tipo de exercício. Devem ser desenhadas diferentes estratégias para uma intervenção direcionada às necessidades de cuidados identificadas, incluindo, se pertinente, a dupla tarefa, recursos sensitivos/visuais, dicas verbais/táteis, promovendo o envolvimento, a motivação e a adesão ao programa.

Para determinadas pessoas idosas, alguns exercícios podem não ser realistas à sua condição, como tal devem ser adaptados por forma a serem realizados, por exemplo, na posição de sentado, progredindo para a posição de pé à medida que a força, equilíbrio e função melhorem.

No âmbito do treino da força muscular, o programa prevê uma abordagem individualizada, periodizada e de carácter progressivo, segundo as diretrizes NSCA (2019) e ACSM (2021), incorporando exercícios músculo-articulares unilaterais e uniarticulares (particularmente importantes quando existem assimetrias profundas entre os membros, como é o caso de doentes com AVC), exercícios músculo-articulares bilaterais de cadeia cinética fechada com movimentos multiarticulares, exercícios músculo-articulares de potência (pliometria de baixo impacto e intensidade) e exercícios de treino resistido funcional. Sendo certo que a exercitação musculartoarticular resistida rapidamente desenvolve força muscular, em contrapartida, exercícios músculo-articulares sem carga pouco aumentam, tendo em consideração a condição clínico-funcional da pessoa, a exercitação musculartoarticular resistida nem sempre pode ser concretizada, sendo necessária uma progressão sequencial (isométrica, passiva, ativo-assistida, ativa, resistida).

No que concerne às intervenções no âmbito do treino do andar, estas centram-se no processo de análise observacional, utilizando o formulário de análise de marcha do corpo todo (Rancho Los Amigos Medical Center, 2001) e o Índice de Tinetti, de forma a identificar os desvios ao padrão normativo da marcha, que definem as respetivas correções necessárias. Desta forma, no programa estão necessariamente incorporados exercícios multicomponente (equilíbrio, agilidade, coordenação, mobilidade articular).

Atividades diagnósticas no âmbito do conhecimento e da capacidade da pessoa para executar os exercícios direcionados para as atividades de vida diária, intervindo no processo de prevenção de complicações no âmbito da transição saúde/doença, obviamente devem ser implementadas. De acordo com as necessidades identificadas, podem ser implementadas intervenções relativas ao ensino, à instrução e ao treino de estratégias adaptativas para a concretização de tais atividades, as quais estão implícitas em determinados exercícios do programa.

As sessões do referido programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa idosa em condição de fragilidade física internada em contexto hospitalar são compostas por cinco fases: a) exercícios músculo-articulares com a pessoa deitada, b) exercícios músculo-articulares com a pessoa sentada na cama com os pés apoiados no chão, c) exercícios músculo-articulares com a pessoa sentada na cadeira, d) exercícios músculo-articulares com a pessoa de pé, e) exercícios músculo-articulares com a pessoa a andar.

O programa deve ser realizado 2-3 vezes por semana. A progressão, em aumentos graduais no volume, intensidade e complexidade dos exercícios, relaciona-se com a tolerância individual e deve ser exclusiva para os objetivos específicos da pessoa.

No anexo 1 são apresentados os exercícios músculo-articulares que compõem o programa, a sua representação gráfica, respetiva prescrição e recursos necessários. No anexo 2, para facilitar a observação integral dos exercícios, aparece a sua esquematização em imagens.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A enfermagem de reabilitação, enquanto área específica de cuidar em Enfermagem, exige elevadas competências: científicas, técnicas, relacionais (Rebelo & Araújo, 2021). O EEER, pelo corpo de conhecimentos técnico-científicos, capacidades e habilidades que detém, atua em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº 140/2019).

Tendo em conta as mudanças socioculturais, económicas, políticas e os perfis demográficos e epidemiológicos da sociedade atual, subsiste a necessidade de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Silva et al. 2019). Cabe ao EEER estar preparado para dar resposta às necessidades de cuidados que decorrem do aumento da população idosa, do agravamento do seu índice de dependência e do aumento da prevalência das doenças de evolução prolongada (Regulamento 350/2015).

Perante a necessidade de adaptação dos EEER às exigências de cuidados e ao desenvolvimento dos conhecimentos técnico-científicos com base nos processos académicos, reconhece-se a necessidade de refletir sobre as competências dos EEER, aludidas no Regulamento nº 392/2019 (Gaspar et al., 2021).

No decorrer da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II” procurou-se objetivar o diagnóstico precoce e ações preventivas que assegurem as capacidades funcionais da pessoa, de forma a prevenir complicações e evitar incapacidades. As intervenções terapêuticas visaram melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. Tal como referido em capítulos anteriores, o EEER (I) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados; (II) capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; (III) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. Cada competência prevista no domínio da Enfermagem de Reabilitação visa a implementação e avaliação de planos e programas especializados, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade da pessoa cuidada e pessoas significativas.

No âmbito das competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019) inclui-se competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O regulamento nº350/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação é um instrumento essencial para a melhoria contínua destes

cuidados, servindo como referencial para uma prática especializada de enfermagem de reabilitação. Neste regulamento foram definidos oito enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidados, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem. Esta representação dos cuidados revela o papel do EEER junto dos clientes, outros profissionais, público e políticos.

Considerando as atuais tendências e necessidades de cuidados, e tendo em conta a especificidade do exercício profissional de enfermagem de reabilitação, revela-se particularmente estruturante para o alvo de intervenção do EEER – a pessoa com necessidades especiais no contexto em que encontra – a readaptação funcional, a reeducação funcional e a promoção da inclusão social. Nestes enunciados descritivos prevê-se, com base na procura permanente da excelência no exercício profissional, para além dos cuidados gerais, cuidados especializados em enfermagem de reabilitação que envolvem o planeamento, a conceção e implementação de planos e programas que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa, com vista ao seu desenvolvimento pessoal.

