



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional**

**Patrícia Isabel Lopes do Nascimento Rodrigues**

Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

*Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional**

**Patrícia Isabel Lopes do Nascimento Rodrigues**

Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**Júri das Provas Públicas:**

Presidente de Júri: Maria Alice Góis Ruivo

Arguente: César João Vicente da Fonseca

Orientador: Eugénia Nunes Grilo

Setúbal, 2023

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Eugénia Grilo pelo seu incentivo e orientação em principal no final desta jornada formativa.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que me receberam nas suas equipas e que me orientaram nos Ensinos Clínicos; sem dúvida contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Aos meus colegas de trabalho por toda a força, palavras de incentivo e motivação.

À minha companheira de viagem, Mónica Pinto, sem ti teria sido bem menos divertido!

À minha família.

E por fim, um obrigada muito especial aos “meus” três homens, ao grande e aos dois pequeninos.

## RESUMO

A capacidade funcional das pessoas pode deteriorar-se com a alteração do equilíbrio corporal, um processo complexo que pode ser influenciado, entre outros fatores, pela idade e pela presença de patologias. Numa sociedade tendencialmente mais envelhecida, as alterações no equilíbrio corporal tornam-se cada vez mais frequentes e incapacitantes. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação têm um papel fundamental na capacitação das pessoas de forma a maximizar a sua funcionalidade, contribuindo para a sua independência funcional.

Este trabalho tem como objetivos descrever o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem, assim como descrever os contributos dos cuidados dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na capacitação para o equilíbrio corporal e os ganhos na capacidade funcional em pessoas internadas nos contextos da prática do Estágio Final.

Foi elaborado um projeto de intervenção com a metodologia investigação-ação aplicado a pessoas internadas nos contextos da prática do Estágio Final. Foram avaliados e descritos neste relatório quatro estudos de caso com foco no equilíbrio corporal.

Em geral, constatou-se a melhoria do equilíbrio corporal nas pessoas, tendo melhorado também a sua capacidade funcional durante a realização das suas atividades de vida diária. Contudo, é de salientar que o processo de reabilitação é complexo e requer continuidade, e o seu sucesso requer o envolvimento de pacientes e cuidadores/famílias, e a intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação integrados numa equipa multidisciplinar.

**Palavras chave:** Equilíbrio Corporal; Enfermagem em Reabilitação; Independência Funcional

## ABSTRACT

People's functional capacity can deteriorate with changes in postural balance, a complex process that can be influenced, among others, by age or pathologies. In an increasingly aging society, changes in postural balance become more and more frequent and disabling. Specialist nurses in rehabilitation nursing have a fundamental role in training people to maximize their functionality, contributing to their functional independence.

The objective of this work is to describe the process of development and acquisition of competences of specialist nurses in rehabilitation nursing and master's in nursing, as well as to describe the contributions of care by specialist nurses in rehabilitation nursing in training for postural balance and gains in functional capacity in hospitalized people in the contexts of the Final Internship practice.

An intervention project was elaborated with the action-research methodology applied to hospitalized people in the contexts of the Final Internship practice. Four case studies focusing on postural balance were evaluated and described in this report.

In general, there was an improvement in people's postural balance, as well as an improvement in their functional capacity while carrying out their activities of daily living. However, it should be noted that the rehabilitation process is complex and requires continuity, and its success requires the involvement of patients and caregivers/families, and the intervention of nurses specializing in rehabilitation nursing as part of a multidisciplinary team.

**Keywords:** Postural Balance, Rehabilitation Nursing; Functional Independence

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO .....</b>	<b>13</b>
1.1. Descrição dos contextos clínicos .....	13
1.2. Caracterização da população .....	16
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>20</b>
2.1. A pessoa com alteração do equilíbrio .....	21
2.2. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com alterações do Equilíbrio .....	26
2.3. Referencial Teórico de Afaf Meleis .....	29
2.4. O equilíbrio corporal alterado como foco de intervenção dos cuidados de Enfermagem de reabilitação .....	31
2.4.1- Problema e metodologia .....	31
<b>3- PLANO DE INTERENÇÃO PROFISSIONAL.....</b>	<b>33</b>
3.1- A recolha de informação dos doentes.....	36
3.2- Questões de ordem ética e deontológica .....	38
<b>4. RESULTADOS DO PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>39</b>
4.1- O caso da pessoa A.....	40
4.2- O caso da pessoa B.....	48
4.3- O caso da pessoa C.....	56
4.1- O caso da pessoa D.....	61
<b>5- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....</b>	<b>71</b>
5.1 – Atividades que decorreram para desenvolver as competências de Mestre .....	71
5.2 - Atividades que decorreram para desenvolver as Competências Comuns .....	72
5.3 - Atividades que decorreram para desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	76
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>87</b>

## ÍNDICES DE APÊNDICES

<b>Apêndice A</b> - Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido .....	88
<b>Apêndice B</b> – Instrumento de Registos de Enfermagem de Reabilitação .....	90
<b>Apêndice C</b> – Prevenção de quedas da Pessoa Idosa no domicílio – Prevenir para não cair .....	107
<b>Apêndice D</b> – Instrumentos de recolha de dados .....	129
<b>Apêndice E</b> – Planos de cuidados .....	140

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no caso da pessoa A .....	42
Quadro nº2 – Avaliação do equilíbrio da pessoa A com a utilização do Índice de <i>Tinetti</i> .....	45
Quadro nº3 – Avaliação da força muscular da pessoa A com a escala MRC .....	47
Quadro nº4 – Avaliação do desempenho nas AVD da pessoa A com a MIF.....	47
Quadro nº5 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no caso da pessoa B .....	51
Quadro nº6 – Avaliação do equilíbrio da pessoa B com a utilização do Índice de <i>Tinetti</i> .....	53
Quadro nº7 – Avaliação do desempenho nas AVD da pessoa B com a MIF .....	55
Quadro nº8 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no caso da pessoa C .....	58
Quadro nº9 – Avaliação do equilíbrio da pessoa C com a utilização do Índice de <i>Tinetti</i> .....	59
Quadro nº10 – Avaliação da força muscular da pessoa C com a escala MRC .....	60
Quadro nº11 – Avaliação do desempenho nas AVD da pessoa C com a MIF .....	60
Quadro nº12 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no caso da pessoa D .....	63
Quadro nº13 – Avaliação do equilíbrio da pessoa D com a utilização do Índice de <i>Tinetti</i> .....	65
Quadro nº14 – Avaliação da força muscular da pessoa D com a escala MRC .....	67
Quadro nº15– Avaliação do desempenho nas AVD da pessoa D com a MIF .....	67
Quadro nº16 – Síntese comparativa das variáveis equilíbrio corporal, função e risco de queda nos quatro casos apresentados .....	69

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Representação da figura humana dentro do cone de estabilidade .....	23
Figura nº2 – Modelo conceptual de Afaf Meleis .....	30
Figura nº3 – Plano esquemático de intervenções de Enfermagem de Reabilitação a Pessoas com o Equilíbrio comprometido .....	35

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COM- Centro de massa (*centre of mass*)

COP- Centro de pressão (*centre of pressure*)

DGS - Direção Geral de Saúde

ER- Enfermagem de Reabilitação

INE- Instituto Nacional de Estatística

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC – *Medical Research Council*

NIHSS – *National Institute of Health Stroke Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização das Nações Unidas

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

## INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório surge no âmbito das atividades desenvolvidas no Estágio Final, disciplina integrada no sexto Mestrado de Enfermagem com a especialidade em reabilitação. Pretende ser um trabalho de descrição e reflexão crítica fundamentada, com recurso a métodos de recolha dos dados obtidos durante o Estágio Final. Pretende também demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências inerentes aos enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem.

O Estágio Final teve a duração de dezasseis semanas com o principal objetivo de desenvolver e adquirir competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências de mestre, num contexto prático, integrado numa equipa de saúde, com a supervisão e orientação de um enfermeiro especialista na área de reabilitação. Esta área do mestrado inclui o desenvolvimento de competências especializadas com foco na reabilitação da pessoa com disfunções neurológicas, respiratórias e cardíacas, ortopédicas e traumatológicas.

Conforme o plano de estudos, este ensino clínico teve duas fases em dois contextos clínicos diferentes; a primeira fase, com duração de dez semanas, decorreu numa unidade de cuidados intermédios especializada na prestação de cuidados à pessoa com patologias cerebrovasculares. Uma segunda fase decorreu nas seis semanas seguintes num serviço de Medicina. Importa referir que já haviam sido desenvolvidas competências especializadas de enfermagem de reabilitação à pessoa com disfunções ortopédicas e traumatológicas no Estágio de Enfermagem de Reabilitação com a duração de seis semanas num contexto clínico de internamento hospitalar de ortotraumatologia.

Nas últimas décadas têm-se verificado alterações na sociedade, nomeadamente demográficas, que se destacam pela imposição de desafios ao nível dos cuidados de saúde. Vivemos num país cuja população é tendencialmente envelhecida, tendo esta realidade vindo a acentuar-se gradualmente. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2022), a população envelhecida é fruto de uma diminuição da população com idades mais jovens, assim como do aumento da longevidade. Esta longevidade, conquistada pela humanidade, nem sempre se traduz em viver com qualidade, estando a população acometida cada vez mais com patologias que levam a limitações no bem-estar, autonomia e independência,

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

apresentando-se como repto à Enfermagem, levantando novos desafios com vista a promover qualidade de vida da pessoa (Sousa, Silva, Quirino, Neves & Moreira, 2014).

A Enfermagem de Reabilitação assume aqui um papel fundamental, na capacitação das pessoas em processos de transição, de forma a atingir o máximo da sua independência funcional, promovendo a tal qualidade de vida almejada (Silva et al., 2019).

O equilíbrio corporal é um problema com etiologia multifatorial, sendo um processo que ao longo da vida vai sofrendo alterações, em especial nas populações idosas (Garcia, Cunha & Novo, 2021). Relacionado com a importância que a enfermagem de reabilitação pode ter na melhoria do equilíbrio das pessoas quando este está alterado, foi realizado um projeto de intervenção para capacitar as pessoas com o equilíbrio corporal alterado no sentido de melhorar a sua independência funcional. Assim definiram-se como objetivos deste relatório os seguintes: descrever o processo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem; descrever os contributos dos cuidados dos enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação na capacitação para o equilíbrio e os ganhos na capacidade funcional em pessoas internadas nos contextos da prática do Estágio Final. Foi utilizada a metodologia de investigação-ação e o estudo de caso. A escolha do tema a aprofundar no projeto de intervenção profissional aqui apresentado prendeu-se com o facto de a alteração do equilíbrio corporal ser um problema real e atual, sobretudo nas pessoas idosas, e ser um problema transversal aos contextos clínicos dos estágios curriculares do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Este trabalho foi organizado em cinco capítulos. Inicialmente serão apresentados os contextos clínicos onde decorreu o Estágio Final e realizada uma contextualização da problemática da pessoa com alteração de equilíbrio corporal. De seguida serão apresentados os cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com alteração do equilíbrio corporal, sendo apresentado o plano de intervenção profissional, assim como os seus resultados. Por fim, foi dedicado um capítulo à descrição das atividades realizadas e das competências desenvolvidas e adquiridas como mestre em enfermagem e como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Este trabalho foi redigido segundo o novo acordo ortográfico e segundo as normas de referência bibliográfica da American Psychological Association (APA), 7ª edição.

## 1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Conforme sublinham Boaretto et al. (2016) o domínio das competências profissionais e a prestação de cuidados de elevada qualidade, requerem que os enfermeiros, de acordo com determinados processos e valores, tenham algum controlo sobre o espaço onde os cuidados são prestados, na medida em que o ambiente de trabalho tem um impacto significativo nas atividades desenvolvidas ou coordenadas por estes.

### 1.1. Descrição dos contextos

O contexto clínico onde decorreu a primeira fase do estágio está inserido numa instituição de um Centro Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área metropolitana de Lisboa cuja área de influência é composta por quarenta e cinco freguesias no total. A sua missão é a prestação de cuidados de saúde diferenciados em colaboração com outras entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS. Conforme descrito no sítio Web Ministério da Saúde, a atividade desta unidade é assegurar “a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica”, e promover uma eficiente utilização dos recursos disponíveis. Da sua atividade fazem ainda parte investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme as necessidades do doente. A instituição onde se insere esta unidade de cuidados, assume-se como uma instituição de referência com “ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica” e é regida com os seguintes valores: competência técnica, ética profissional, segurança e conforto do doente, responsabilidade, cuidados centrados no doente, melhoria contínua da qualidade, trabalho em equipa multidisciplinar e pluriprofissional e boas condições de trabalho (Ministério de Saúde, 2023a).

O contexto onde decorreu a primeira parte o estágio clínico corresponde a uma unidade de cuidados intermédios especializados, criada com o principal objetivo de cuidar de doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em fase aguda.

De acordo com Maia (2019) a abordagem terapêutica ao doente com AVC, que até então estava restrita a medidas de suporte, sofreu uma revolução no final da década de 90 quando vários estudos demonstram a eficácia da administração de fármacos fibrolíticos no tratamento do AVC, desde que o tratamento se iniciasse três horas após o início dos sintomas. Juntamente com a evolução na área de investigação, foram então criadas as unidades de AVC, como aquela onde decorreu o ensino clínico.

Segundo Maia (2019), a eficácia da trombectomia, em associação à fibrólise, no tratamento do doente com AVC surge na viragem do milénio e exige articulação entre várias especialidades médicas. No caso do contexto onde decorreu o estágio existe uma articulação estreita com a especialidade médica de Neurorradiologia de Intervenção de forma a proporcionar este tratamento aos doentes com AVC. Esta articulação não se limita a tratamentos na fase aguda, mas na realização de procedimentos eletivos de Neurorradiologia de Intervenção como no tratamento de malformações arteriovenosas e aneurismas cerebrais (Maia, 2019). Assim, este serviço recebe também pessoas eletivamente, com doença vascular cerebral nas suas várias manifestações, para realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos pela Neurorradiologia de Intervenção.

De acordo com informação da enfermeira em funções de chefia, esta unidade recebe cerca de 800/900 doentes por ano, na sua maioria pessoas com o diagnóstico clínico de AVC isquémico. Cerca de 15% pessoas são internadas para realizar os procedimentos programados pela Neurorradiologia de Intervenção.

Este contexto dispõe de uma capacidade de nove camas de internamento, com três quartos de três pessoas, com monitorização hemodinâmica contínua. No ano de 2016 o tempo médio de internamento foi de três dias e meio (SPAVC, 2017). Segundo a enfermeira em funções de chefia, o tempo médio de internamento atualmente são de dois dias e meio. De forma a dar continuidade de cuidados, os doentes são transferidos para serviços de internamento como serviços de medicina, dentro da sua área de residência.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar deste contexto é composta por uma equipa médica fixa, constituída por especialistas em medicina interna, neurologia e fisioterapia, uma equipa de enfermagem, assistentes operacionais e assistente administrativa, contando com a colaboração diária de fisioterapeutas. A equipa de enfermagem dispõe de vinte e dois elementos, sendo seis Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. O rácio enfermeiro/doente de generalistas é de 1 para 3, sendo que nos turnos da manhã um enfermeiro especialista fica com funções de coordenação e de prestação de cuidados especializados em reabilitação. De acordo com Ordem dos Enfermeiros (OE,

2019a), os enfermeiros de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos de nível I, como a unidade em questão, devem assegurar 12h de cuidados de enfermagem de reabilitação a cada oito doentes, todos os dias de semana. De acordo com esta orientação, verifica-se que o rácio não é cumprido, uma vez que no turno da manhã existe um enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação para se dedicar à prestação de cuidados de enfermagem especializados, mas nos restantes turnos, embora presente, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação dá o seu contributo como um elemento com competências científicas, técnicas e humanas acrescidas, contudo não presta exclusivamente cuidados de enfermagem especializados.