Neste contexto, procurou-se envolver não só a pessoa cuidada, mas também pessoas significativas, ensinando, instruindo e treinando, tendo em consideração os recursos existentes. No âmbito da reeducação funcional, os programas de reabilitação procuram contemplar a identificação das necessidades específicas da pessoa no âmbito da sua funcionalidade e dos fatores facilitadores e inibidores para a realização das atividades de vida diária de forma independente, sendo por isso importante a avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos decorrentes da transição saúde/doença. O planeamento e definição de metas elaborados em conjunto com a pessoa, em articulação e cooperação com a equipa multidisciplinar, visou promover a continuidade do processo.

A promoção da inclusão social da pessoa com deficiência e, especificamente, da pessoa fragilizada, procurou a otimização dos recursos da pessoa, família e comunidade, para o desenvolvimento e adoção de estratégias promotoras de inclusão, tanto na habitação, como no local de trabalho, nas oportunidades de educação, em suma, para sua reinserção e exercício de cidadania.

A regulamentação do exercício profissional é fundamental para o reconhecimento e o crescimento da enfermagem de reabilitação, pelo seu *core* de conhecimentos e competências próprias (Gaspar et al., 2021). Assim, a enfermagem de reabilitação é vista como imprescindível na área da reabilitação.

O EEER tem que se adaptar ao desenvolvimento tecnológico, socioeconómico e dos cuidados de saúde. Fomentado pelo este desenvolvimento, temos vindo a assistir a uma alteração sociodemográfica global, expressa pelo aumento da longevidade das populações humanas. Envelhecer faz parte do processo natural humano e este curso da passagem do tempo acarreta

mudanças fisiológicas e estruturais no organismo. Envelhecer, tende a ser encarado como um problema, na medida em que se vão instalando comorbilidades que podem comprometer a saúde e o bem-estar da pessoa. A pessoa com declínio das suas reservas fisiológicas e, portanto, com fragilidade, tem risco acrescido da sua resposta a um evento stressor ser exacerbada e, assim, risco à ocorrência de efeitos adversos (agravamento da mobilidade e da incapacidade nas atividades de vida diária, hospitalização, institucionalização ou até morte) (Gobbens, 2010).

O EEER, no âmbito das suas competências específicas, tem condições para tomar decisões centradas na promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação do potencial da pessoa. Na situação de fragilidade, segundo o fenótipo da fragilidade física, concorrem duas variáveis sensíveis aos cuidados do EEER, designadamente a força muscular e o andar. Procurou-se, portanto, desenvolver intervenções personalizadas e adequadas no âmbito destes domínios, de forma a interferir positivamente na condição de saúde da pessoa, prevenindo a fragilidade e minimizando o impacto das incapacidades porventura já instaladas.

Considera-se que foram atingidos os objetivos da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II” através de uma aprendizagem reflexiva que permitiu atualizar conhecimentos dentro do plano de estudos académico, incluindo novos saberes, capacidades tecnocientíficas, através dos desígnios centrados na restauração da autonomia e na promoção da qualidade de vida.

7. BIBLIOGRAFIA

Alcock, L., Vitória, R., Stuart, S., Rochester, L., & Pantall, A. (2023). Faster Walking Speeds Require Greater Activity from the Primary Motor Cortex in Older Adults Compared to Younger Adults. *Sensors. Basel* 23(15), 6921. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37571703/>

Alemseged, F., Rocco, A., Arba, F., Schwabova, J. P., Wu, T., Cavicchia, L., Ng, F., Ng, J. L., Zhao, H., Williams, C., Sallustio, F., Balabanski, A. H., Tomek, A., Parson, M. W., Mitchell, P. J., Diomedì, M., Yassi, N., Churilov, L., Davis, S. M., & Campbell, B. C. V. (2022). Posterior National Institutes of Health Stroke Scale Improves Prognostic Accuracy in Posterior Circulation Stroke, *Stroke*. 53(4), 1247-1255. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.120.034019>

Amaral, S. (2017). *Fragilidade Fenotípica em Idosos num Concelho do Distrito de Bragança*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança. Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14268>

American College of Sports Medicine. (2021). *Guidelines For Exercise Testing And Prescription*. 11th ed. Wolters Kluwer Health.

American Stroke Association (2023). *Together to End Stroke - Let's talk about stroke*. Encompass Health. <https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Risk-Factors/Lets-Talk-About-Risk-Factors-for-Stroke.pdf>

Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., Vollenbroek-Hutten, M., Germini, F., & Holland, C. (2017). Predicting risk and outcomes for frail older adults. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(4), 1154-1208. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003018>

Araújo, P., Soares, S., Ribeiro, O. & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Capítulo 12.1). Lidel - Edições técnicas, Lda.

Assembleia da República. (2009). Resolução da Assembleia da República nº56/2009 - Aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Diário da República, I série, nº 146-29.

Biancardi, C. M., Bona, R. L., & Lagos Hausheer, L. (2020). Locomoción humana: modelos y variables biomecánicas. *Pensar En Movimiento: Revista de Ciencias Del Ejercicio Y La Salud*,

18(2), e41360. <https://doi.org/10.15517/pensarmov.v18i2.41360>

Blackport, D., Ba, J., Singh, G., Pauli, M., Saikaley, J., Iruthayarajah, J., Donais, R., & Teasell. (2020). Chapter 13: Neglect and Visuospatial Disorders. *Clinician's Handbook EBRSR - Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*. http://www.ebrsr.com/sites/default/files/EBRSR_CH13_V20.pdf

Blanco-Reina, E., Aguilar-Cano, L., García-Merino, M. R., Ocaña-Riola, R., Valdellós, J., Bellido-Estévez, I., & Ariza-Zafra, G. (2021). Assessing Prevalence and Factors Related to Frailty in Community-Dwelling Older Adults: A Multinomial Logistic Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 10(16), 3576. <https://doi.org/10.3390/jcm10163576>

Berge, E., Whiteley, W., Audebert, H., Marchis, G. M., Fonseca, A. C., Padiglioni, C., Strbian, D., Tsvigoulis, G., Turc, G. (2021). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Eur Stroke J.*; 6(1), I-LXII. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33817340/>

Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67 (2), 206-207. <http://ptjournal.apta.org/content/67/2/206.long>

Castro, P., Mendonça, M., Abreu, P., Monteiro, M., & Silva, E. (2008). National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) International Initiative - versão portuguesa. *Sinapse*. 8 (1), 67-68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17258668/>

Coelho, T. F. M. (2015). *Modelo integral de fragilidade do idoso (do constructo à avaliação - Tilburg frailty indicator)* (Tese de douturamento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33504

Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Capítulo 12.1). Lidel - Edições técnicas, Lda.