Conforme mencionado pela Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) (2017), após o tratamento clínico uma das prioridades é iniciar a reabilitação que deve ser o mais precoce possível. Também Marques-Vieira, Sousa e Braga (2017), mencionam que a reabilitação deve iniciar-se precocemente na reabilitação da pessoa adulta com AVC, contudo não é recomendada mobilização prematura de alta intensidade nas primeiras 24 horas após o início de sintomatologia.

O contexto clínico onde decorreu a segunda parte do estágio, está integrado num Hospital da Área Metropolitana de Lisboa, servindo atualmente uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes de dois concelhos. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de excelência à pessoa, baseada em práticas de qualidade e segurança, promoção da saúde, prevenção da doença, continuidade de cuidados de acordo com a política nacional e regional de saúde no contexto da humanização e respeito aos direitos dos cidadãos (Ministério da Saúde, 2023b).

Este contexto corresponde a um serviço de internamento de medicina. Tem a lotação de vinte e quatro vagas de internamento de enfermaria e quatro vagas de vagas de cuidados intermédios. A unidade de cuidados intermédios é gerida pela equipa de medicina Interna. Com uma lotação de quatro vagas disponibiliza monitorização hemodinâmica contínua aos doentes. A grande maioria dos doentes que assiste tem necessidade de ventilação não invasiva, por apresentarem insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada.

A nível de recursos humanos este o contexto clínico apresenta uma equipa multidisciplinar que conta com a equipa médica de medicina interna e fisioterapia, pessoal administrativo, assistentes operacionais e enfermeiros e a colaboração de fisioterapeutas. A equipa de enfermagem tem seis especialistas em enfermagem de reabilitação e destes, um está dedicado exclusivamente a funções de gestão e outro elemento realiza exclusivamente o turno da manhã e dedica-se à coordenação e à prestação de cuidados

diferenciados em enfermagem de reabilitação. Os restantes quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação estão presentes nos turnos da manhã e tarde e prestam cuidados de enfermagem gerais, mas com a distribuição de menos doentes de forma a conseguirem também prestar cuidados de enfermagem especializado aos doentes distribuídos, assim como a outros doentes internados que necessitem da sua intervenção.

## 1.2. Caracterização da população

O envelhecimento da população é um fenómeno universal, em especial nos países desenvolvidos e Portugal não é exceção (ONU, 2019). O aumento da esperança de vida contrasta com a redução taxa de natalidade resultando numa população cada vez mais envelhecida (INE, 2022).

Um aumento da população envelhecida leva consecutivamente a uma população mais fragilizada e suscetível ao aparecimento de doenças ficando mais vulnerável à perda de autonomia e independência. Este facto deve-se ao próprio processo de envelhecimento cujas alterações fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e emocionais levam ao declínio de capacidades físicas e do sistema nervoso central podendo comprometer ou limitar a capacidade funcional das pessoas (Garcia, Cunha & Novo, 2021). A população assistida em ambos contextos clínicos espelha, numa pequena escala, esta realidade.

Com um maior número de idosos a possibilidade de aparecimento de doenças crónicas/degenerativas aumenta consideravelmente. Sendo este um dos motivos que leva à incapacidade, embora não seja o único, pois as causas são multifatoriais, sendo as mais frequentes as do foro neurológico e musculoesquelético (Menoita, Sousa, Pão Alvo & Marques Vieira 2014).

Embora o AVC possa ocorrer em pessoas de todas as idades, a sua incidência aumenta substancialmente em pessoas com mais de 65 anos de idade. A idade apresenta-se como o fator de risco mais relevante na sua incidência (Menoita, *et al.* 2014). Estudos realizados do Estados Unidos da América revelaram que 28% das pessoas com AVC tinham idade inferior a 65 anos, mas a incidência duplica em cada década superior aos 65 anos. Os valores de incidência de pessoas com AVC aumentam exponencialmente com o aumento da idade especialmente por volta dos 55 anos, sendo que a partir desta idade os valores duplicam e triplicam a cada década (Menoita, *et al.* 2014).

O AVC é uma das principais causas de mortalidade, morbidade, hospitalização e incapacidade permanente nas sociedades desenvolvidas. Portugal acompanha esta tendência mundial. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2018) a mortalidade como consequência do AVC continua elevada, embora se tenha registado uma melhoria relativamente a anos anteriores, passando de uma taxa de mortalidade de 10,2% em 2017 para 9,9% no ano seguinte. A morte por AVC continua a ter uma incidência mais elevada nas mulheres, no ano de 2018 apresentando uma relação de 77 óbitos de homens por 100 óbitos de mulheres. No entanto, a idade média de óbito na mulher é superior, 83,9 anos, ao do homem, 79,8 anos; as mulheres morrem mais tarde devido a esta patologia.

Ainda segundo dados do INE (2018), houve uma diminuição do número de óbitos devidos a doenças cerebrovasculares em pessoas com menos de 70 anos de idade. “Do total de óbitos por doenças cerebrovasculares, 93,2% foram de pessoas com 65 e mais anos e 82,3% de pessoas com 75 e mais anos, obtendo-se um número médio de anos potenciais de vida perdidos de 9,2, inferior ao registado no ano anterior (10,0). As correspondentes taxas brutas de mortalidade registam um crescimento considerável em idades mais avançadas: 105,8 por 100 mil habitantes dos 65 aos 74 anos, 463,4 dos 75 aos 84 anos, e 1 853,2 para os 85 e mais anos.” (INE, 2018, p.4).

Apesar de melhorias, a taxa de incidência desta doença continua elevada sendo a principal causa de incapacidade; 50% dos doentes sobreviventes ficam com limitações ao nível das atividades de vida diária (DGS, 2017; Marques Vieira *et al.*, 2017). As melhorias refletem, por um lado, a melhoria no controlo dos fatores de risco e por outro, o aparecimento de novas técnicas terapêuticas na fase aguda do AVC, beneficiando da rede de referência nacional e da Via-Verde AVC intra e extra-hospitalar (SPAVC, 2016).

Resumidamente, o AVC é a doença vascular cerebral que ocorre mais frequentemente e que consiste na interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, causando uma perda rápida da função neurológica. Consoante a etiologia da perda de irrigação sanguínea cerebral, podemos classificar o AVC em isquémico ou hemorrágico (Menoita *et al.*, 2014).

O AVC isquémico é o mais frequente, sendo que representa 80% da totalidade dos casos. Consiste na obstrução de uma artéria que danifica ou destrói parte do cérebro por redução da perfusão cerebral (Menoita, 2014; Spence & Barnett, 2013). Trata-se de um evento súbito, caracterizado pela rápida perda da função neurológica e cujos sintomas perduram mais de 24 horas (Menoita *et al.*, 2014; Marques-Vieira *et al.*, 2017). A obstrução vascular cerebral pode ocorrer por um trombo, que se forma no interior de uma das artérias cerebrais, por um êmbolo ou um coagulo de sangue que migra até ao cérebro geralmente de

etiologia cardiovascular. Em ambas situações, desenvolve-se edema na área de enfarte nos primeiros minutos atingindo o seu auge 3 ou 4 dias após o AVC. As manifestações neurológicas surgem de acordo com a localização, a extensão e a gravidade do edema do AVC (Hoeman, 2011).

O AVC hemorrágico caracteriza-se pela perda da perfusão cerebral por um extravasamento de sangue após rebentar um vaso sanguíneo no cérebro (hemorragia intracraniana), ou no espaço subaracnoideu (hemorragia intracraniana). Embora menos frequente, o AVC hemorrágico é mais grave, com mortalidade até 50% nos 30 dias após surgir a doença, e ocorre numa população mais jovem (Menoita *et al.*, 2014).

O AVC continua a ser a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal, embora as taxas de incidência tenham diminuído na última década (SPAVC, 2016).

A ativação da rede de referência extra-hospitalar, que faz o encaminhamento dos doentes para os hospitais especializados com os recursos necessários para tratar o AVC. Assim a chegada dos doentes ao hospital é mais rápida e a administração de terapêutica de fase aguda é administrada mais precocemente numa maior percentagem de doentes. Deste modo, foi possível, não só reduzir a mortalidade por AVC, mas também minimizar as sequelas e a incapacidade. Ainda assim, ao fim de um ano 41% dos sobreviventes de um AVC estão dependentes (SPAVC, 2016).

As sequelas ou complicações após ACV estão dependentes de muitos fatores, como a localização e extensão das lesões o tempo decorrente entre as primeiras manifestações e a implementação de terapia na fase aguda. Algumas delas podem ser reversíveis ou não, mas sempre com impacto na qualidade de vida. De acordo com a SPAVC (2016) as sequelas ou complicações podem ser resumidas a afasia, disfagia, hemiparesia, ataxia, incontinência urinária e intestinal, epilepsia, alterações cognitivas e alterações da sensibilidade.

Na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o foco de enfermagem é definido como uma área de atenção sobre a qual devem ou podem recair os cuidados a partir de que determinado juízo efetuado sobre um determinado foco (CIPE, 2011). Os focos de enfermagem mais relevantes na pessoa adulta com compromisso no sistema nervoso são a hemicnegligência unilateral, a deglutição, a paresia, o movimento corporal, a espasticidade, o equilíbrio, os autocuidados, as funções cognitivas, a eliminação intestinal e urinária e a sexualidade (Araújo, Soares, Ribeiro & Martins, 2021). No primeiro contexto onde decorreu o estágio foi a partir destes focos que foram formulados os juízos que precederam a implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes, uma vez que a

patologia mais frequente foi o AVC isquémico.

No segundo contexto clínico, no serviço de Medicina, os doentes foram internados geralmente a partir de um episódio de ida ao serviço de urgência. Eram também pessoas maioritariamente idosas com pluripatologias. A existência de doentes com insuficiência respiratória descompensada num contexto agudo ou crónico foi muito frequente associada ao facto de nesta unidade de cuidados existirem recursos de cuidados intermédios. Assim sendo, neste contexto clínico na avaliação dos enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação os focos de atenção mais frequentes foram a dispneia, limpeza das vias aéreas, ventilação e a intolerância à atividade. Para além destes, os doentes apresentaram também alterações ao nível dos focos autocuidado, deglutição, equilíbrio corporal, paresia, transferir-se e andar que requeriam intervenção especializada.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Como é referido pela Organização das Nações Unidas (ONU) (2019), assistimos a uma das maiores transformações deste século devido ao crescimento da população idosa a nível mundial, em número e proporção. Estima-se que o número de pessoas com 60 ou mais anos, continue numa curva ascendente, com um crescimento a uma taxa de 3% ao ano (ONU, 2019).

Atualmente o contexto nacional acompanha a tendência mundial. Segundo os Censos de 2021, realizados pelo INE, verifica-se um agravamento do envelhecimento da população desde 2011. Nos últimos dez anos assistiu-se a um decréscimo da população nas idades mais jovens, associado à diminuição da natalidade. Por outro lado, o aumento da longevidade, que vem sendo tendência nas últimas décadas, quando associado à diminuição da natalidade, resulta numa população envelhecida. De acordo com o INE em 2021 a percentagem de população jovem (pessoas com 0 a 14 anos) era de apenas de 12,9%, contrastando com os 23,4% da população idosa (pessoas com 65 ou mais anos) (INE, 2022).

Na última década o índice de envelhecimento em Portugal aumentou, passou de 128 em 2011 para 182 em 2021 (INE, 2022).

O aumento da longevidade é o resultado de esforço e progresso da humanidade em termos sociais, económicos e científicos e como tal pode ser considerada uma vitória da sociedade moderna. Contudo, assiste-se a um aumento de pessoas com menos autonomia e maior dependência física e mental e com estas também maior dependência também de apoios sociais e familiares, causados por um agravamento dos riscos de doenças crónicas e incapacidades. Com o decorrer dos anos, é natural que haja uma diminuição progressiva de algumas capacidades das pessoas com tradução nas suas capacidades funcionais; embora este processo seja passível de ocorrer, não é aceitável que seja fator de exclusão social, nem que tenha como consequências o afastamento da pessoa do seu seio familiar, levando a uma institucionalização (Cabral & Ferreira, 2013).

Nos dias de hoje vivemos mais anos, mas como os números mostram, vivemos com mais comorbidades. Segundo o resultado dos Censos de 2021, 10,9% da população residente em Portugal com cinco ou mais anos tem pelo menos uma incapacidade. E a prevalência aumenta com a avanço da idade, de

forma progressiva, em especial a partir dos 70-74 anos (INE, 2023). A definição de incapacidade surge neste contexto como uma “interação da condição de saúde de um indivíduo com os seus fatores contextuais, ambientais e pessoais que revela limitação da atividade e/ou restrição na participação” (INE, 2023, p. 26).

O envelhecimento humano é um processo em que a pessoa passa por alterações fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e emocionais que levam ao declínio de algumas capacidades físicas e do Sistema Nervoso Central (SNC) comprometendo a habilidade de processar os sinais dos estímulos visuais, proprioceptores e vestibular (Garcia *et al.*, 2021). É um processo progressivo que torna as pessoas mais fragilizadas e suscetíveis ao aparecimento de doenças podendo afetar a sua autonomia e independência (Menezes, Costa, & Iwate, 2018). Estas alterações podem também afetar o equilíbrio da pessoa podendo mesmo este ficar comprometido (Garcia *et al.*, 2021)

## 2.1. A pessoa com alteração do equilíbrio corporal

No processo de envelhecimento humano, ocorre diminuição da capacidade do sistema nervoso central de processar os seus sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos, que são responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal. Como tal, com o aumento da idade, assiste-se a uma diminuição de algumas capacidades, tais como a agilidade, a flexibilidade, a coordenação motora e a mobilidade articular e, conseqüentemente, o equilíbrio (Cabral & Ferreira, 2013)

Conforme sublinha Direção Geral de Saúde (DGS) deve ser uma preocupação da sociedade atual a criação de estratégias e encontradas soluções para que as pessoas idosas preservem o mais possível a sua autonomia e qualidade de vida no tempo ganho com o aumento da esperança média de vida e que tem potencial para ser melhorada como é referido pela DGS na Estratégia para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (DGS, 2017b). As limitações que acompanham o envelhecimento devem ser alvo de uma intervenção da sociedade, mantendo o foco nas pessoas idosas e no seu percurso natural de vida. Tendo em mente que a perda de equilíbrio é uma de principais causas que levam à incapacidade funcional das pessoas idosas é fundamental a implementação de programas de treino de equilíbrio, de forma metódica e estruturada (Garcia *et al.*, 2021).

Cabe aos enfermeiros e em particular aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, terem um papel central na intervenção junto da comunidade, de forma pertinente e criteriosa, de

modo a identificar proactivamente as necessidades prementes, da população envelhecida, muitas vezes desprotegida de recursos o que faz do treino de equilíbrio e de propriocepção uma atividade fundamental (Garcia et al., 2021).

As alterações no equilíbrio são comumente observadas em pessoas com patologias neurológicas e ortopédicas e podem ser encontradas ao longo da vida mas sobretudo associadas ao processo de envelhecimento (Huber & Welles, 2009).

A manutenção do equilíbrio na posição ortostática é uma tarefa complexa. O equilíbrio é visto como um processo estático, mas são vários os mecanismos como a gravidade e os mecanismos de controlo neuronal, que provocam constantemente um deslocamento no alinhamento do corpo humano de forma a obter um controlo postural (Coelho, Barros & Sousa, 2017). O equilíbrio é fundamental para a realização de todas as capacidades funcionais e como tal é relevante conhecer a sua fisiologia (Januário & Amaral 2010).

O equilíbrio surge da articulação entre a informação proveniente do sistema sensorial (visual, vestibular e proprioceptivo), a sua integração central no SNC e a resposta motora. Qualquer alteração nos sistemas que envolvem a manutenção postural pode comprometer o equilíbrio (Garcia *et al.*, 2021; Januário & Amaral, 2010). Assim, a etiologia de alterações do equilíbrio é multifatorial, interessando uma correta avaliação para determinar a causa subjacente assim desenvolver um plano de cuidados adequado (Huber & Welles, 2009).

Conforme referem Garcia *et al.*, (2021) e Januário e Amaral (2010) o controle postural na posição ortostática assumida pelo Homem requer fatores biomecânicos inerentes: o centro de massa (*centre of mass* COM) e centro de pressão (*centre of pressure* COP). O COM é o ponto onde se encontram todas as forças que agem sobre um corpo que no homem coincide com o centro de gravidade. O COP é o ponto de aplicação que resulta das forças verticais sobre a superfície de suporte. A sua projeção vertical deve estar dentro da base de suporte sendo que a qualidade e tamanho da base de suporte é de extrema relevância. A área em que o indivíduo se pode mover sem alterar a sua base de suporte e mantendo o equilíbrio representa o limite da estabilidade podendo assim aferir que o equilíbrio não é uma posição, mas um espaço (cone de estabilidade).

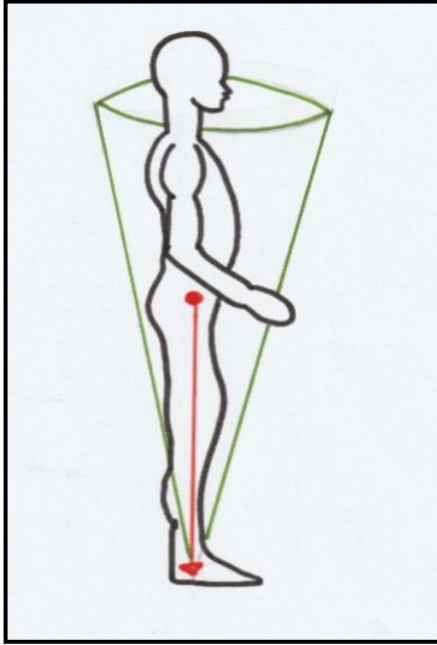
Partindo da posição vertical o Homem pode inclinar-se para a direção anterior e laterais 8º e 4º na direção posterior, sem perder a estabilidade. Pode-se dizer que o corpo atinge o equilíbrio mecânico quando o somatório de todas as forças sobre ele é zero (Januário & Amaral 2010). Na figura 1 vemos uma

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

representação da figura humana dentro do seu limite de estabilidade que é representado pelo cone de estabilidade. O COM está representado pelo ponto vermelho (Horak, 2006).

Figura 1- Representação da figura humana dentro do cone de estabilidade



Fonte: Elaboração própria

A base de sustentação tem uma importância fundamental na manutenção do equilíbrio, sendo que qualquer limitação do tamanho, força muscular, dor ou controlo motor dos pés irá afetá-lo diretamente (Horak, 2006).

O equilíbrio pode ser classificado como estático ou dinâmico. O equilíbrio estático é a capacidade de manter a posição do corpo sobre a sua base de sustentação, quer seja de pé ou sentado. O equilíbrio dinâmico é a manutenção da posição vertical quando o centro de gravidade e a base de sustentação estão em movimento, apresentando-se como reação a perturbações da estabilidade. Tanto o equilíbrio estático como o dinâmico estão relacionados pois para a manutenção do equilíbrio dinâmico é necessário o equilíbrio estático (Garcia *et al.*, 2021; Huber & Welles, 2009).

A manutenção do equilíbrio é considerada um processo complexo onde o input sensorial é realizado através do aparelho sensorial periférico como o sistema visual, vestibular, proprioceptivo e auditivo, e posteriormente processado no sistema nervoso central gerando a resposta motora adequada (Huber & Welles, 2009). O sistema sensitivo-sensorial (visual, vestibular e somato-sensorial), fornece informações

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

ao SNC que são processadas e integradas pelo cérebro, cerebelo, núcleos da base e tronco cerebral. O tronco cerebral apresenta uma função de regulação do tónus, os movimentos e vários reflexos (Januário & Amaral 2010).

A informação sensorial utilizada depende dos estados de atenção ou dos estados de integridade de cada um dos sistemas sensoriais. Em pessoas saudáveis a informação sensorial utilizada é proveniente sobretudo do sistema somato-sensorial (70%), completada com a informação dos sistemas visual (10%) e vestibular (20%). Caso algum sistema falhe ou as condições ambientais não o permitam são utilizados outros sistemas para compensar e assim manter a gestão do equilíbrio (Januário & Amaral 2010).

O sistema vestibular, que tem conexões com os núcleos vestibulares, córtex cerebral, cerebelo, formação reticular, espinal-medula e núcleos oculomotores, contribui para funções cerebrais com reflexos automáticos, perceção espacial e coordenação motora (Januário & Amaral 2010).

O sistema proprioceptivo, utilizando os recetores sensoriais para a propriocepção (mecanorreceptores) consegue localizar os membros no espaço, determinando a amplitude e a velocidade do movimento, desempenhando um papel fundamental no controlo motor e na coordenação de sequências motoras (Garcia et al., 2021).

O sistema visual permite a manutenção do ortostatismo e da orientação do movimento corporal em relação ao ambiente através da determinação da velocidade e percursos de objetos e dos vários segmentos do corpo (Januário & Amaral 2010).

Os reflexos de origem vestibular (reflexos labiríntico-tónicos e os labirínticos-dinâmicos) ajudam a manter o equilíbrio quando surgem alterações súbitas de orientação do corpo no espaço. Estão também descritos o reflexo do pescoço e reflexões posturais (Januário & Amaral 2010).

O tónus muscular está intimamente relacionado com o reflexo miotático, um reflexo primitivo que permite a manutenção da postura ativando os músculos necessários para se operem ao movimento. A resposta motora surge como resposta à informação sensorial ativando a resposta muscular apropriada para alcançar ou manter o equilíbrio. Os músculos envolvidos no controlo postural necessitam de ser resistentes, pois é necessário manter a postura durante grande parte do dia, mas também de contrair rapidamente caso surja alguma perturbação do equilíbrio (Januário & Amaral 2010).

Para uma dada perturbação, a informação sensorial é integrada e usada para estimular e modular

ajustes permanentes da atividade muscular e da posição articular de forma a manter a projeção do COM dentro do polígono de sustentação (Garcia *et al.*, 2021; Januário & Amaral 2010). Perante um fator de instabilidade, uma intervenção consciente corrige mais rapidamente grandes oscilações, enquanto pequenas oscilações são corrigidas por reflexos (Januário & Amaral 2010).

O sistema extrapiramidal também é essencial no controlo motor. Do ponto de vista anatómico é onde passam quase todas as fibras nervosas motoras e sensitivas “que conectam o córtex cerebral e a espinal-medula. Controlam todos os movimentos, fornecendo o suporte postural necessário para a execução dos movimentos voluntários simples e inibem o tónus motor. O cerebelo tem um papel primordial na coordenação dos mecanismos de postura e do equilíbrio, sendo que quando lesado resulta em grandes défices do equilíbrio” (Januário & Amaral, 2010, p. 35).

Contrariando a ideia de que o controlo postural é automático e apenas controlado por reflexos, surgem evidências que as capacidades cognitivas como a atenção, a intenção, a perceção e memória influenciam o equilíbrio. De acordo com Januário e Amaral (2010), quanto mais difícil o controlo postural maior a necessidade de concentração. A aprendizagem na utilização dos sistemas sensoriais caso haja falência de um deles, também se mostra relevante.

Existem múltiplos fatores, como patologias, medicação, dificuldade da mobilidade, diminuição da força e alterações da marcha que podem condicionar o equilíbrio (Coelho *et al.*, 2017). O avanço da idade é sem dúvida, um dos fatores que leva a alterações do equilíbrio por menor controle postural, aumentando o risco de queda (Januário & Amaral 2010). No estudo de Gil, Silva, Oliveira, Carvalho e Oliveira (2017) descrevem dois grupos, um grupo de pessoas idosas e outro de adultos jovens a realizar cinco tarefas de equilíbrio postural, os autores concluíram que o grupo de idosos apresentou mais instabilidade postural em comparação com os jovens adultos. Em ambos os grupos a atividade mais desafiante foi o apoio unipodal.

Tendo em mente que as alterações do equilíbrio estão presentes na população dos contextos clínicos onde se realizou o Estágio Final, quer pela idade quer pela presença de patologias neurológicas, em particular o AVC, os enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação devem considera-lo como um foco de enfermagem relevante na sua prestação de cuidados especializados a partir de uma abordagem holística que caracteriza a enfermagem de reabilitação, sempre com o objetivo de facilitar o processo de transição, trabalhando com a pessoa para maximizar a sua funcionalidade.

## 2.2. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com alterações do equilíbrio corporal

O alvo da intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação é a pessoa, em qualquer fase do seu ciclo vital, com necessidades especiais e no contexto em que se encontra (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Enquanto especialidade multidisciplinar, a reabilitação “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência e a máxima satisfação e, deste modo, preservar a autoestima” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13565).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, os enfermeiros, tendo como base os problemas reais e potenciais das pessoas, devem conceber, implementar e também monitorizar intervenções de enfermagem diferenciadas. Devem igualmente atuar na promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação de modo alcançar o maior potencial da pessoa. Os seus objetivos principais da sua intervenção são o diagnóstico precoce de modo a assegurar a manutenção das capacidades funcionais e a prevenção de complicações e evitar incapacidades e ainda manter ou recuperar a independência nas atividades da vida diária. Assim, a sua intervenção junto das pessoas e seus familiares tem em vista a continuidade dos cuidados, possibilitando a reintegração na família e comunidade, preservando o direito das pessoas à dignidade e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Tendo em mente que a reabilitação em como objetivo principal a capacitação da pessoa para lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida de forma a manter-se operacional e assim atingir um elevado nível de funcionalidade (Parecer nº 12/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011), clarificam-se de seguida conceitos fundamentais como funcionalidade, capacitação e as Atividades de Vida Diária (AVD).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003, p. 242), a funcionalidade consiste num “... termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação”. Este termo “indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais).” Reis e Bule (2017) descrevem o termo capacitar como um processo que envolve várias dimensões como o conhecimento, a decisão e ação, traduzindo-se pelo desempenho da pessoa nas atividades da vida diária. Num contexto de reabilitação as atividades da vida diária são

definidas como um “conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (Parecer nº 12/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011). Segundo Reis e Bule (2017), as atividades que garantem as necessidades básicas como comer e beber, lavar-se, vestir-se, eliminar, entre outras, são as Atividades Básicas da Vida Diária, enquanto que as atividades domésticas e comunitárias são as Atividades Instrumentais da Vida Diária. É possível maximizar a funcionalidade através do treino de capacidades das AVD, através de estratégias adaptativas, nomeadamente com dispositivos de compensação ou produtos de apoio (Parecer nº 12/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011). A funcionalidade e a qualidade de vida estão interdependentes com a autonomia e independência das pessoas estando refletidas nas suas atividades de vida pessoais e instrumentais (Reis & Bule, 2017)

A implementação de programas de enfermagem de reabilitação em pessoas vítimas de AVC assume um papel crucial para a melhoria da independência funcional, benefícios na realização das atividades da vida diária, mobilidade e locomoção. Conforme referido por Marques-Vieira, Sousa e Braga (2017) a reabilitação da pessoa adulta com AVC, evitando a mobilização prematura de alta intensidade nas primeiras 24 horas após o início da doença.

Como já foi referido, as alterações do equilíbrio são frequentes nas pessoas com patologias neurológicas e estas são mais comuns na população idosa (Cabral & Ferreira 2013), colocando esta população numa situação de grande vulnerabilidade ou risco de queda devido aos processos intrínsecos do processo de envelhecimento. Hoeman (2011) identificou a etiologia das quedas como multifatorial com variáveis como: álcool; medicação prescrita; hipotensão ortostática; medo cair; tonturas; problemas de equilíbrio; alterações neuropáticas; urgências urinárias; perda de audição ou da visão; falta de exercício. As quedas podem deste modo ser provocadas por fatores intrínsecos inerentes à pessoa e fatores extrínsecos, que se relacionam com o seu ambiente físico.

A alteração do equilíbrio nesta fase da vida é muito frequente, conforme abordado anteriormente, o que aumenta o risco de queda na pessoa idosa. A intervenção dos enfermeiros especialista de enfermagem de reabilitação assume um papel fundamental na promoção do equilíbrio proporcionando redução do risco de queda ou de quedas efetivas, assim como na melhoria da capacidade funcional sendo uma conquista muito relevante para melhoria da mobilidade (Garcia *et al.*, 2021).

De acordo com Hoeman (2011), grande parte da procura de serviços de urgência pelas pessoas idosas deve-se a lesões por quedas, sendo que muitas dessas pessoas tiveram a necessidade de internamento do qual resultou numa situação de declínio de função e da mobilidade. Furtado, Bonfim, Fernandes, Oliveira e Silva (2021), determinaram que dos 1954 atendimentos de idosos num serviço de urgência,

num determinado espaço temporal, 75% foram decorrentes de queda e que 80,3% dessas quedas ocorreram no domicílio. Torna-se assim evidente a relevância da intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação no planeamento de estratégias de prevenção de acidentes por queda no domicílio, na população idosa.

Sendo o envelhecimento da população uma tendência nos países desenvolvidos, e sabendo que após os 75 anos 70% das mortes acidentais relacionam-se com quedas (Fuller, 2001 in Hoeman, 2011), estas são consideradas um dos principais riscos à segurança das pessoas idosas em contexto domiciliar (Dos Santos, 2020). Para além do impacto a nível pessoal, as quedas são também consideradas um grave problema de saúde pública devido à elevada incidência de morbilidades, custos sociais e económicos (Sousa, 2015).

A perturbação do equilíbrio poderá limitar a qualidade de vida das pessoas idosas, e o seu papel na sociedade. Sentindo-se mais frágeis na execução das AVD, a tendência será isolarem-se socialmente, por receio de quedas e consequentes traumatismos, que levam a sofrimento físico, possível imobilidade corporal e a elevados custos de tratamento (Garcia 2015 in Garcia *et al.*, 2021).

A intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com foco nas alterações do equilíbrio permite que sejam evitadas situações que possam comprometer a segurança das pessoas, como reduzir risco de queda (Garcia *et al.*, 2021), cumprindo assim uma das competências comuns do Enfermeiro Especialista, presente no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: garantir um ambiente terapêutico e seguro gerindo o risco (OE, 2019).

Como mencionado anteriormente, o equilíbrio quando alterado ou comprometido leva à perda de funcionalidade por incapacidade de executar as AVD (Garcia *et al.* 2021). Todas as AVD dependem de reações de equilíbrio. O equilíbrio surge como uma reação automática, embora seja possível modificá-la voluntariamente para uso funcional (Araújo *et al.*, 2021).

O processo de envelhecimento e consequentes alterações na saúde das pessoas, levou ao aparecimento do conceito de capacidade funcional, que pode ser caracterizado pela ausência de dificuldades da pessoa em realizar as suas AVD (Arena *et al.* 2007 in Garcia *et al.* 2021); a capacidade funcional pode ser útil na identificação de complicações relacionadas com a saúde das pessoas idosas, nomeadamente incapacidade física, fragilidade, institucionalização e mortalidade. Através da capacidade funcional, é possível prever se a pessoa idosa consegue realizar as suas tarefas diárias, de forma satisfatória, permitindo

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

esta também inferir sobre a função cardiorrespiratória, a força, o equilíbrio, a agilidade, a flexibilidade e a coordenação (Garcia *et al.*, 2021).

Perante o exposto, pode-se aferir a importância da intervenção dos enfermeiros especialista de enfermagem de reabilitação na promoção do equilíbrio por ser fundamental para a realização das AVD, melhorando a capacidade funcional, trabalhando com o doente para a sua segurança e qualidade de vida.