Dewolf, A. H., Sylos-Labini, F., Cappellini, G., Dmitry Zhvansky, Willems, P. A., Yury Ivanenko, & Lacquaniti, F. (2021). Neuromuscular Age-Related Adjustment of Gait When Moving Upwards and Downwards. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34744664/>

Direção-Geral da Saúde (2004). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. [Tradução e revisão Amélia Leitão]. Lisboa: 2004. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física.

Direção-Geral da Saúde.

<https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pn-paf/relatorio-anual-20221.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2009). Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC): circular informativa nº 40A/DSPCD de 27/10/2009.

Direção-Geral de Saúde (2012). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação: circular normativa nº 054/2011 de 30/04/2012.

Direção-Geral da Saúde (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares: circular normativa nº 008/2019 de 09/12/2019.

Direção-Geral da Saúde (2019). Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários: circular normativa nº 014/2019 de 07/08/2019.

Direção Geral de Saúde (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto: circular normativa nº 015/2017 de 13/07/2017.

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2023). *Orientações para a elaboração do relatório de estágio da UC "Estágio de natureza Profissional com Relatório - Módulo II"*. (Documento publicado moodle da unidade curricular, Escola Superior de Enfermagem do Porto).

Escoura, B. J. (1998). Exercícios e manobras facilitadoras no tratamento de disfagias. *São Paulo: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica -Motricidade Oral e Fonoaudiologia Hospitalar*.

https://www.dialoguefono.com.br/upload/cursos_realizados/EXERCICIOS_E_MANOBRAS_FACILITADORAS.pdf

European Agency for Safety and Health at Work. (2020). Musculoskeletal disorders in the healthcare sector - *EU-OSHA*. Europa.eu. https://osha.europa.eu/sites/default/files/Discussion_paper_MSDs_in_health_care_sector.pdf

Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. (2018). The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(No16), 85–94. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388256613009/html/>

Faria, A. C. A., Martins, M. M. F. P. S., Aguilera, J. A. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Ventura-Silva, J. M. A. (2022). Construction and validation of a rehabilitation nursing program for fragile elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, e20210562. <https://www.scielo.br/j/reben/a/MJSDYWVH956CF7vNXfM74hh/?format=pdf&lang=pt>

Faria, A. C. A., Martins, M. M. F. P. S., Laredo-Aguilera, J. A., Ribeiro, O. M. P. L., Ventura-Silva, J. M. A., Fonseca, E. F., & Ferreira, L. J. M. (2022). Fatores relacionados à fragilidade

multidimensional em pessoas idosas. *Rev. Baiana Enferm*, <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1376470>

Faria, A. C. A., Martins, M. M. F. P. S., Laredo-Aguilera, J. A., Ribeiro, O. M. P. L., Ventura-Silva, J. M. A., Fonseca, E. F., & Flores, J. M. (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 6-14. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/46>

Faria, A. C. A., Martins, M. M. F. P. S., Laredo-Aguilera, J. A., Ribeiro, O. M. P. L., & Fonseca, L. J. M. (2021). Programas de exercício físico no domicílio dos idosos frágeis: revisão integrativa. *Enfermagem Brasil*, 20(5), 699-714. <https://doi.org/10.33233/eb.v20i5.4747>

Faria, A. D. C. A., Martins, M. M. F. P. S., Ribeiro, O. M. P. L., Ventura-Silva, J. M. A., Fonseca, E. F., Ferreira, L. J. M., Teles, P. J. F. C., Laredo-Aguilera, J. A. (2022). Multidimensional Frailty and Lifestyles of Community-Dwelling Older Portuguese Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14723-14723. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9691079/>

Filipe, C.D., Oliveira, H. L. M. A. O., Aguiar, C. C. P., Silva, F. V., Filho, N. J. B. A., Pinto, E. F., Valdivino, D. Y. A. S., Filipe, T. R. & Sengundo, V. H. O. (2015). Teste de uma repetição máxima: análise de duas metodologias. *Catussaba*, 4(2), 73 - 78. <file:///C:/Users/hhh/Downloads/931-Texto%20do%20artigo-4183-1-10-20150521.pdf>

Fleck, S. J. & Kraemer, W. J. (2017). Fundamentos do treinamento de força muscular. *Artmed*

Fragala, M. S., Cadore, E. L., Dorgo, S., Izquierdo, M., Kraemer, W. J., Peterson, M. D., & Ryan, E. D. (2019). Resistance Training for Older Adults: Position Statement From the National Strength and Conditioning Association. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 33(8), 2019-2052. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31343601/>

Fried, L., et al (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology*. volume 56, 146-156.

Fong, T. G., & Inouye, S. K. (2022). The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nature Reviews Neurology*, 18(18). <https://www.nature.com/articles/s41582-022-00698-7>

Fonseca, A. C., Merwick, Á., Dennis, M., Ferrari, J., Ferro, J. M., Kelly, P., Lal, A., Ois, A., Olivot, J. M., & Purroy, F. (2021). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack. *European Stroke Journal*, 6(2), V-V. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34414306/>

Gaspar, L., Loureiro, M. & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Capítulo 2). Lidel - Edições técnicas, Lda.

- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., Schols, J. M. (2010) Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58(2):76-86. [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(09\)00188-2/abstract](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(09)00188-2/abstract)
- Gueugnon, M., Stapley, P. J., Gouteron, A., Lecland, C., Morisset, C., Casillas, J.-M., Ornetti, P., & Laroche, D. (2019). Age-Related Adaptations of Lower Limb Intersegmental Coordination During Walking. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31380364/>
- Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2011). *Tratado de Fisiologia Médica*. 12ª Edição. Elsevier Editora Ltda.
- Hennah, C., & Doumas, M. (2023). Dual-task walking on real-world surfaces: Adaptive changes in walking speed, step width and step height in young and older adults. 177, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37160198/>
- Hirano, I. & Kahrilas, P. J. (2017). Dysphagia. In D. Kasper et al., *Harrison's principles of internal medicine*, 19th edition (capítulo 53). AMGH Editora Ltda.
- Homagain, A. & Martens, E. (2023). *Emotional states affect steady state walking* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10501668/>
- Hofheinz, M., & Mibs, M. (2016). The Prognostic Validity of the Timed Up and Go Test With a Dual Task for Predicting the Risk of Falls in the Elderly. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2, 233372141663779. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28138492/>
- Homem, F. B., Caetano, A. P. M., Reveles, A. F., Martins, A. I. F., Sousa, J. P. Rodrigues, L. M. M. A. & Azevedo, T. S. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. Ordem dos Enfermeiros, 2ª edição. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>
- House, J. W., & Brackmann, D. E. (1985). *Facial Nerve Grading System*. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 93(2), 146-147. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3921901/>
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Censos 2021 – Divulgação dos Resultados Definitivos. Acesso aberto. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Tábuas de Mortalidade em Portugal. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=594474380&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2023). Causas de morte 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=5944

17880&DESTAQUESmodo=2

Jung, H., Kim, M., Lee, Y., & Won, C. W. (2020). Prevalence of Physical Frailty and Its Multidimensional Risk Factors in Korean Community-Dwelling Older Adults: Findings from Korean Frailty and Aging Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7883. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217883>

Kimura, S., Toyoda, K., Yoshimura, S., Minematsu, K., Yasaka, M., Paciaroni, M., Werring, D. J., Yamagami, H., Nagao, T., Yoshimura, S., Polymeris, A., Zietz, A., Engelter, S. T., Kallmünzer, B., Cappellari, M., Chiba, T., Yoshimoto, T., Shiozawa, M., Kitazono, T., & Koga, M. (2022). Practical “1-2-3-4-Day” Rule for Starting Direct Oral Anticoagulants After Ischemic Stroke With Atrial Fibrillation: Combined Hospital-Based Cohort Study. *Stroke*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35105180/>

Lara, L. da M., Araujo, N. N. F. de, Pinto, C. M. N., Caldas, A. G. de S., Gomes, R. C., Caldeira, L. A., Castilho, M. A. B. dos S., Lopes, R. A. P., Callegari, N. L. R., Gravina, C. F., & Savioli Neto, F. (2021). Anticoagulação oral em idosos: complicações e risco de queda. *Arq. Bras. Cardiol*, 107-107. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/en%20biblio-1348638>

Leão, R. (2022). *Disfagia – Receitas adaptadas com cor e sabor*. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE.

Lee, M., Son, J., Kim, J., & Yoon, B. (2015). Individualized feedback-based virtual reality exercise improves older women's self-perceived health: a randomized controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics*, 61(2), 154-160. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.010>

Liberali, R. & Vieira, S. A. P. (2016). *Cinesiologia e biomecânica*. Uniasselvi. <https://www.uniasselvi.com.br/extranet/layout/request/trilha/materiais/livro/livro.php?codigo=21892>

Lim, Y. P., Lin, Y.-C., & Pandy, M. G. (2022). Lower-limb muscle function in healthy young and older adults across a range of walking speeds. *Gait & Posture*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35305479/>

Lopes, M. (2021). *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados*. Imprensa da Universidade de Évora. <https://imprensa.uevora.pt/uevora/catalog/book/24>

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (Capítulo 12.1). Lidel – Edições técnicas, Lda.

Marcucci, M., Damanti, S., Germini, F., Apostolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Gwyther, H., Holland, C., Kurpas, D., Bujnowska-Fedak, M., Szwamel, K., Santana, S., Nobili, A., D’Avanzo, B., & Cano, A. (2019). Interventions to prevent, delay or reverse frailty in older people: a journey towards

- clinical guidelines. *BMC Medicine*, 17(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31660959/>
- Machado, W. C. A. (2017). *O cotidiano na perspectiva da pessoa com deficiência*. Curitiba: CRV Editora.
- Merchant, R. A., Morley, J. E., & Izquierdo, M. (2021). Exercise, Aging and Frailty: Guidelines for Increasing Function. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25(4), 405-409. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-021-1590-x>
- Marques, R., Ribeiro, I & Costa, M. A. (2021). Enfermagem de reabilitação em Portugal: uma história contada ao contrário! In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (Capítulo 1). Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Marques, R., Pocinho, R., Gordo, S., & Póvoa, V. (2022). O poder das sensações - a importância da estimulação na pessoa idosa. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 1, 17-25. <https://www.riagejournal.com/index.php/riage/article/view/18/16>
- Mateus, S. M. F. (2015). *Acidente vascular cerebral: fatores de risco, exames imagiológicos e repercussões económicas*. (Tese de doutoramento, Universidade de Évora). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/16842>
- Matos, M., Cardoso, R., Coisinha, S., Silveira, S., Lotra, V. & Fonseca, C. (2017). Medidas não farmacológicas na pessoa com dor: resultados sensíveis da intervenção dos enfermeiros - Revisão Sistemática da Literatura. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 3(3) 1196-1216. https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/viewFile/242/378
- Maxey, L. & Ghilarducci, M. (2013). Rotator Cuff Repair and Rehabilitation. In L. Maxey & J. Magnusson, *Rehabilitation for the postsurgical orthopedic patient* (73-98). Elsevier Inc.
- McCullough, G., Pelletier, C., & Steele, C. (2003). National Dysphagia Diet: What to Swallow? *The ASHA Leader*, 8(20), 16-27. <https://doi.org/10.1044/leader.ftr3.08202003.16>
- McKay, M. J., Baldwin, J. N., Ferreira, P., Simic, M., Vanicek, N., Burns, J., & Consortium, F. the 1000 N. P. (2017). Reference values for developing responsive functional outcome measures across the lifespan. *Neurology*, 88(16), 1512-1519. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28330961/>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Lusodidata.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: na emergig middle-range theory*. *Advances in nursing science*, 23(1): 12-28.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) da Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Morley, J., et al. (2013). Frailty Consensus: A Call to Action. *American Medical Directors Association, Inc.* 14(6): 392-397. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23764209/>

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 2(9), 10-16. <https://ciencia.ucp.pt/en/publications/novos-valores-normativos-do-mini-mental-state-examination>

North American Nursing Diagnosis Association International (2021). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA - I: Definições e Classificação - 2021-2023*. Artmed

Nobre, A. F. B. (2017). *A reabilitação das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em saúde*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1924/1/Ana_Nobre.pdf

Ody, E. & Norris, M. (2017). *Anatomy & Physiology For Dummies*. John Wiley & Sons Inc.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Cadernos OE, série 1, número 7. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

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

Organização Mundial de Saúde. (2011). *Relatório mundial sobre a deficiência*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/9788564047020_por.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/338677>.

Organização Mundial de Saúde. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial de Saúde. (2021). *Step Safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. (2005). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Unesco https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

Pelicioni, P. H. S., Pereira, M. P., Lahr, J., Gobbi, L. T. B. (2015). Análise cinética e cinemática do levantar e andar em jovens e idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 3(3), 237-244, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0101328915000554>

Pereira, R. S., Martins, M. M. & Machado, W. C. A. (2021). Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência: o caminho para a inclusão social. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (Capítulo 18). Lidel – Edições técnicas, Lda.

Pereira, R. S. (2018). *Autarquias inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas* (dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23040>

Pereira, S. C. A. (2014). *Formulário de avaliação da dependência no autocuidado - versão reduzida*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9737/1/Formul%C3%A1rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Depend%C3%Aancia%20no%20Autocuidado%20-%20Vers%C3%A3o%20Reduzida.pdf>

Perry, J. (2005). *Análise de Marcha Volume III - Sistemas de Análise de Marcha*. Manole.

Petiz, E. (2002) *A atividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos institucionalizados*. (Tese de Mestrado, não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto).

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (Capítulo 9). Lidel – Edições técnicas, Lda.

Pina, J. A. E. (2017). *Anatomia Humana da Locomoção*. Lidel.

Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The timed Up & Go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.*, 39(2): 142-148. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1991946/>

Porto, J. M., Iosimuta, N. C. R., Coelho, A. C., & Abreu, D. C. C. de. (2019). Recomendações para prescrição de dispositivos auxiliares da marcha em idosos. *Acta Fisiátrica*, 171-175. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1122791>

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M.,

- Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic stroke: a Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12). <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>
- Raîche, M., Hebert, R. and Dubois, M.F. (2008) Prisma-7: A Case Finding Tool to Identify Older Adults with Moderate to Severe Disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.06.004>
- Rancho los Amigos Medical Center (1981). *Observational Gait Analysis Handbook*. Downey, CA.
- Rebelo, M. (2019). *Promover o envelhecimento ativo: o desafio da institucionalização sob o olhar do enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/30422>
- República Portuguesa (1996). Regulamento nº 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República*, n.º 205/1996 – Série I. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- República Portuguesa (2015). Regulamento nº 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República*, n.º 181/2019 – Série I. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- República Portuguesa (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República* nº26/2019- Série II. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- República Portuguesa (2019). Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio. *Diário da República* nº85/2019- Série II. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Rebelo, L. & Araújo, T. (2021). Posfácio. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (711-713). Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Rivas-Ruiz, F., Mónica Machón, Contreras-Fernández, E., Kalliopi Vrotsou, María Padilla-Ruiz, Isabel, A., Yolanda, & Vergara, I. (2019). Prevalence of frailty among community-dwelling elderly persons in Spain and factors associated with it. *European Journal of General Practice*, 25(4), 190–196. <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1635113>
- Ribeiro, O., Faria, A. & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados em enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (Capítulo 8). Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Professional nursing practice grounded in the theoretical framework of the discipline: reality or utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (19), 39–48. <https://doi.org/10.12707/riv18040>
- Ribeiro, O., Moura, M. I. & Ventura, J. (2021). Referenciais teórico orientadores do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação! In O. Ribeiro,

Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas (Capítulo 7). Lidel – Edições técnicas, Lda.

Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., Mitnitski, A. (2005) A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. 173(5):489-95. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>

Rocha, R. S., Freitas, J., Ramalho, F., Couto, F., Apóstolo, J. (2016). *Programa de exercício físico para o idoso com fragilidade – manual de apoio*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://mind-gait.esenfc.pt/mindgait/physical-exercise/1/showContent>

SantAnna, J. P. C., Pedrinelli, A., Hernandez, A. J., & Fernandes, T. L. (2022). Lesão muscular: Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 57(1). <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731417>

Santiago, L. M., Silva, R., Velho, D., Rosendo, I., & Simões, J. (2020). Cross-cultural adaptation and validation of the PRISMA-7 scale for European Portuguese. *Family Medicine & Primary Care Review*, 22(1), 59–66. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/10248>

Santos, M., Almeida, A., Garrido, R. (2021). Dinamometria - sabemos o suficiente para a utilizar adequadamente na Saúde Ocupacional? *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional. Volume 11*, 1 - 22 . <https://www.rpso.pt/dinamometria-sabemos-o-suficiente-para-a-utilizar-adequadamente-na-saud-e-ocupacional/>

Saxena, M., Young, P., Pilcher, D., Bailey, M., Harrison, D., Bellomo, R., Finfer, S., Beasley, R., Hyam, J., Menon, D., Rowan, K., & Myburgh, J. (2015). Early temperature and mortality in critically ill patients with acute neurological diseases: trauma and stroke differ from infection. *Intensive Care Medicine*, 41(5), 823–832. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-015-3676-6>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., Bettencourt, M. (2019). Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 35-44. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebelo-9/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao/links/5dd11c724585156b35198614/Contributos-do-referencial-teorico-de-Afaf-Meleis-para-a-Enfermagem-de-Reabilitacao.pdf

Silva, J. L. M. M. (2017). *A criação um Programa de Atividades para Reabilitar Doentes com Alzheimer*. (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22223/1/Joana%20Leontina%20Melo%20Moreira%2>

Oda%20Silva.pdf

Smith, W. S., Johnston, S. C., Hemphill, J. C. (2018). Cerebral vascular diseases. In D. Kasper et al., *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 20th ed. (Capítulo 446). McGraw Hill.