### 2.3.Referencial Teórico de Afaf Meleis

A sustentação da prática de enfermagem de reabilitação num referencial teórico de enfermagem é essencial pois, para além de contribuir para promover a enfermagem como disciplina, tem um papel fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

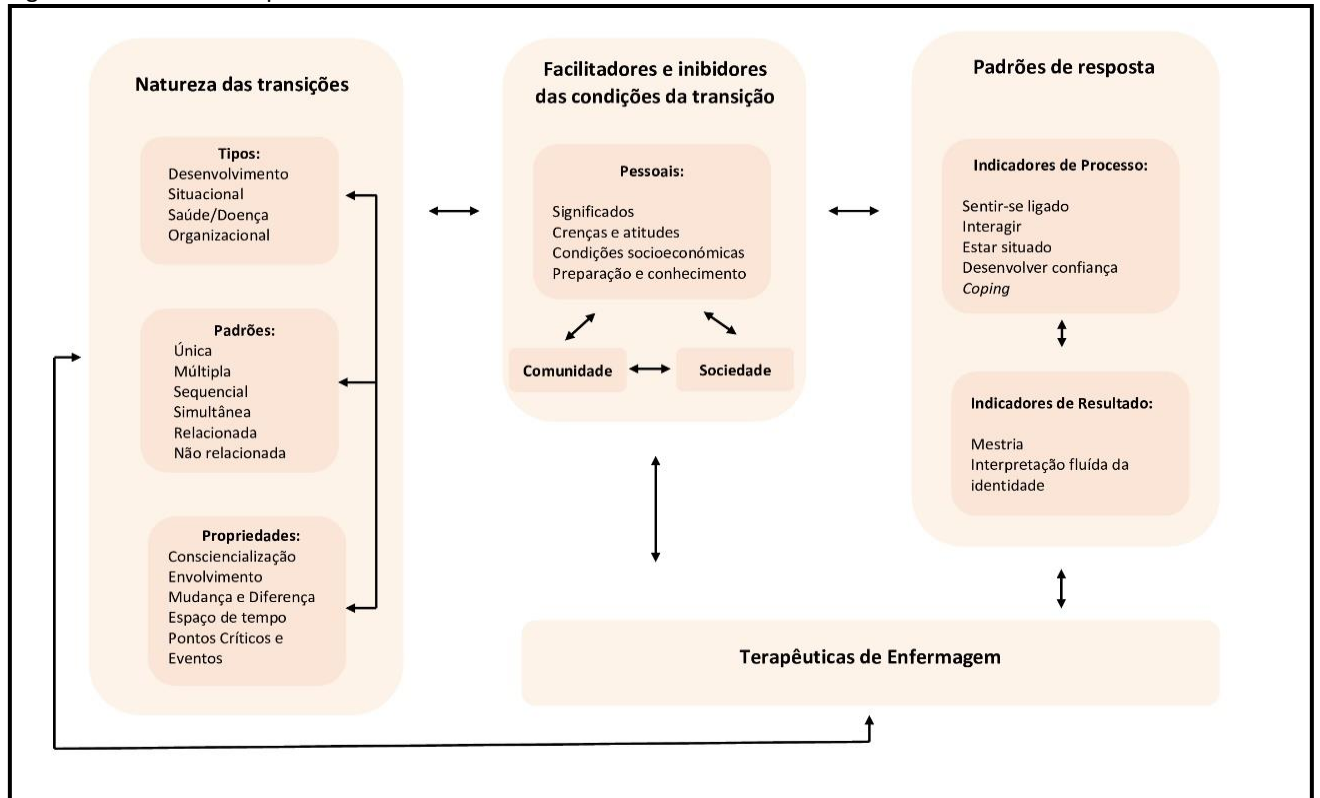
De acordo com Ribeiro, *et al.* (2021a) no contexto atual dos cuidados de enfermagem de Reabilitação, os EEER, na sua maioria, baseiam a sua prática no referencial teórico de Afaf Meleis, a partir do qual são identificados os problemas e necessidades das pessoas, planeando e executando cuidados direcionando a pessoas em processo de transição de forma a que seja uma transição de sucesso.

A Teoria das Transições, enquanto referencial teórico para a enfermagem foi desenvolvida por Afaf Meleis e tem vindo a evoluir ao longo de quatro décadas através da observação de vários processos de transição em diferentes contextos (Silva *et al.*, 2019). Na sua teoria de médio alcance, Meleis define a transição como um período de instabilidade precipitado por uma mudança, que pode ser de natureza de desenvolvimento, situacional, saúde/doença e organizacional e é um conceito central em enfermagem (Meleis, 2010).

O processo de transição é caracterizado pela sua singularidade, diversidade, e complexidade de várias dimensões, permitindo aos enfermeiros compreender as necessidades da pessoa com uma visão holística (Meleis, 2010).

Na figura 2 pode-se observar a esquematização do referencial teórico da teoria de médio alcance de Afaf Meleis e as suas variáveis.

Figura 2 - Modelo conceptual de Afaf Meleis



Fonte: Adaptado de Ribeiro, Moura & Ventura, 2021a e Silva, Carvalho, Rebelo, Barbosa, Araújo, Ribeiro, & Bettencourt, 2019

A transição pode ser considerada saudável através dos padrões de resposta que são os indicadores de processo e de resultado. Nos indicadores de processo são identificados fatores que permitem determinar se a pessoa que vivencia processo de transição utiliza os recursos disponíveis no sentido de saúde e bem-estar ou se encontra vulnerável. Os indicadores de resultado dizem respeito à mestria (domínio de novas competências) e à integração fluída de identidade. O desenvolvimento de competências e habilidades dos doentes que experimentam as transições são essenciais para estas sejam bem-sucedidas. Os indicadores de resultado permitem concluir se o processo de transição foi saudável ou não, assim como, permitem descrever as alterações que este evento teve na vida das pessoas (Silva *et al.*, 2019).

De acordo com Silva *et al.* (2019), os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação intervêm visando o diagnóstico precoce, promovendo medidas preventivas para assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenindo complicações e evitar incapacidades. Visam também

promover intervenções terapêuticas e melhorar as funções residuais, mantendo ou restaurando a independência nas AVD e reduzindo o impacto das deficiências existentes e assim poderão contribuir para uma transição saudável.

Reconhecendo que os enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação têm como propósito desenvolver terapêuticas efetivas que proporcionem a capacitação e o empoderamento das pessoas no processo de transição saúde-doença ou incapacidade de forma a recuperar a estabilidade e bem-estar, a mobilização da teoria de Meleis permite compreender e facilitar a experiência de transição da pessoa que necessita de cuidados de enfermagem especializados conforme referem Ribeiro *et al.* (2021a).

De facto, a alteração ou o comprometimento da função do equilíbrio constitui-se como o conjunto de mudanças que ocorrem ao nível da saúde da pessoa e familiares, impondo a necessidade de um processo de adaptação e de ajustamento. Segundo a autora da Teoria das Transições Meleis, este processo é designado de processo de transição saúde doença. Tratando-se de uma situação com repercussão significativa na qualidade de vida da pessoa/família. Silva, *et al.* (2019), defendem que a reabilitação assume uma grande importância no sentido intervir junto da pessoa para esta possa readquirir as capacidades perdidas e tornar-se novamente independente.

## 2.4.O equilíbrio corporal alterado como foco de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação

### 2.4.1. Problema e metodologia

Reconhecendo que nas transições saúde/doença os cuidados de enfermagem poderão ser fundamentais, assumimos também que numa situação de alteração da saúde como a que decorre do equilíbrio corporal alterado os cuidados de enfermagem diferenciados em enfermagem de reabilitação poderão ser fundamentais no processo de ajustamento das pessoas. Assim, a partir da questão de partida, “qual a efetividade da aplicação de um projeto de intervenção profissional de cuidados de enfermagem de reabilitação em pessoas adultas focado no equilíbrio alterado?” desenvolvemos um projeto de intervenção centrado na área da segurança e qualidade de vida com o qual se pretendeu descrever os contributos dos cuidados dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na capacitação para o equilíbrio corporal e os ganhos na capacidade funcional em pessoas internadas nos contextos do Estágio Final e

descrever também o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem; que foram os objetivos gerais deste relatório. Em termos de objetivos específicos, considerando que estes incorporam as estratégias para alcançar os objetivos gerais (Prado et al., 2013), foram definidos os seguintes:

- Avaliar o equilíbrio corporal nos doentes internados nos contextos da prática do Estágio Final.
- Planificar e implementar de um plano de intervenção profissional de enfermagem de reabilitação com foco no equilíbrio.
- Avaliar os resultados após implementação do plano de intervenção nos doentes.

Foi escolhida como abordagem metodológica de investigação-ação por se tratar de uma metodologia de pesquisa essencialmente prática e aplicada, com foco na resolução de problemas reais (Coutinho, Sousa, Dias, Bessa & Ferreira, 2009). É uma metodologia com produção de conhecimento e compreensão sobre fenómenos, que proporciona um saber contextualizado, correspondendo a determinada situação e propósito particular. O conhecimento produzido não é por isso generalizável (Cardoso & Rego, 2017).

Nesta metodologia o investigador tem um papel interventivo, não se limitando a descrever uma realidade (Coutinho et al., 2009), o que se enquadra na implementação de um projeto de intervenção em enfermagem. É também um processo cíclico e dinâmico que engloba quatro fases: planificação, ação, observação e reflexão. Após a reflexão, podem ser incluídas medidas de melhoria no próximo ciclo, havendo uma permanente interação entre a teoria e a prática (Cardoso & Rego, 2017).

Tendo em conta problemática, a intervenção profissional de cuidados de enfermagem de reabilitação em pessoas adultas com equilíbrio alterado e de forma a descrever e apresentar resultados, vai ser utilizada também a estratégia de estudo de caso, que como Yin (2015) descreve permite investigar fenómenos sociais complexos, focando-se num caso no seu contexto real de forma a obter uma perspetiva holística. Enquadrada nas pesquisas qualitativas esta estratégia permite estudar fenómenos contemporâneos, estudar os casos detalhadamente no seu contexto real, em especial quando os limites entre o fenómeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes (Yin, 2015).

### 3. PLANO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No plano de intervenção profissional foi adotada a linguagem presente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) promovida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (Ribeiro, Faria & Ventura, 2021b). A necessidade da informatização dos registos clínicos das pessoas é incontornável face à crescente informatização das organizações de saúde e no caso da enfermagem tal como refere Pestana (2017), esta necessita de se manter atualizada com a tecnologia. A CIPE® é uma linguagem classificada consensual que permite registar os diagnósticos e os resultados de enfermagem assim como as intervenções de enfermagem implementadas. Permite uma abordagem multiaxial; foco, juízo, recursos, ação, tempo, localização e cliente. O plano de intervenção profissional incidiu sobre o foco de enfermagem do equilíbrio, assim como os focos de enfermagem que possam ter um papel preponderante no equilíbrio. Foco é por definição uma área de intervenção pertinente para a enfermagem (Ribeiro, et al, 2021b).

Baseado na metodologia do processo de enfermagem, o plano de intervenção iniciou-se na avaliação inicial seguindo-se a formulação de diagnósticos de enfermagem, a concretização das intervenções e avaliação de resultados.

Segundo Hoeman (2011) a avaliação inicial é a primeira fase na prestação de cuidados, sendo essencial para o planeamento de cuidados. Consiste na recolha de informação de múltiplas fontes de forma a identificar as necessidades individuais, recursos potenciais e metas previstas. De acordo com Araújo et al. (2021) há condições que são determinantes no processo de reabilitação das pessoas e que podem ser facilitadores ou não desse processo e por isso devem ser incluídas na avaliação inicial: “a capacidade cognitiva, a capacidade física, a consciencialização das mudanças do seu estado de saúde, força de vontade, envolvimento no processo de aprendizagem, crença demonstrada de que é capaz de recuperar e desejo expresso de se tornar mais independente” (Araújo *et al.*, 2021, p. 204).

No que se refere ao equilíbrio corporal, segundo Araújo *et al.*, p. 204 (2021) os diagnósticos relevantes para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação são: “equilíbrio estático

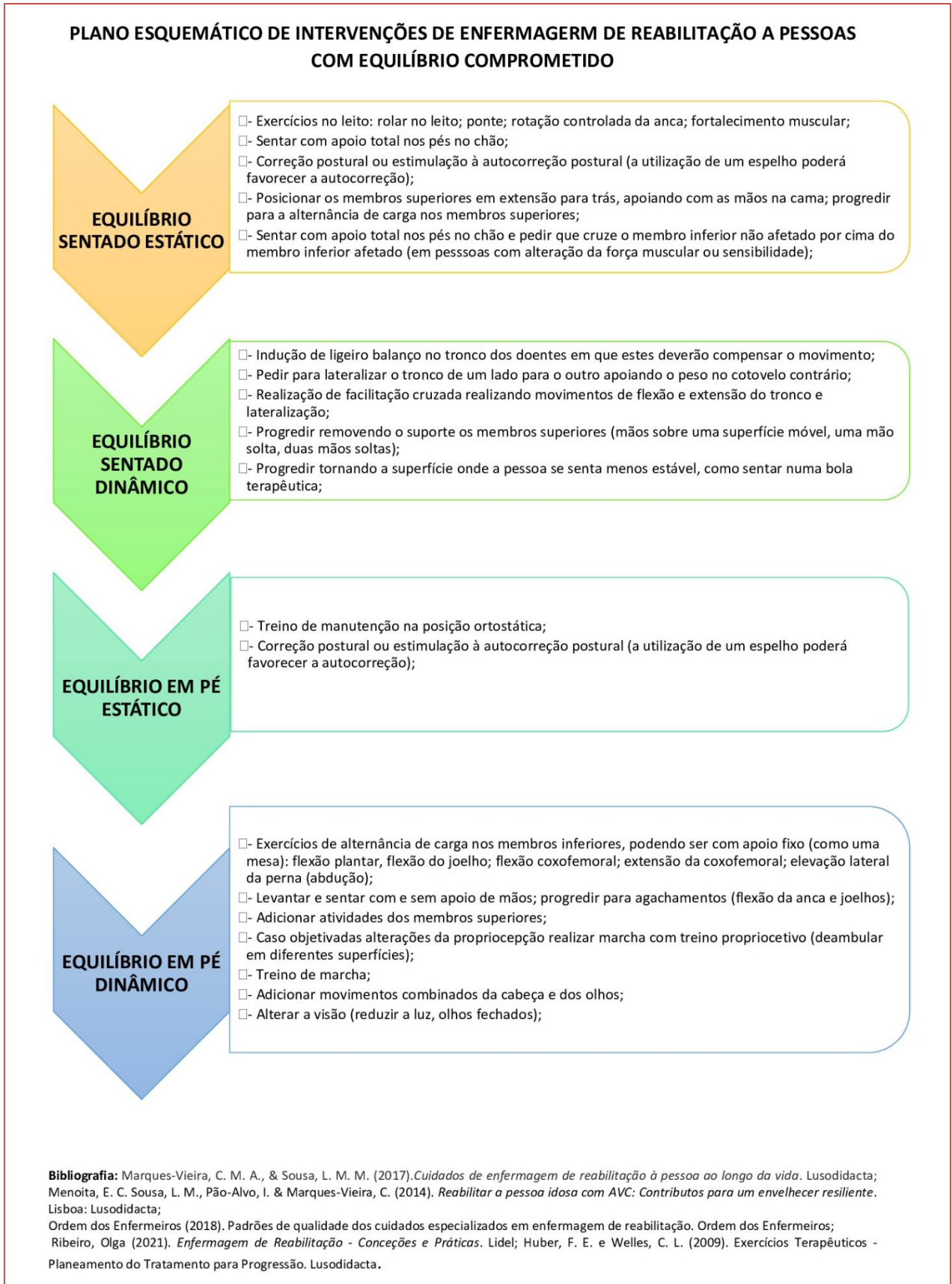
comprometido; equilíbrio dinâmico comprometido; potencial para melhorar a consciencialização da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio; potencial para melhorar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair; potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios para treino do equilíbrio; potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios para treino do equilíbrio”.