Tábuas-Pereira, M., Freitas, S., Beato-Coelho, J., Ribeiro, J., Parra, J., Martins, C., Silva, M., Matos, M. A., Nogueira, A. R., Silva, F., Sargento-Freitas, J., Cordeiro, G., Cunha, L., & Santana, I. (2018). Aphasia Rapid Test: Estudos de Tradução, Adaptação e Validação para a População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 31(5), 265. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9090/5429>

Teasell, R., Hussein, N., Iruthayarajah, J., Saikaley, M., Longval, M. & Viana, R. (2020). Stroke Rehabilitation Clinician's Handbook. *EBRSR - Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*. <http://www.ebrsr.com/clinician-handbook>

Turc, G., Bhogal, P., Fischer, U., Khatri, P., Lobotesis, K., Mazighi, M., Schellinger, P. D., Toni, D., Vries, J., White, P., Fiehler, J. (2023). European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. *J Neurointerv Surg*. 15(8):e8. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30808653/>

Turc, G., Bhogal, P., Fischer, U., Khatri, P., Lobotesis, K., Mazighi, M., Schellinger, P. D., Toni, D., de Vries, J., White, P., & Fiehler, J. (2019). European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. *Journal of NeuroInterventional Surgery*, 2018-014569. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30808653/>

Vaughn, S., Rye, J., Allen, A., Bok, A., Mauk, K., Park, L., Pierce, L., & Wintersgill Holler, W. (2022). Inside Looking Out. Rehabilitation Nursing, *Publish Ahead of Print*. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000397>

Wafa, H. A., Wolfe, C. D. A., Emmett, E., Roth, G. A., Johnson, C. O., & Wang, Y. (2020). Burden of Stroke in Europe. *Stroke*, 51(8), 2418-2427. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32646325/>

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American stroke association. *Stroke*, 47(6). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27145936/>

Zhai, M., Huang, Y., Zhou, S., Jin, Y., Feng, J., Pei, C., Wen, L., & Wen's, L. (2023). Effects of age-related changes in trunk and lower limb range of motion on gait. 24(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36978129/>

Zhang, J., Liu, Z., Liu, Y., & Ye, L. (2021). Exercise interventions for older people at risk for frailty. *Medicine*, 100(20), e25940. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8137036/>

8. ANEXOS

Anexo I

EXERCÍCIOS MÚSCULO-ARTICULARES COM A PESSOA DEITADA

Exercício: Ponte

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; progressão através de aumentos graduais de volume (NSCA, 2019).

Recursos: Cama/maca.

Exercício: Dissociação da cintura pélvica.

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; progressão através de aumentos graduais de volume (NSCA, 2019).

Recursos: Cama/maca.

Exercício: Elevação do tronco com carga no cotovelo.

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições (NSCA, 2019), deve, porém, estar de acordo com as intervenções de instrução/treino do levantar-se e sentar-se na cama, no âmbito do potencial para melhorar a capacidade.

Recursos: Cama/maca.

EXERCÍCIOS MÚSCULO-ARTICULARES COM A PESSOA SENTADA NA CAMA COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO

Exercício: Inclinação lateral (esquerda e direita) do tronco

Representação gráfica:





Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries (NSCA, 2019), com progressão sequencial (com apoio de braços, sem apoio de braços, segurando halteres).

Recursos: Cama/maca, halteres.

Exercício: Flexão (anterior e posterior) do tronco

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries (NSCA, 2019), com progressão sequencial (com apoio de braços, sem apoio de braços, segurando halteres).

Recursos: Cama/maca, halteres.

EXERCÍCIOS MÚSCULO-ARTICULARES COM A PESSOA SENTADA NA CADEIRA/CADEIRÃO

Exercício: Flexão/extensão dos cotovelos

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade progressiva, iniciando com 20-30% de 1RM e progredindo até 80% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, iniciar leve (2-4), progredir para moderada (5-6) a vigorosa (7-8)] (ACSM, 2021), aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Halteres, cadeira/cadeirão, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Flexão/extensão dos ombros

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade progressiva, iniciando com 20-30% de 1RM e progredindo até 80% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, iniciar leve (2-4), progredir para moderada (5-6) a vigorosa (7-8)] (ACSM, 2021), aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Halteres, cadeira/cadeirão, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Hiperextensão/extensão dos ombros

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade progressiva, iniciando com 20-30% de 1RM e progredindo até 80% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, iniciar leve (2-4), progredir para moderada (5-6) a vigorosa (7-8)] (ACSM, 2021), aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Halteres, cadeira/cadeirão, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Abdução/adução dos ombros

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade progressiva, iniciando com 20-30% de 1RM e progredindo até 80% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, iniciar leve (2-4), progredir para moderada (5-6) a vigorosa (7-8)] (ACSM, 2021), aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Halteres, cadeira/cadeirão, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Abdução/adução dos ombros, com flexão dos ombros e cotovelos a 90°.

Representação gráfica:

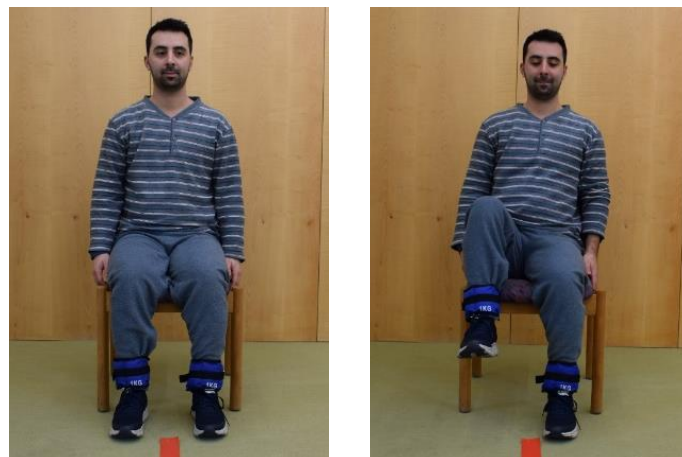


Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade progressiva, iniciando com 20-30% de 1RM e progredindo até 80% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, iniciar leve (2-4), progredir para moderada (5-6) a vigorosa (7-8)] (ACSM, 2021), aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Halteres, cadeira/cadeirão, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Flexão/extensão da anca

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade progressiva, iniciando com 20-30% de 1RM e progredindo até 80% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, iniciar leve (2-4), progredir para moderada (5-6) a vigorosa (7-8)] (ACSM, 2021), aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Perneiras, cadeira/cadeirão, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Flexão/extensão do joelho

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade progressiva, iniciando com 20-30% de 1RM e progredindo até 80% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, iniciar leve (2-4), progredir para moderada (5-6) a vigorosa (7-8)] (ACSM, 2021), aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Perneiras, cadeira/cadeirão, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Push-up.

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; aumentos graduais de volume (NSCA, 2019).

Recursos: Cadeira/cadeirão.

Exercício: Levantar e sentar.

Com dupla tarefa motora: aplicar molas num suporte colocado em alcance funcional.

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; aumentos graduais de volume e complexidade do exercício (NSCA, 2019), adicionando, se oportuno, a dupla tarefa motora.

Recursos: Cadeira/cadeirão, molas, suporte.

EXERCÍCIOS MÚSCULO-ARTICULARES COM A PESSOA EM PÉ

Exercício: Abdução/adução da anca

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade progressiva, iniciando com 20-30% de 1RM e progredindo até 80% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, iniciar leve (2-4), progredir para moderada (5-6) a vigorosa (7-8)] (ACSM, 2021), aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Perneira, cadeira/cadeirão.

Exercício: Flexão plantar/dorsiflexão da tibiotársica

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade progressiva, iniciando com 20-30% de 1RM e progredindo até 80% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, iniciar leve (2-4), progredir para moderada (5-6) a vigorosa (7-8)] (ACSM, 2021), aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Perneira, cadeira/cadeirão.

Exercício: Lançamento de bola medicinal para o chão com flexão dos joelhos

Representação gráfica:



Prescrição: 8-10 repetições em alta velocidade; intensidade baixa a moderada, ou seja, 30-60% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, leve (3-4), progredir para moderada (5-6)] (ACSM, 2021); aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Bola medicinal.

Exercício: Lançamento de bola medicinal acima da cabeça contra a parede

Representação gráfica:



Prescrição: 8-10 repetições em alta velocidade; intensidade baixa a moderada, ou seja, 30-60% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, leve (3-4), progredir para moderada (5-6)] (ACSM, 2021); aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Bola medicinal.

Exercício: Lançamento de bola medicinal lateralmente com rotação do tronco

Representação gráfica:



Prescrição: 8-10 repetições em alta velocidade; intensidade baixa a moderada, ou seja, 30-60% de 1RM (NSCA, 2019) [alternativamente, na Escala de Borg, leve (3-4), progredir para moderada (5-6)] (ACSM, 2021); aumentos graduais de volume e intensidade.

Recursos: Bola medicinal.

Exercício: Transpor linha marcada no chão em frente aos pés, avançando um membro inferior, procedendo ao processo de aceitação do peso e apoio com um membro. Retornar à posição inicial e repetir com o outro membro.

Com dupla tarefa motora: na fase de apoio, agarrar com as duas mãos a bola que se encontra na mesa em frente.

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições. Aumentar a complexidade do exercício adicionando, se oportuno, dupla tarefa motora, substituído a linha por um obstáculo, aumentando a distância entre o pé e a linha. Progredir de acordo com os dados relevantes do compromisso do andar, instruindo e treinando as correções necessárias ao ciclo da marcha.

Recursos: Fita para demarcar linha, bola, obstáculo, mesa.

Exercício: Subir degrau colocado em frente aos pés, avançando um membro inferior, procedendo ao processo de aceitação do peso e apoio com um membro.

Em dupla tarefa motora: segurar a bola com as duas mãos e realizar flexão dos ombros na subida do degrau.

Representação gráfica:



Prescrição: 8-12 repetições. Progredir de acordo com os dados relevantes do compromisso do andar, instruindo e treinando as correções necessárias ao ciclo da marcha, adicionando, se oportuno, a dupla tarefa motora ou a transposição do degrau).

Recursos: Degrau, bola.

EXERCÍCIOS MÚSCULO-ARTICULARES COM A PESSOA A ANDAR

Exercício: Timed-up-and-go (TUG) adaptado: utilizar circuito para instrução e treino do andar.

Com dupla tarefa motora: andar com rotação cervical (“ver as montras da loja”), segurando sacos com pesos (“carregar as compras”), segurando um copo com água sem verter.

Com dupla tarefa cognitivo-motora: manter comunicação verbal durante o percurso, solicitar a contagem dos passos, entre outros.

Representação gráfica:



Prescrição: 1 repetição. Aumentar a complexidade do exercício adicionando, se oportuno, dupla tarefa motora ou dupla tarefa cognitivo-motora. Progredir de acordo com a condição clínico-funcional da pessoa e os dados relevantes do compromisso do andar, instruindo/treinando as correções necessárias ao ciclo da marcha.

Recursos: Fita para demarcar distância de 3 metros, cone, cadeira/cadeirão, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Contornar obstáculos, percorrendo o circuito do TUG.

Em dupla tarefa motora: realizar movimentos com os membros superiores, tais como transferir a bola de uma mão para a outra, colocar a bola por cima da cabeça ou passar a bola em torno da cintura.