De acordo com a metodologia de enfermagem a etapa subsequente à definição dos diagnósticos de enfermagem é o planeamento das intervenções, que nestes doentes incluíram: “executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado); executar técnica de treino de equilíbrio estático (em pé); analisar com a pessoa a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio; ensinar/ instruir/ treinar exercícios para treino do equilíbrio estático (sentado); incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático (sentado); assistir no treino de equilíbrio estático (sentado); ensinar/ instruir/ treinar sobre exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé); incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé); assistir no treino de equilíbrio estático (em pé); analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair; executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico; ensinar/ instruir/ treinar exercícios para treino de equilíbrio dinâmico; incentivar exercícios para treino de equilíbrio dinâmico; assistir no treino de equilíbrio dinâmico” (Araújo *et al.*, 2021, p.205)

A execução destas intervenções de enfermagem foi facilitada pela compilação da bibliografia consultada, adaptadas a cada pessoa, consoante os seus objetivos da reabilitação, tolerância à dor ou conforme as suas limitações.

O plano esquemático da figura 3, de inclui intervenções/exercícios organizados por ordem de dificuldade, iniciando pelos de mais fácil execução indo progredindo para uma dificuldade crescente. A avaliação das intervenções e resultados foi objetivada utilizando os instrumentos da avaliação inicial (antes do programa de treino), aferindo assim os ganhos no equilíbrio. De forma capacitar a pessoa no treino do equilíbrio foi avaliado continuamente o conhecimento e capacidade de exercícios do treino de equilíbrio, conforme sugerem Araújo *et al.* (2021). Os resultados esperados foram: “equilíbrio estático melhorado; equilíbrio dinâmico melhorado; consciencialização da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio melhorado; consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair melhorado; conhecimento sobre exercícios para treino do equilíbrio melhorado; capacidade para executar exercícios para treino do equilíbrio melhorada” (Araújo *et al.*, 2021, p.211).

Figura nº3 – Plano esquemático de intervenções de Enfermagem de Reabilitação com foco no equilíbrio



Fonte: Elaboração própria

No caso específico da pessoa com AVC, os exercícios de treino de equilíbrio tiveram lugar quando a situação clínica permitiu que os doentes iniciassem o levante conforme sugestão de Menoita *et al.* (2014). Estes exercícios tiveram como objetivo principal reeducar o equilíbrio estático e dinâmico, reeducar o mecanismo do reflexo postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e preparar a marcha.

### 3.1. A Recolha de informação dos doentes

A colheita de dados foi realizada através de notas de enfermagem, relatos da experiência, planos de cuidados e utilização de instrumentos de medida relevantes no âmbito do plano de intervenção.

Para Hoeman (2011) a avaliação do equilíbrio pode ser realizada quando a pessoa se senta, observando o controlo do equilíbrio, da força no abdómen e no tronco e assim avaliar o equilíbrio sentado estático. O equilíbrio sentado dinâmico pode ser observado ao introduzir ligeiros desequilíbrios empurrando o tronco de um lado para o outro e para trás e para a frente, garantindo sempre a segurança do doente. Pode também ser avaliado através da capacidade de manter o equilíbrio quando faz movimentos de cabeça e tronco. O equilíbrio em pé estático e dinâmico pode ser avaliado segundo a mesma autora através da observação de atividades como a transferência e a marcha. Do ponto de vista do juízo clínico e conforme nomenclatura presente no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação deverão categorizar o equilíbrio como presente ou diminuído (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). De forma a ser mesurável, monitorizar os progressos, medir a eficácia do tratamento e determinar os benefícios das intervenções de reabilitação, o equilíbrio corporal foi avaliado utilizando o índice de *Tinetti* (foi adaptada e validada para a população portuguesa por Petiz, 2002, citada por Apóstolo (2012)). Este índice é obtido por um questionário que permite a avaliação do equilíbrio e marcha e em função da pontuação assim como determinar também o risco de queda. Nos primeiros nove itens é avaliado o equilíbrio corporal sendo atribuídos no total 16 pontos e uma segunda etapa permite avaliar a marcha sendo atribuídos no total 12 pontos. O somatório do índice de *Tinetti* perfaz 28 pontos e deverá ser interpretado do seguinte modo:

- 0-19 pontos: elevado risco de queda
- 19-24 pontos: moderado risco de queda

- 24-28 pontos: baixo risco de queda

Ainda de acordo com Hoeman (2011), o domínio da funcionalidade é particularmente sensível para enfermagem de reabilitação porque as intervenções deverão ser orientadas para maximização da função e a minimização do impacto da incapacidade. O conceito de funcionalidade, idealizado por Kane e Kane no início da década de oitenta, hoje é comum a partir da utilização de instrumentos de avaliação que documentam o desempenho das pessoas nas AVD.

As escalas mais frequentemente utilizadas como instrumento de avaliação funcional são a Medida de Independência Funcional (MIF) e o Índice de Barthel (Hoeman, 2011; DGS, 2011). No caso deste plano de intervenção profissional foi selecionada a MIF pois tem a vantagem de medir a comunicação e cognição social (Hoeman, 2011). É uma escala de avaliação onde o desempenho da pessoa é avaliado em dezoito atividades, sendo cada uma avaliada de um a sete. Quanto maior a pontuação menor é o grau de dependência.

Para avaliação da força muscular foi utilizada a *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC). Trata-se de uma avaliação de 0 a 5 em que 0 corresponde a ausência de qualquer contração muscular e 5 representa uma força normal.

O tónus muscular foi avaliado segundo a Escala *Ashworth* Modificada. É uma escala qualitativa, avaliada de zero a quatro de acordo com a resistência crescente oferecida ao movimento angular de um segmento movido de forma rápida e passiva pelo examinador. Quanto maior o tónus maior o valor atribuído.

A escala de quedas de Morse foi incluída de forma a identificar riscos potenciais de quedas. A Direção Geral de Saúde (DGS) (2019) recomenda na norma “Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares” a utilização da escala de Morse para a avaliação do risco de queda a todas as pessoas em internamento hospitalar. É um instrumento de avaliação multifatorial, validado para a população portuguesa tendo sido identificada uma boa fiabilidade e validade, cujo tempo de aplicação estimado é inferior a três minutos. A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 pontos sendo classificados três grupo de risco: até 24 pontos, sem risco de queda, de 25 a 50 pontos, com baixo risco de queda e as pessoas com 51 ou mais pontos são classificados em alto risco de queda.

No primeiro contexto clínico, foi utilizada a NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*) para a avaliação de défices neurológicos, especificamente nas pessoas com diagnóstico de AVC. A escala possui

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

11 itens, com pontuações que variam em cada um. A pontuação total é de 42, sendo que quando maior a pontuação, maior a gravidade do AVC.

### 3.2. Questões de ordem ética e deontológica

Durante o desenvolvimento do projeto foram asseguradas as considerações éticas inerentes à investigação em Enfermagem, que visaram sobretudo a proteção das pessoas, que são muitas vezes pessoas fragilizadas e vulneráveis. Como sublinham Nunes (2013) e a OE (2015b), a investigação em enfermagem é orientada por normas internacionais e nacionais relativas à proteção das pessoas, sendo o consentimento informado, livre e fundamentado, o alicerce de uma investigação eticamente sólida.

Numa perspetiva deontológica, está assente no Código Deontológico, que o enfermeiro tem o dever de respeitar a autodeterminação dos doentes, assumindo a responsabilidade de divulgar recursos facilitadores da mesma, informar o indivíduo e família e promover o direito ao consentimento livre e informado para realizar tratamentos e procedimentos incluindo a participação em projetos de investigação (OE, 2015b; Nunes, 2013).

Assim, todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre as intervenções e objetivos do estudo de forma a consentirem de forma livre e esclarecida a sua participação (Apêndice 1). Durante todas as fases do estudo, foi garantida a autonomia dos participantes, respeitando suas escolhas e interesses. A confidencialidade dos dados foi uma preocupação inerente durante desenvolvimento deste projeto, tendo sido preservado o anonimato quer das instituições quer dos participantes, sendo os dados recolhidos destinados exclusivamente ao desenvolvimento deste trabalho.

#### **4. RESULTADOS DO PLANO DE INTERVENÇÃO**

Foram incluídas neste projeto pessoas internadas nos contextos clínicos onde decorreu o Estágio Final, com o diagnóstico de enfermagem de equilíbrio corporal alterado, cuja situação clínica já estivesse estabilizada para integrar o projeto de intervenção.

No âmbito da implementação do plano de intervenção durante o Estágio Final foram identificadas doze pessoas com alterações da função do equilíbrio corporal, tendo-lhes sido prestados cuidados especializados relacionados com alteração deste foco, no entanto em apenas quatro casos foi possível um acompanhamento de uma forma sistematizada por motivos de transferência, alta clínica ou mesmo agravamento clínico.

No primeiro contexto clínico que corresponde a uma unidade de cuidados intermédios especializados na prestação de cuidados a pessoas numa fase aguda, a média dos dias de internamento muito baixa impossibilitou a avaliação da efetividade da implementação do plano de intervenção. No segundo contexto clínico, e tendo em conta os doentes atribuídos à enfermeira tutora, foram identificados dois doentes com alterações do equilíbrio, tendo sido prestados cuidados especializados, mas também neste contexto não foi possível avaliar os resultados da intervenção por falta de continuidade de cuidados, pelo que não foram aqui apresentados.

Assim, são apresentados os casos de quatro pessoas em que foi identificado a alteração do foco equilíbrio corporal e a quem foi possível manter a continuidade dos cuidados conseguindo assim a avaliação dos resultados. Cada um dos quatro participantes foi identificado pelas letras A, B, C e D, de forma a manter o seu anonimato.

Em todos os casos descritos foi realizada uma avaliação inicial dos doentes e definidos os diagnósticos relevantes de modo a integrá-los no projeto de intervenção. Contudo, a atuação na prática foi realizada vendo a pessoa como um todo e prestando os cuidados de enfermagem de reabilitação tendo em conta todos os diagnósticos de enfermagem de reabilitação identificados.

No período em que decorreram os cuidados de enfermagem de reabilitação, pela sua instabilidade, as pessoas mantiveram a monitorização hemodinâmica contínua, apenas interrompida para o

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

treino de marcha em que foram avaliados antes e após o mesmo, de forma a assegurar a segurança da pessoa e adequar a intensidade da atividade durante as intervenções.

#### 4.1 O caso da pessoa A

Trata-se de uma pessoa de 85 anos de idade, sexo feminino, de nacionalidade portuguesa. Casada e que residia com o marido. Tinha uma filha que era o seu familiar de referência. Tinha o nível de escolaridade de licenciatura e estava reformada. Previamente a este episódio era uma pessoa independente nas suas atividades da vida diária.

Iniciou um quadro súbito de disartia e hemiparesia direita. Admitida no serviço de urgência com um quadro de disartria marcada, estrabismo divergente, nistagmo horizontal rotatório, olho esquerdo sem movimentos no plano horizontal, paresia facial central direita e hemiparesia direita (grau 3 na MRC). Ao realizar Tomografia Axial Computorizada de crânio (TAC-CE) e Angiotomografia de crânio constatou-se uma oclusão do terço distal da artéria basilar com topo permeável.

Foi diagnosticada com AVC isquémico por oclusão do terço distal da artéria basilar. Realizou trombólise com *Recombinant Tissue Plasminogen Activator* (rtPA) para 64Kg 2h10 após o início dos sintomas. A Ressonância Magnética de crânio (RM-CE) revelou lesão isquémica da hemiprotuberância esquerda e pequena lesão puntiforme da hemiprotuberância direita; sem mais lesões. Realizou também angiografia terapêutica para trombectomia aspirativa resultando numa reperfusão completa após procedimento.

Tinha como antecedentes pessoais conhecidos hipertensão arterial, hipertireoidismo, depressão, neoplasia do cólon sigmoide. Sem hábitos etílicos, tabágicos ou toxicófilos. Sem conhecimento de alergias.

##### **Avaliação**

Respiração: ventilação espontânea, com padrão respiratório de média amplitude, simétrica e rítmica. Sem tosse ou secreções. Sem necessidade de oxigenoterapia.

Exame neurológico: vígil, com abertura dos olhos espontânea. Comunicativa. Orientada na pessoa, tempo e espaço. Sem alterações da linguagem: nomeava 5 em 5 objetos, repetia o discurso sem erros, cumpria indicações simples e complexas e apresenta um discurso fluente. Sem alterações aparentes da memória: memória de trabalho preservada com a repetição imediata de 3 palavras; memória a curto

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

prazo sem alterações constatando-se a capacidade em recordar 3 palavras mencionadas cerca de 5 minutos antes; memória retrógrada mantida, avaliada através da descrição de eventos da sua vida, e vida familiar. Atenção mantida à realização de tarefas, mantendo o foco. Apresentava uma alteração da produção motora de palavras com ligeira hipofonia. Discurso pouco inteligível. Não foram identificadas alterações da função executiva, quando realizadas atividades relacionadas com o autocuidado. Não foram identificadas alterações nas capacidades práticas. Na escala NIHSS apresentava um score de 7.

Avaliação de pares cranianos

**I-olfativo** – Não testado;

**II-ótico** – Não foram objetivadas alterações na acuidade visual; visão periférica com reflexo de ameaça diminuído à direita;

**III-oculomotor; IV patético; VI-motor ocular externo** (abducente) – Pupilas isocóricas e reativas à luz; não completa a levoversão do olho esquerdo; nistagmo horizontal;

**V-trigêmeo** – Sensibilidade tátil e dolorosa mantida. Dificuldade na mobilidade da mandíbula;

**VII-facial** – Paresia facial central direita muito acentuada com marcado apagamento do sulco nasogeniano à direita;

**VIII-auditivo/vestibulo coclear** – Sem alterações

**IX-glossofaríngeo; X-vago** – Reflexo de vômito presente, mas diminuído; Reflexo de tosse presente;

**XI-espinal** – Sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio;

**XII-grande hipoglosso** – Língua centrada na protusão; estase salivar; úvula hipotónica com desvio para a esquerda;

Avaliação da deglutição: Doente vígil por mais de 15 minutos. Apresentava vigilância voluntária presente (tosse voluntária e limpava a garganta). Apresentava estase salivar e hipofonia. Paresia facial do andar inferior muito acentuada à direita. Sem alterações de sensibilidade. Protusão da língua centrada. Reflexo de tosse presente. Reflexo de vômito presente, mas diminuído. Úvula hipotónica com desvio para a esquerda. Tendo em conta as alterações descritas a doente ainda tinha necessidade de alimentação entérica por sonda nasogástrica.

Avaliação da sensibilidade: sensibilidade superficial tátil e dolorosa mantidas; sensibilidade postural mantida.

Avaliação de força muscular: foi utilizada a escala MRC na avaliação da força muscular. Observa-se uma hemiparesia direita de predomínio braquial com uma força muscular de grau 3 no membro superior e grau 4 no inferior. Hemicorpo esquerdo com força grau 5.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Avaliação do tônus muscular: aplicada a escala de *Ashworth* que evidencia a ausência de espasticidade.

Avaliação equilíbrio: Índice de *Tinetti* aplicado para a avaliação do equilíbrio com um score de 2 em 16. Observou-se o equilíbrio sentado estático bom, mas já com algumas dificuldades no dinâmico. Em pé não conseguia manter a posição ortostática sem apoio de duas pessoas.

Risco de queda: baixo risco de queda, score de 50 na escala de Morse.

Tegumento: pele e mucosas coradas e hidratadas. Integridade cutânea mantida, escala de *Braden* de 16 (baixo risco de úlcera por pressão)

Função: MIF de 56 (dependência modificada com assistência até 50% da tarefa)

Perante a avaliação inicial, foram identificados os diagnósticos de enfermagem de reabilitação e planeadas intervenções para obter os melhores resultados. De salientar que todas as intervenções foram realizadas tendo sempre em conta que a doente se encontrava numa fase aguda após AVC, com especial atenção à gestão de esforço, à monitorização da dor e manutenção da estabilidade dos parâmetros vitais (monitorização hemodinâmica contínua). No quadro 1 estão esquematizadas as intervenções desenvolvidas de enfermagem de reabilitação, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação e de acordo com a linguagem CIPE®:

Quadro nº 1 - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação caso da pessoa A

Diagnósticos	Intervenções
Movimento muscular comprometido diminuído no hemicorpo direito	<ul style="list-style-type: none"><li>-Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i>;</li><li>- Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos (automobilizações – treino bilateral dos MS);</li><li>-Treinar a ponte e o rolamento no leito;</li><li>-Promover o posicionamento do membro superior direito em padrão anti espástico;</li><li>-Executar técnica de exercício muscular e articular ativa assistida no hemicorpo direito</li><li>- Incentivar a pessoa a executar a técnica de exercício muscular e articular.</li></ul>
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar aprendizagem de capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li><li>- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li><li>- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular que a doente possa executar autonomamente como as automobilizações com os membros superiores e rolamentos no leito</li></ul>

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	-Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;
Equilíbrio corporal comprometido	-Avaliar equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/em pé) - Monitorizar equilíbrio corporal (Índice de <i>Tinetti</i> ); -Atender continuamente no equilíbrio corporal (correção postural e oscilação do tronco); -Realização de exercícios no leito (ponte e rolamento) - Treino de equilíbrio dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada. – Para além das intervenções acima descritas, inicia treino de equilíbrio ortostático: levantar e sentar inicialmente com apoio de mãos e posteriormente sem apoio de mãos;
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair	-Ensinar para a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico sentado); - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural;
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco); - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal; - Treinar técnica de equilíbrio corporal.
Pôr-se de pé comprometido	-Avaliar pôr-se de pé; -Incentivar pôr-se de pé; -Planear o pôr-se de pé; -Assistir a pessoa a pôr-se de pé;
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;	- Ensinar e treinar a técnica pôr-se de pé mantendo a segurança do doente.
Andar comprometido	-Treino de marcha assistido por EEER; -Incentivar a correção do tronco no andar;
Potencial para melhorar capacidade de Andar	-Avaliar a capacidade para andar -Instruir sobre técnica de adaptação para andar
Transferir-se alterado	-Avaliar transferir-se; -Incentivar transferir-se; -Planear o transferir-se; -Assistir a pessoa a transferir-se;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se	- Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferir-se promovendo a sua independência;
Dependente no autocuidado: higiene, em grau elevado	- Monitorizar autocuidado: higiene; - Assistir no banho no leito; - Incentivar a participação da pessoa no autocuidado: higiene; - Assistir no banho no chuveiro;
Dependente no autocuidado: vestuário	- Gerir vestuário; - Assistir no vestuário; - Incentivar a participação no autocuidado: vestuário.
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário	- Avaliar o conhecimento sobre o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário; - Incentivar para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário; - Ensinar para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário; - Validar conhecimento sobre autocuidado: vestuário.
Potencial para melhor capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário	- Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade inferior) - Instruir sobre o uso de técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade inferior); - Treinar uso de técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário.

Fonte: Elaboração própria

Foi implementado o plano de intervenção dois dias seguidos em que foram realizadas duas sessões por dia de aproximadamente 30 minutos. Ao terceiro dia de internamento a doente foi transferida para outro serviço por já não requerer necessidade de monitorização hemodinâmica contínua e vigilância neurológica apertada.

Conforme a avaliação inicial, o equilíbrio corporal está comprometido, neste caso associado à diminuição da força muscular no hemicorpo direito. Conforme contemplado na esquematização do plano de intervenção, o treino de atividades foi realizado de forma progressiva a nível de dificuldade, consoante a capacidade da pessoa. Antes do 1º levante foram realizados exercícios no leito: rolar no leito e ponte. De forma a treinar o fortalecimento muscular no hemicorpo direito foram realizadas mobilizações ativas-assistidas no membro superior e inferior, em todos os segmentos. Com ajuda parcial a doente sentou-se à beira do leito com apoio total dos pés no chão. Relembrando que o equilíbrio sentado estático é estável e seguro, no entanto quando foi introduzido um ligeiro balanço no tronco a doente ainda tinha alguma dificuldade em manter a postura. Foram realizados exercícios de facilitação cruzada e movimentos de

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

lateralização do tronco. Partindo para a posição em pé, observou-se muita dificuldade em manter a postura sem apoio, foi incentivada a manter a posição ortostática com ajuda.

No segundo dia de intervenção, a avaliação do equilíbrio corporal havia melhorado, com melhor estabilidade no equilíbrio sentado dinâmico e com algumas melhorias no equilíbrio em pé estático permitindo progredir para o treino de marcha com apoio de pessoa bilateral (Quadro nº 2.) Foi treinado o pôr-se de pé, tendo-se notado progressão logo no final da sessão pela melhoria da harmonia e segurança do movimento, embora com necessidade ainda de apoio.

Quadro nº 2 – Avaliação do equilíbrio da pessoa A com a utilização do índice de Tinetti

EQUILÍBRIO		1ª avaliação	2ª avaliação
1. Equilíbrio sentado	Inclina-se ou desliza na cadeira = 0	2	2
	Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira = 1		
	Estável, seguro = 2		
2. Levantar-se	Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio = 0	0	1
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão de tronco ou não consegue à 1ª tentativa = 1		
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços = 2		
3. Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações de tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) = 0	0	0
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se = 1		
	Estável sem qualquer tipo de ajudas = 2		
4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos	Instável = 0	0	1
	Estável, mas alargado a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio = 1		
	Pés próximos e sem ajudas = 2		
5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição (na posição de pé com os pés próximos o observador empurra-o levemente com a palma da mão no externo 3 vezes)	Começa a cair = 0	0	0
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza = 1		
	Estável = 2		
6. Fechar os olhos na mesma posição	Instável = 0	0	0
	Estável = 1		
7. Volta de 360º (duas vezes)	Instável (agarra-se, vacila) = 0	0	0
	Estável, mas dá passos descontínuos = 1		
	Estável e passos contínuos = 2		
	Não consegue ou tenta segurar-se em qualquer objeto = 0		

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

8. Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	Aguenta 5 segundos de forma estável=1	0	0
9. Sentar-se	Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância=0	0	1
	Usa os braços ou movimento não harmonioso=1		
	Seguro, movimento harmonioso=2		
<b>Pontuação</b>		<b>2/16</b>	<b>5/16</b>
<b>Marcha</b>			
10. Início de marcha (imediatamente após o sinal de partida)	Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar=0	0	0
	Sem hesitação=1		
11. Largura do passo (pé direito)	Não ultrapassa à frente do pé de apoio=0	0	1
	Ultrapassa o pé esquerdo em apoio=1		
12. Altura do passo (pé direito)	O pé direito não perde completamente o contacto com o solo=0	0	1
	O pé direito eleva-se completamente do solo=1		
13. Largura do passo (pé esquerdo)	Não ultrapassa à frente do pé de apoio=0	0	0
	Ultrapassa o pé direito em apoio=1		
14. Altura do passo (pé esquerdo)	O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo=0	0	0
	O pé esquerdo eleva-se completamente do solo=1		
15. Simetria do passo	Comprimento do passo aparentemente assimétrico=0	0	0
	Comprimento do passo aparentemente simétrico=1		
16. Continuidade do passo	Pára ou dá passos descontínuos=0	0	0
	Passos contínuos=1		
17. Percurso de 3 m	Desvia-se da linha marcada=0	0	0
	Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha=1		
	Sem desvios e sem ajudas=2		
18. Estabilidade do tronco	Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha=0	0	0
	Sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha=1		
	Sem oscilação, sem flexão não utiliza os braços nem auxiliares de marcha=2		
19. Base de sustentação durante a marcha	Calcanhares muito afastados=0	0	1
	Calcanhares próximos, quase se tocam=1		
<b>Pontuação</b>		<b>0/12</b>	<b>3/12</b>
<b>Pontuação Total</b>		<b>2/28</b>	<b>8/28</b>

Fonte: Elaboração própria

A avaliação da força muscular do hemicorpo direito também apresentou melhorias, conforme apresentado no quadro 3.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Quadro 3 – Avaliação da força muscular da pessoa A com a escala MRC

Hemicorpo		1ª avaliação		2ª avaliação	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Membro Superior	Escapulo-umeral	3	5	4	5
	Cotovelo	2	5	4	5
	Antebraço	2	5	3	5
	Punho	1	5	3	5
	Dedos	1	5	2	5
Membro Inferior	Coxo-femoral	4	5	4	5
	Tíbio-társica	4	5	4	5

Legenda – Escala Medical Council Research

5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;

4 – Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;

3 – Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

2 – Tem movimento muscular das extremidades, mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;

1 – Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.

0 – Sem contração muscular e sem movimento

NT- Não testado

Fonte: Elaboração própria

A par das melhorias, a nível do equilíbrio e da força muscular o treino de estratégias adaptativas nas AVD também revelou melhorias identificadas no score da MIF, tendo passado de uma dependência modificada com assistência até 50% da tarefa para uma dependência modificada com assistência até 25% da tarefa. No quadro nº 4 pode-se observar que a melhoria do score se deveu sobretudo à diminuição da dependência em itens que têm ligação direta com o equilíbrio corporal como a locomoção e a transferência. Neste caso também se pode constatar que a melhoria do equilíbrio corporal, permitiu o início de treino de estratégias adaptativas para a realização de tarefas relacionadas com as AVD assim como favoreceu a sua realização.

Quadro nº 4 – Avaliação do desempenho nas AVD da pessoa A com a MIF

	1ª avaliação	2ª avaliação
AUTOCUIDADADOS		
Alimentação	3	4
Higiene pessoal	2	3

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Banho	2	2
Vestir metade superior	5	5
Vestir metade inferior	2	3
Utilização da sanita	2	3
<b>CONTROLO DE ESFÍNCTERES</b>		
Bexiga	4	4
Intestino	5	5
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>		
Leito, cadeira, cadeira de rodas	2	3
Sanita	2	3
Banheira/chuveiro	2	3
<b>LOCOMOÇÃO</b>		
Marcha/cadeira de rodas	1	3
Escadas	1	2
<b>COMUNICAÇÃO</b>		
Compreensão	5	5
Expressão	5	5
<b>COGNIÇÃO SOCIAL</b>		
Interação social	4	4
Resolução de problemas	4	4
Memória	5	5
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>66</b>

<b>Níveis</b>	
<b>Sem ajuda</b>	
7	Independência completa (em segurança, em tempo normal)
6	Independência modificada (ajuda técnica)
<b>Com ajuda</b>	
<b>Dependência Modificada</b>	
5	Supervisão
4	Ajuda mínima ( $\geq 75\%$ )
3	Ajuda moderada ( $\geq 50\%$ )
<b>Dependência Completa</b>	
2	Ajuda máxima ( $\geq 25\%$ )
1	Ajuda total ( $\geq 0\%$ )

Fonte: Elaboração própria

A motivação é sem dúvida essencial para um processo de transição doença/saúde eficaz. Apesar de no primeiro dia de intervenção a pessoa A estivesse muito motivada para iniciar o seu processo de reabilitação, a sua expectativa não era realista tendo resultado numa perda de motivação, frustração e tristeza face à sua doença no segundo dia. Muito importante nesta fase foi a familiar de referência que ajudou a manter a doente participativa com expectativas mais realistas e valorizando as melhorias observadas.

## 4.2 O caso da pessoa B

É uma pessoa de 35 anos de idade, sexo feminino, caucasiana de nacionalidade brasileira. Solteira, morava com o companheiro que era o seu familiar de referência. Previamente a este episódio era uma pessoa independente nas suas atividades da vida diária.

Teve uma crise convulsiva inaugural tendo por isso recorrido ao serviço de urgência. À chegada ao hospital apresentou novo episódio convulsivo e um episódio de vômito. Referia cefaleias intensas com cerca de uma semana de evolução. Sem alterações no exame neurológico. Faz TAC-CE que não apresentava alterações e teve alta medicada e referenciada para a consulta de Neurologia. Três dias depois recorreu novamente ao serviço de urgência por agravamento da cefaleia associada a náuseas e vômitos. Apresentava um discurso lentificado; sem outros déficits focais. A TAC-CE revelava hiperdensidade ao longo de todo o seio sagital superior, da torcula e do seio lateral direito; achado sugestivo de trombose. Iniciou hipocoagulação e foi transferida para uma unidade especializada (que correspondeu ao 1º contexto do ensino clínico), com o diagnóstico clínico de trombose venosa cerebral para vigilância. Na admissão mantinha cefaleias e sonolência, mas despertável, com discurso hipofónico e lentificado, ligeira hipostesia no membro superior direito e sem novas crises convulsivas.

Uma RM-CE (realizada quase um mês após o início dos sintomas) revelou a existência de hematoma talâmico direito e presença de hemorragia subaracnoide. Apresentou queixas visuais pouco consistentes (amaurose, visão em túnel e visão desfocada). Foi observada por um neuro oftalmologista que não objetivou nenhuma lesão que justificasse os sintomas. Quatro dias após a realização da RMN-CE realizou TAC-CE que revelou melhorias imagiológicas. Por cefaleias persistentes foi realizada uma punção lombar evacuadora com melhoria da dor. Apresentou períodos de delírio com períodos de instabilidade emocional (labilidade emocional/agressividade verbal) e inconsistência na descrição de sintomas. Foi pedido acompanhamento por parte da psiquiatria.

Sem antecedentes conhecidos a não ser a obesidade. Sem hábitos tabágicos, etílicos ou toxicofílicos. Sem alergias conhecidas.

**Avaliação:**

Respiração: ventilação espontânea, com padrão respiratório de média amplitude, simétrica e rítmica. Sem tosse ou secreções. Sem necessidade de oxigenoterapia.

Exame neurológico: doente muito sonolenta, mas despertável a estímulos verbais. Orientada na pessoa, e espaço. Desorientação temporal. Sem alterações da linguagem: nomeava 5 em 5 objetos, repetia o discurso sem erros, cumpria indicações simples e complexas e apresentava um discurso fluente. Memória de trabalho com ligeiras alterações tendo repetido 2 em 3 palavras. Na memória a curto prazo constatou-se a capacidade em recordar apenas uma palavra mencionada 5 minutos antes. Memória retrógrada mantida, avaliada através da descrição de eventos da sua vida profissional e familiar. Doente mantinha-se vígil e atenta em relação ao meio, com perdas de atenção quando realizava tarefas durante

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

o exame. Discurso sem alterações. Não foram identificadas alterações da função executiva, quando realizadas atividades relacionadas como autocuidado. Não foram identificadas alterações nas capacidades práticas. Na escala de NIHSS apresentava um com score de 3.