Representação gráfica:



Prescrição: 1 repetição. Aumentar a complexidade do exercício adicionando, se oportuno, dupla tarefa motora. Progredir de acordo com a condição clínico-funcional da pessoa e os dados relevantes do compromisso do andar, instruindo/treinando as correções necessárias ao ciclo da marcha.

Recursos: Cones de demarcação, bola, espelho quadriculado (idealmente)

Exercício: Andar lateralmente sobre linha delimitada no chão, utilizando o circuito do TUG.

Representação gráfica:





Prescrição: 1 repetição. Progredir com marcha em linha, posterior, em calcanhares, em “bicos de pé”, acordo com a condição clínico-funcional da pessoa e os dados relevantes do compromisso do andar, instruindo/treinando as correções necessárias ao ciclo da marcha.

Recursos: Fita para demarcar distância, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Arrastar com o pé os cones dispostos em linha para junto dos outros paralelamente colocados, percorrendo o circuito do (TUG).

Representação gráfica:



Prescrição: 1 repetição. Progredir de acordo com a condição clínico-funcional da pessoa e os dados relevantes do compromisso do andar, instruindo/treinando as correções necessárias ao ciclo da marcha.

Recursos: Cones de demarcação, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Andar em demarcações, percorrendo o circuito do TUG.

Em dupla tarefa motora: segurar a bola com as mãos.

Em dupla tarefa cognitiva: solicitar a identificação da cor da demarcação que pretende que seja pisada, entre outros.

Representação gráfica:



Prescrição: 1 repetição. Aumentar a complexidade dilatando a distância entre os círculos e, se oportuno, adicionando a dupla tarefa motora ou dupla tarefa cognitivo-motora. Progredir de acordo com os dados relevantes do compromisso do andar, instruindo/treinando as correções necessárias ao ciclo da marcha.

Recursos: Círculos de agilidade/tapete de atividades (ou semelhante), bola, espelho quadriculado (idealmente).

Exercício: Subir e descer escadas.

Com dupla tarefa cognitivo-motora: manter comunicação verbal durante o percurso, solicitar a contagem dos passos, entre outros.

Representação gráfica:



Prescrição: 1 lanço de escadas. Aumentar a complexidade adicionando, se oportuno, a dupla tarefa cognitivo-motora. Progredir de acordo com os dados relevantes do compromisso do andar, instruindo/treinando as correções necessárias ao ciclo da marcha.

Recursos: Escadas.

Instrumentos/recursos que permitem avaliar os resultados das intervenções	– Dinamometria; – Avaliação da força muscular pela Escala de Medical Research Council (1943); – Formulário de análise de marcha do corpo todo (Rancho Los Amigos Medical Center, 2001); – Timed up and go test (Podsiadlo & Richardson, 1991); – Sit-to-stand test (McKay et al., 2017), – Cronometragem; – Índice de Tinetti (Petiz, 2002); – Critérios de fragilidade de Fried (Fried et al., 2001); – Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (Pereira, 2014); – Índice de Barthel (DGS, 2011); – Medida de Independência Funcional (DGS, 2011).
Instrumentos que permitem avaliar a tolerância aos exercícios	– Escala de Borg (DGS, 2009); – Teste de uma repetição máxima (Felipe et al., 2015).

Recursos espaciais	Limites da área disponível para o programa, com área livre de materiais no chão, garantindo piso seguro no decorrer da intervenção.
---------------------------	---

Anexo II

Ponte



Dissociação da cintura pélvica



Elevação do tronco com carga no cotovelo



Inclinação lateral (esquerda e direita) do tronco



Flexão tronco



Flexão/extensão do cotovelo



Hiperextensão/extensão dos ombros



Abdução/adução dos ombros



Abdução/adução dos ombros

com flexão
dos ombros
e cotovelos a 90°
(peitorais)



Flexão/extensão da anca



Flexão/extensão do joelho



Push-up



Levantar e sentar



Nota: Com dupla tarefa motora: aplicar molas num suporte colocado em alcance funcional.

Abdução/adução da anca



Flexão plantar/dorsiflexão da tibiotársica

Lançamento de bola medicinal para o chão com flexão dos joelhos



Lançamento de bola medicinal acima da cabeça contra a parede



Lançamento de bola medicinal lateralmente com rotação do tronco



Transpor linha marcada no chão em frente aos pés, avançando um membro inferior, procedendo ao processo de aceitação do peso e apoio com um membro e retornar à posição inicial e repetir com o outro membro

Com dupla tarefa motora: na fase de apoio, agarrar com as duas mãos a bola que se encontra na mesa em frente



Subir degrau colocado em frente aos pés, avançando um membro inferior, procedendo ao processo de aceitação do peso e apoio com um membro

Em dupla tarefa motora: segurar a bola com as duas mãos e realizar flexão dos ombros na subida do degrau.



Timed-up-and-go (TUG) adaptado: utilizar circuito para instrução e treino do andar



Com dupla tarefa motora: andar com rotação cervical ("ver as montras da loja"), segurando sacos com pesos ("carregar as compras"), segurando um copo com água sem verter.
Com dupla tarefa cognitivo-motora: por exemplo, manter comunicação verbal durante o percurso, solicitar a contagem dos passos.

Contornar obstáculos, percorrendo o circuito do TUG

Em dupla tarefa motora: realizar movimentos com os membros superiores, tais como transferir a bola de uma mão para a outra, colocar a bola por cima da cabeça ou passar a bola em torno da cintura.



Andar lateralmente sobre linha delimitada no chão e progredir com marcha em linha, em calcanhares e em bicos de pés, utilizando o circuito do TUG



Arrastar com o pé os cones dispostos em linha para junto dos outros paralelamente colocados, percorrendo o circuito do (TUG)



Andar em demarcações, percorrendo o circuito do TUG

Em dupla tarefa motora: segurar a bola com as mãos.
Em dupla tarefa cognitiva: por exemplo, solicitar a identificação da cor da demarcação que pretende que seja pisada.



Subir e descer escadas

Com dupla tarefa cognitivo-motora: por exemplo, manter comunicação verbal durante o percurso, solicitar a contagem dos passos.