Avaliação de pares cranianos

**I-olfativo** – não testado;

**II-ótico** – referia visão em túnel e desfocada; apresentava uma hemianopsia homónima esquerda;

**III-oculomotor; IV patético; VI-motor ocular externo-** pupilas isocóricas e reativas à luz; movimentos oculares mantidos, mas lentificados

**V-trigêmeo** – sensibilidade tátil e dolorosa mantida. Sem alterações na mobilidade da mandíbula;

**VII-facial** – sem alterações

**VIII-auditivo/vestibulo coclear** – sem alterações

**IX-glossofaríngeo; X-vago** – reflexo de vômito presente; Reflexo de tosse presente;

**XI-espinal** – sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio;

**XII-grande hipoglosso** – língua centrada na protusão; sem estase salivar; sem alterações no palato mole;

Avaliação da deglutição: doente com períodos de vigília superiores a 15 min; Sem alterações na deglutição voluntária. Com tosse voluntária presente. Sem estase salivar. Sem alterações da qualidade da voz após deglutição. Sem paresia facial ou assimetrias; sem alterações da sensibilidade da face. Reflexo de vômito presente. Palato mole sem alterações. Movimentos da língua sem alterações. Sem alterações da deglutição. Dieta oral geral.

Avaliação da sensibilidade: sensibilidade superficial tátil e dolorosa mantidas; sensibilidade postural mantida.

Avaliação de força muscular: na avaliação da força muscular, apresentava uma força muscular de 5 (escala MRC) nos quatro membros.

Avaliação do tônus muscular: ausência de espasticidade evidenciada pela escala de *Ashworth*

Avaliação equilíbrio: equilíbrio sentado, estático e dinâmico mantido. Equilíbrio em pé estático alterado (Índice de *Tinetti* com score de 7 em 16).

Risco de queda: baixo risco de queda (45 na escala de Morse).

Tegumento: Pele e mucosas coradas e hidratadas, integridade cutânea mantida, baixo risco de úlcera por pressão (Escala de *Braden* de 17)

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Função: dependência modificada com assistência até 25% da tarefa (MIF de 67)

A avaliação de enfermagem de reabilitação foi realizada alguns dias após o internamento da doente, que já tinha iniciado o levante com ajuda parcial. A doente estava renitente a iniciar o programa de reabilitação por referir sempre cansaço e cefaleias.

O plano de intervenção desta doente foi personalizado de forma a obter os melhores resultados, (conforme apresentado no quadro nº5). Todas as intervenções foram realizadas tendo sempre em conta que a doente apesar de já não estar numa fase aguda da sua doença, mantinha alterações como cefaleias frequentes o que requeriam especial atenção na gestão de esforço, vigilância e manutenção da estabilidade dos parâmetros vitais (monitorização hemodinâmica contínua) e estado neurológico. No quadro 5 estão esquematizadas as intervenções desenvolvidas de enfermagem de reabilitação, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação e de acordo com a linguagem CIPE®:

Quadro nº 5 - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa B

Diagnósticos	Intervenções
Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/ortostático)</li><li>- Monitorizar equilíbrio corporal (Índice de <i>Tinetti</i>);</li><li>- Atender continuamente no equilíbrio corporal (correção postural e oscilação do tronco e utilização de espelho para promover a autocorreção postural no segundo dia dado a visão estar melhorada);</li><li>- Treino de equilíbrio dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada.</li><li>-Treino de equilíbrio ortostático: alternância de carga nos membros inferiores; realizar exercícios, com apoio fixo (nas costas de uma cadeira) como flexão plantar, flexão do joelho, flexão da coxofemoral, extensão da coxofemoral, elevação lateral da perna (abdução), levantar e sentar sem apoio de mãos (repetições de 5+5 de cada exercício)</li></ul>
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair	<ul style="list-style-type: none"><li>-Ensinar para a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair</li></ul>
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico sentado);</li><li>- Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural;</li></ul>
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco);</li><li>- Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal;</li></ul>

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

	- Treinar técnica de equilíbrio corporal.
Pôr-se de pé comprometido	-Avaliar pôr-se de pé; -Incentivar pôr-se de pé; -Planear o pôr-se de pé; -Assistir a pessoa a pôr-se de pé;
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;	- Ensinar e treinar a técnica pôr-se de pé mantendo a segurança do doente.
Andar comprometido	-Treino de marcha assistido por EEER; -Incentivar a correção do tronco no andar;
Potencial para melhorar capacidade de Andar	-Avaliar a capacidade para andar -Instruir sobre técnica de adaptação para andar
Transferir-se alterado	-Avaliar transferir-se; -Incentivar transferir-se; -Planear o transferir-se; -Assistir a pessoa a transferir-se;
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se	-Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferir-se promovendo a sua independência;
Dependente no autocuidado: higiene	- Monitorizar autocuidado: higiene; - Assistir no banho no chuveiro - Incentivar a participação da pessoa no autocuidado: higiene.
Dependente no autocuidado: vestuário	- Gerir vestuário; - Assistir no vestuário; - Incentivar a participação no autocuidado: vestuário.
Dependente no autocuidado: alimentar-se e beber	-Gerir o ambiente - Assistir na alimentação; - Incentivar o reforço hídrico;
Dependente no autocuidado: uso do sanitário	- Incentivar o autocontrolo continência vesical com recurso a arrastadeira e ida ao WC;
Dor (cabeça)	- Monitorização da escala numérica da Dor; -Comunicação com o equipa pluridisciplinar para gestão da medicação; - Evitar mobilizações que despoletem a dor;
Risco de queda	-Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse; - Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação; - Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para o doente; - Orientar o doente quanto aos riscos e prevenção de quedas;

Fonte: Elaboração própria

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Foi implementado este plano dois dias consecutivos. As intervenções tiveram de ser curtas pela facilidade de desinteresse da doente chegando mesmo a ter períodos de agressividade não antecipados e sem motivo aparente. Após o segundo dia de intervenção a doente foi transferida para outro serviço por já não requerer necessidade de monitorização hemodinâmica contínua e vigilância neurológica apertada.

Na avaliação inicial o equilíbrio estava comprometido e plano de intervenção o treino de atividades foi realizado de forma progressiva, consoante a capacidade desta pessoa. Partindo para a posição em pé observou-se muita dificuldade em manter a postura sem apoio, tendo sido incentivada a manter a posição ortostática.

No segundo dia de intervenção, o equilíbrio corporal havia melhorado, com melhor estabilidade no equilíbrio em pé estático permitindo progredir para o treino de marcha com apoio de pessoa bilateral inicialmente, e depois com apoio de uma pessoa (quadro nº 6).

Face a estas melhorias, e ao treino de estratégias adaptativas na realização das suas AVD observa-se também uma melhoria no desempenho das AVD (quadro nº 7)

Quadro nº 6 – Avaliação do equilíbrio da pessoa B com a utilização do índice de Tinetti

EQUILÍBRIO		1ª avali- ação	2ª avali- ação
1. Equilíbrio sentado	Inclina-se ou desliza na cadeira = 0	2	2
	Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira = 1		
	Estável, seguro = 2		
2. Levantar-se	Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio = 0	1	1
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão de tronco ou não consegue à 1ª tentativa = 1		
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços = 2		
3. Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações de tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) = 0	0	1
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se = 1		
	Estável sem qualquer tipo de ajudas = 2		
4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos	Instável = 0	1	1
	Estável, mas alargado a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio = 1		
	Pés próximos e sem ajudas = 2		
5. Pequenos desequilíbrios na	Começa a cair = 0	1	0
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza = 1		

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

mesma posição (na posição de pé com os pés próximos o observador empurra-o levemente com a palma da mão no externo 3 vezes)	Estável=2		
6.Fechar os olhos na mesma posição	Instável=0	0	1
	Estável=1		
7.Volta de 360º (duas vezes)	Instável (agarra-se, vacila) =0	1	0
	Estável, mas dá passos descontínuos=1		
	Estável e passos contínuos=2		
8.Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	Não consegue ou tenta segurar-se em qualquer objeto=0	0	0
	Aguenta 5 segundos de forma estável=1		
9.Sentar-se	Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância=0	1	1
	Usa os braços ou movimento não harmonioso=1		
	Seguro, movimento harmonioso=2		
<b>Subtotal</b>		<b>7/16</b>	<b>8/16</b>
<b>Marcha</b>			
10. Início de marcha (imediatamente após o sinal de partida)	Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar=0	0	0
	Sem hesitação=1		
11. Largura do passo (pé direito)	Não ultrapassa à frente do pé de apoio=0	0	1
	Ultrapassa o pé esquerdo em apoio=1		
12. Altura do passo (pé direito)	O pé direito não perde completamente o contacto com o solo=0	0	1
	O pé direito eleva-se completamente do solo=1		
13. Largura do passo (pé esquerdo)	Não ultrapassa à frente do pé de apoio=0	0	1
	Ultrapassa o pé direito em apoio=1		
14. Altura do passo (pé esquerdo)	O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo=0	0	1
	O pé esquerdo eleva-se completamente do solo=1		
15. Simetria do passo	Comprimento do passo aparentemente assimétrico=0	0	0
	Comprimento do passo aparentemente simétrico=1		
16. Continuidade do passo	Pára ou dá passos descontínuos=0	0	0
	Passos contínuos=1		
17. Percurso de 3 m	Desvia-se da linha marcada=0	0	0
	Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha=1		
	Sem desvios e sem ajudas=2		
18. Estabilidade do tronco	Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha=0	0	1
	Sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha=1		

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

	Sem oscilação, sem flexão não utiliza os braços nem auxiliares de marcha=2		
19. Base de sustentação durante a marcha	Calcanhares muito afastados=0	0	0
	Calcanhares próximos, quase se tocam=1		
<b>SubTotal</b>		0/12	5/12
<b>Pontuação Total</b>		<b>7/28</b>	<b>13/28</b>

Fonte: Elaboração própria

Quadro nº 7 – Avaliação do desempenho nas AVD da pessoa B com a MIF

	1ª avaliação	2ª avaliação
<b>AUTOUIDADOS</b>		
Alimentação	3	3
Higiene pessoal	2	3
Banho	3	3
Vestir metade superior	3	4
Vestir metade inferior	3	3
Utilização da sanita	3	3
<b>CONTROLO DE ESFÍNCTERES</b>		
Bexiga	4	4
Intestino	5	5
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>		
Leito, cadeira, cadeira de rodas	4	4
Sanita	4	4
Banheira/chuveiro	4	4
<b>LOCOMOÇÃO</b>		
Marcha/cadeira de rodas	4	4
Escadas	4	4
<b>COMUNICAÇÃO</b>		
Compreensão	4	4
Expressão	5	5
<b>COGNIÇÃO SOCIAL</b>		
Interação social	4	4
Resolução de problemas	4	4
Memória	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>68</b>

<b>Níveis</b>	
<b>Sem ajuda</b>	
7	Independência completa (em segurança, em tempo normal)
6	Independência modificada (ajuda técnica)
<b>Com ajuda</b>	
<b>Dependência Modificada</b>	
5	Supervisão
4	Ajuda mínima (≥ 75%)
3	Ajuda moderada (≥ 50%)
<b>Dependência Completa</b>	
2	Ajuda máxima (≥25%)
1	Ajuda total (≥0%)

Fonte: Elaboração própria

### 4.3 O caso da pessoa C

É uma pessoa de 74 anos do sexo masculino, nascido na Alemanha, mas que vivia em Portugal há uns anos. Fluente em português, residia com a esposa que era a familiar de referência. Tinha antecedente de AVC da artéria cerebelosa superior direita em 2013 tendo ficado com disartria e hemiparesia direita como sequelas. Realizava marcha sem apoio sendo uma pessoa independente nas suas atividades da vida diária previamente ao presente episódio. Sem medicação de ambulatório, sem alergias conhecidas. Por hemiparesia esquerda e agravamento da disartria veio ao serviço de urgência onde lhe foi diagnosticado um AVC isquémico da artéria cerebral média direita. Realizou trombectomia e trombólise. Por agravamento neurológico repetiu TAC-CE onde se verificou a transformação hemorrágica do AVC com desvio da linha média de 16 mm. Devido a esta complicação clínica o internamento deste senhor foi mais prolongado do que a média neste contexto clínico. A instabilidade hemodinâmica e neurológica só permitiu a primeira avaliação do no décimo dia de internamento, quando o doente já reunia condições clínicas para integrar o projeto de intervenção, tendo sido desenvolvidos durante dois dias consecutivos.

#### **Avaliação:**

Respiração: - ventilação espontânea, com padrão respiratório de média amplitude, simétrica e rítmica. Sem tosse ou secreções. Sem necessidade de oxigenoterapia.

Exame neurológico - doente sonolento, despertável a estímulos verbais persistentes. Orientado na pessoa, mas desorientado no tempo e espaço. Maninha disartria leve com discurso maioritariamente compreensível. Em relação à linguagem: nomeava 3 em 5 objetos, repetia o discurso embora nem sempre consistente, cumpria indicações simples, mas não conseguia cumprir ordens complexas. Atenção alterada não mantendo o foco na tarefa. Na escala de NIHSS tinha um score de 16.

#### Avaliação de pares cranianos

**I-olfativo** – não testado;

**II-ótico** – não foram objetivadas alterações na acuidade visual; apresenta reflexo de ameaça diminuído à esquerda;

**III-oculomotor; IV patético; VI-motor ocular externo**– pupilas isocóricas e reativas à luz;

**V-trigêmeo** – dificuldade em avaliar a sensibilidade tátil e dolorosa por inconsistências nas respostas a indicações e desatenção;

**VII-facial** – parésia facial central esquerda com marcado apagamento do sulco nasogeniano à esquerda;

**VIII-auditivo/vestíbulo coclear** – sem alterações

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

**IX-glosssofaríngeo; X-vago** – reflexo de vômito presente, mas diminuído; reflexo de tosse presente;

**XI-espinal** – sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio;

**XII-grande hipoglosso** – protusão da língua com desvio para o lado esquerdo; estase salivar;

Avaliação da deglutição - doente não mantém estado de vigília por mais de 15 minutos. Não foi observada vigilância voluntária presente através de tosse voluntária e limpar a garganta. Apresenta estase salivar e hipofonia. Paresia facial do andar inferior muito acentuada à esquerda. Protusão da língua com desvio marcado para o lado esquerdo. Reflexo de tosse presente. Reflexo de vômito presente, mas diminuído. Úvula hipotônica com desvio para a direita. Tendo em conta as alterações descritas o doente manteve a alimentação entérica por sonda nasogástrica.

Avaliação da sensibilidade - doente não colaborante na sua avaliação pelo que não foi terminada.

Avaliação de força muscular - observou-se uma hemiparesia à esquerda de predomínio braquial com uma força muscular de grau 1 no membro superior e grau 2 no inferior. Hemicorpo direito com força grau 5 (na escala MRC).

Avaliação do tônus muscular- não se observou espasticidade (escala de *Ashworth*)

Avaliação equilíbrio - equilíbrio alterado quando sentado pois não conseguia manter-se sentado sem apoio e ajuda de pessoa (no índice de *Tinetti para* avaliação do equilíbrio apresentava um score de 0 em 16).

Risco de queda- baixo risco de queda (score de 50 na escala de Morse).

Tegumento- pele e mucosas coradas e hidratadas. Integridade cutânea mantida, baixo risco de úlcera por pressão (12 na Escala de *Braden*)

Função - dependência modificada com assistência até 50% da tarefa (MIF de 28)

De acordo com avaliação acima apresentada foi implementado o projeto de intervenção personalizado. Todas as intervenções foram realizadas tendo sempre em conta que o doente se encontrava numa fase aguda após AVC isquémico com transformação hemorrágica tendo havido especial atenção à gestão de esforço e manutenção da estabilidade dos parâmetros vitais (monitorização hemodinâmica contínua). Neste plano não foram incluídos ensino pois o doente não apresentava no momento potencial de aprendizagem pelas alterações neurológicas já descritas, como a dificuldade em compreender e cumprir indicações complexas, dificuldade em manter atenção na tarefa para além de não possuir motivação e não compreender a relevância da reabilitação. No quadro nº 8, tendo como base no Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação e de acordo com a linguagem CIPE®, estão esquematizadas as intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Quadro nº 8- Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa C

Diagnósticos de ER	Intervenções de ER
Movimento muscular comprometido diminuído no hemicorpo esquerdo	-Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i> ; -Treinar a ponte e o rolamento no leito; -Promover o posicionamento do membro superior esquerdo em padrão anti espástico; -Executar técnica de exercício muscular e articular passiva no hemicorpo esquerdo - Incentivar a pessoa a executar a técnica de exercício muscular e articular.
Equilíbrio corporal comprometido	-Avaliar equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/em pé) - Monitorizar equilíbrio corporal (Índice de Tinetti); -Atender continuamente no equilíbrio corporal (correção postural e oscilação do tronco); -Realização de exercícios no leito (ponte e rolamento) - Treino de equilíbrio dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada.
Transferir-se alterado	-Avaliar transferir-se; -Incentivar transferir-se; -Planear o transferir-se; -Assistir a pessoa a transferir-se;

Fonte: Elaboração própria

Este plano foi implementado dois dias seguidos em que foram faseadas duas sessões por dia de aproximadamente 30 minutos. Ao terceiro dia de internamento o doente teve um agravamento do seu estado geral com alterações hemodinâmicas. Também o seu estado neurológico estava pior tendo ido realizar TAC-CE que confirmou agravamento por aumento da componente hemorrágica embora com menos efeito de massa e menor desvio da linha média. Por este motivo foram suspensos neste dia as atividades de enfermagem de reabilitação tendo o doente sido posteriormente transferido para uma unidade de cuidados intensivos. A avaliação do equilíbrio no índice de *Tinetti* foi de 0, não tendo sido possível avaliar a marcha por incapacidade de o doente manter ortostatismo.

Quadro nº 9 – Avaliação do equilíbrio corporal da pessoa C com base no índice de *Tinetti*

Equilíbrio		1ª	2ª
		avali- ação	avali- ação
1. Equilíbrio sentado	Inclina-se ou desliza na cadeira = 0		

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

	Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira = 1	0	0
	Estável, seguro = 2		
2. Levantar-se	Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio =0	0	0
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão de tronco ou não consegue à 1ª tentativa =1		
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços =2		
3. Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações de tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) =0	0	0
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se =1		
	Estável sem qualquer tipo de ajudas =2		
4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos	Instável=0	0	0
	Estável, mas alargado a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio=1		
	Pés próximos e sem ajudas =2		
5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição (na posição de pé com os pés próximos o observador empurra-o levemente com a palma da mão no externo 3 vezes)	Começa a cair =0	0	0
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza=1		
	Estável=2		
6. Fechar os olhos na mesma posição	Instável=0	0	0
	Estável=1		
7. Volta de 360º (duas vezes)	Instável (agarra-se, vacila) =0	0	0
	Estável, mas dá passos descontínuos=1		
	Estável e passos contínuos=2		
8. Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	Não consegue ou tenta segurar-se em qualquer objecto=0	0	0
	Aguenta 5 segundos de forma estável=1		
9. Sentar-se	Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância=0	0	0
	Usa os braços ou movimento não harmonioso=1		
	Seguro, movimento harmonioso=2		
<b>Subtotal</b>		<b>0/18</b>	<b>0/18</b>
<b>Marcha</b>			
<b>Subtotal</b>		<b>0/12</b>	<b>0/12</b>
<b>Total</b>		<b>0/28</b>	<b>0/28</b>

Fonte: Elaboração própria

A avaliação da força muscular do primeiro contacto para o segundo não teve alterações, como se pode observar no quadro nº 10.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Quadro nº 10 – Avaliação da força muscular da pessoa C com a escala MRC

Hemicorpo		1ª avaliação		2ª avaliação	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Membro Superior	Escapulo-umeral	5	1	5	1
	Cotovelo	5	1	5	1
	Antebraço	5	1	5	1
	Punho	5	1	5	1
	Dedos	5	1	5	1
Membro Inferior	Coxo-femoral	5	2	5	2
	Tíbio-társica	5	2	5	2

Legenda – Escala Medical Council Research  
 5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;  
 4 – Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;  
 3 – Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência;  
 2 – Tem movimento muscular das extremidades, mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;  
 1 – Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.  
 0 – Sem contração muscular e sem movimento  
 NT- Não testado

Fonte: Elaboração própria

A avaliação da MIF também não sofreu alterações desde o meu primeiro contacto para o segundo, como se pode observar no quadro seguinte (quadro 11):

Quadro nº 11 – Avaliação do desempenho nas AVD da pessoa C com a MIF

	1ª sessão	2ª sessão
<b>AUTOUIDADOS</b>		
Alimentação	1	1
Higiene pessoal	1	1
Banho	1	1
Vestir metade superior	1	1
Vestir metade inferior	1	1
Utilização da sanita	1	1
<b>CONTROLO DE ESFÍNCTERES</b>		
Bexiga	1	1
Intestino	3	3

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

TRANSFERÊNCIAS		
Leito, cadeira, cadeira de rodas	1	1
Sanita	1	1
Banheira/chuveiro	1	1
LOCOMOÇÃO		
Marcha/cadeira de rodas	1	1
Escadas	1	1
COMUNICAÇÃO		
Compreensão	3	3
Expressão	3	3
COGNIÇÃO SOCIAL		
Interação social	3	3
Resolução de problemas	1	1
Memória	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>28</b>

Níveis	
Sem ajuda	
7	Independência completa (em segurança, em tempo normal)
6	Independência modificada (ajuda técnica)
Com ajuda	
Dependência Modificada	
5	Supervisão
4	Ajuda mínima ( $\geq 75\%$ )
3	Ajuda moderada ( $\geq 50\%$ )
Dependência Completa	
2	Ajuda máxima ( $\geq 25\%$ )
1	Ajuda total ( $\geq 0\%$ )

Fonte: Elaboração própria

#### 4.4. O caso da pessoa D

Este doente é uma pessoa de 51 anos de idade, sexo masculino, de nacionalidade portuguesa. Casado residindo com a esposa que é a familiar de referência. Tem com o nível de escolaridade do 12º ano. É motorista de pesados. Previamente a este episódio era uma pessoa independente nas suas AVD.

Apresentou um quadro de diminuição da força muscular no hemisfério esquerdo súbito e disartria, tendo sido ativado a Via Verde AVC. À admissão no serviço de urgência após realização de TAC-CE e Angiotomografia de crânio foi-lhe diagnosticado um hematoma nucleocapsular direito com presença de *spot sign* e desvio da linha média de 6 mm.

Tinha como antecedentes pessoais enfarte agudo do miocárdio em 2018, fibrilação auricular paroxística sob anticoagulação, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Sem hábitos tabágicos ou tóxicos. Hábitos etílicos ligeiros. Sem conhecimento de alergias.

Teve um internamento de cerca de três semanas na unidade de cuidados intermédios onde decorreu o 1º estágio, que podemos considerar prolongado, se tivermos em conta o seu tempo médio de internamento nesta unidade. Durante os primeiros dias de internamento o doente apresentou instabilidade hemodinâmica e oscilações do seu estado neurológico. A TAC-CE de controlo evidenciou de novo

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

um aumento do edema cerebral e 15 dias após a crise inaugural realizou uma RMN-CE que evidenciou uma lesão isquémica de novo da artéria cerebral posterior esquerda, com aumento do hematoma intra parenquimatoso e aumento do desvio da linha média para 15-16 mm. Sem indicação para intervenção cirúrgica pela neurocirurgia.

A 1ª avaliação aqui descrita corresponde ao 17º dia de internamento quando já existiam do ponto de visto clínico condições para iniciar o plano de intervenção. Todas as intervenções foram realizadas mantendo a monitorização hemodinâmica contínua assim como a vigilância do doente de forma a manter a sua segurança.

#### **Avaliação:**

Respiração: - ventilação espontânea, com padrão respiratório de média amplitude, simétrica e rítmica. Sem tosse ou secreções. Sem necessidade de oxigenoterapia.

Exame neurológico: - doente sonolento, despertável a estímulos verbais. Orientado na pessoa, mas não no tempo e espaço. Em relação à linguagem: nomeia 3 em 5 objetos, repete o discurso, mas muito lentificado. Cumpre indicações simples e complexas embora muito lentificado. Discurso muito escasso e provocado o que limitou a avaliação de outras capacidades cognitivas como a atenção e a memória. Observou-se uma ligeira disartria, na escala de NIHSS tinha um score de 23.

#### Avaliação de pares cranianos

**I-olfativo** – não testado;

**II-ótico** – não foram objetivadas alterações na acuidade visual; visão periférica com reflexo de ameaça abolido à esquerda;

**III-oculomotor; IV patético; VI-motor ocular externo** (abducente) – pupilas isocóricas e reativas à luz; não completa a levoversão;

**V-trigémeo** – avaliação da sensibilidade tátil e dolorosa não conclusiva;

**VII-facial** – paresia facial central direita com apagamento do sulco nasogeniano à direita;

**VIII-auditivo/vestibulo coclear** – não testado;

**IX-glossofaríngeo; X-vago** – reflexo de vômito presente, mas diminuído; reflexo de tosse presente;

**XI-espinal** – não testado;

**XII-grande hipoglosso** – com estase salivar; palato mole hipotónico e assimétrico;

Avaliação da deglutição - doente sonolento muito lentificado não mantendo a vigília por mais de 15 minutos. Não apresentava vigilância voluntária presente (tosse voluntária e limpa a garganta). Apre-

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

sentava estase salivar e hipofonia. Assimetria facial com paresia facial direta. Protusão da língua com ligeiro desvio para a direita. Reflexo de tosse presente. Reflexo de vômito presente, mas diminuído. Úvula hipotónica com desvio para a esquerda. Tendo em conta as alterações descritas o doente manteve a alimentação entérica por sonda nasogástrica.

Avaliação da sensibilidade -sensibilidade superficial tátil e dolorosa mantidas; sensibilidade postural mantida.

Avaliação de força muscular - observou-se uma hemiparesia esquerda de predomínio braquial com uma força muscular de grau 0 no membro superior e grau 1 no inferior. Hemicorpo esquerdo com força grau 5 (avaliadas pela MRC)

Avaliação do tônus muscular - ausência de espasticidade (avaliada pela escala de *Ashworth*)

Avaliação equilíbrio - só possível a avaliação do equilíbrio dois dias depois do 1º contacto com o doente; nesse dia apresentava mau equilíbrio sentado estático (score de 0 em 16 no índice de *Tinetti*)

Risco de queda - risco de queda alto (score de 70 na escala de Morse).

Tegumento: - pele e mucosas coradas e hidratadas. Integridade cutânea mantida, mas com alto risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (14 na escala de *Braden* de 14).

Função – apresentava dependência modificada com assistência até 50% da tarefa (score 27 na MIF)

Perante esta avaliação as atividades ou cuidados foram ajustados às capacidades deste doente. Todas as intervenções foram realizadas tendo sempre em conta que o doente se encontra numa fase de instabilidade, com necessidade de monitorização hemodinâmica contínua, e assim o programa de intervenção foi adaptado consoante a sessão e a resposta do doente de forma a manter a sua estabilidade. No quadro nº12 foram esquematizadas as intervenções desenvolvidas em termos de enfermagem de reabilitação com base no Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação e de acordo com a linguagem CIPE®:

Quadro nº 12 - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa C

Diagnósticos	Intervenções
Movimento muscular comprometido diminuído no hemicorpo direito	-Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i> ; -Promover o posicionamento do membro superior direito em padrão anti espástico; -Executar técnica de exercício muscular passiva no hemicorpo direito - Incentivar a pessoa a executar a técnica de exercício muscular e articular.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Movimento muscular comprometido diminuído no hemicorpo esquerdo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i>;</li> <li>-Promover o posicionamento do membro esquerdo direito em padrão anti espástico;</li> <li>-Executar técnica de exercício muscular activa/assistida no hemicorpo esquerdo;</li> <li>- Incentivar a pessoa a executar a técnica de exercício muscular e articular.</li> </ul>
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar aprendizagem de capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular que o doente possa executar autonomamente;</li> </ul>
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>- Treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> </ul>
Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/em pé)</li> <li>- Monitorizar equilíbrio corporal (Índice de Tinetti);</li> <li>- Realização de exercícios no leito (ponte e rolamento)</li> <li>-Atender continuamente no equilíbrio corporal (correção postural e oscilação do tronco);</li> <li>- Treino de equilíbrio dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada.</li> </ul>
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ensinar para a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair</li> </ul>
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico sentado);</li> <li>- Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural;</li> </ul>
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco);</li> <li>- Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal;</li> <li>- Treinar técnica de equilíbrio corporal.</li> </ul>
Transferir-se alterado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar transferir-se;</li> <li>-Incentivar transferir-se;</li> <li>-Planear o transferir-se;</li> <li>-Transferir a pessoa a transferir-se;</li> </ul>
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferir-se promovendo a sua independência;</li> </ul>

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Dependente no autocuidado: higiene	- Monitorizar autocuidado: higiene; - Prestar os cuidados de higiene no leito - Incentivar a participação da pessoa no autocuidado: higiene.
Dependente no autocuidado: vestuário	- Gerir vestuário; - Vestir a pessoa; - Incentivar a participação no autocuidado: vestuário.
Dependente no autocuidado: uso do sanitário	- Incentivar o autocontrolo continência vesical com recurso a urinol;

Fonte: Elaboração própria

Foi implementado este plano quatro dias seguidos em que foram faseadas duas sessões por dia de aproximadamente 15 minutos. Foram implementadas as intervenções com ordem crescente de dificuldade. Apesar de os resultados quantitativos não serem significativos, conseguiu-se melhorar o equilíbrio sentado o que é uma etapa importante na recuperação do doente. Tal como o caso da pessoa descrita anteriormente, não foi possível aplicar a escala para avaliação da marcha por incapacidade do doente pelo que se considera um subtotal de 0.

Quadro nº 13 – Avaliação do equilíbrio corporal da pessoa D com a utilização do índice de Tinetti

EQUILÍBRIO		1ª avali- ação	4ª avali- ação
1. Equilíbrio sentado	Inclina-se ou desliza na cadeira = 0	0	1
	Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira = 1		
	Estável, seguro = 2		
2. Levantar-se	Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio = 0	0	0
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão de tronco ou não consegue à 1ª tentativa = 1		
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços = 2		
3. Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações de tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) = 0	0	0
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se = 1		
	Estável sem qualquer tipo de ajudas = 2		

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos	Instável=0	0	0
	Estável, mas alargado a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio=1		
	Pés próximos e sem ajudas =2		
5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição (na posição de pé com os pés próximos o observador empurra-o levemente com a palma da mão no externo 3 vezes)	Começa a cair =0	0	0
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza=1		
	Estável=2		
6. Fechar os olhos na mesma posição	Instável=0	0	0
	Estável=1		
7. Volta de 360º (duas vezes)	Instável (agarra-se, vacila) =0	0	0
	Estável, mas dá passos descontínuos=1		
	Estável e passos contínuos=2		
8. Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	Não consegue ou tenta segurar-se em qualquer objecto=0	0	0
	Aguenta 5 segundos de forma estável=1		
9. Sentar-se	Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância=0	0	0
	Usa os braços ou movimento não harmonioso=1		
	Seguro, movimento harmonioso=2		
<b>SubTotal</b>		0/16	1/16
<b>MARCHA</b>			
<b>SubTotal</b>		0/12	0/12
<b>Total</b>		0/28	1/28

Fonte: Elaboração própria

Neste doente não se verificaram melhorias na força muscular (Quadro nº 14).

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Quadro nº 14 – Avaliação da força muscular da pessoa D com a escala MRC

Hemicorpo		1ª avaliação		4ª avaliação	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Membro Superior	Escapulo-umeral	4	0	4	0
	Cotovelo	4	0	4	0
	Antebraço	4	0	4	0
	Punho	4	0	4	0
	Dedos	4	0	4	0
Membro Inferior	Coxo-femoral	3	1	3	1
	Tíbio-társica	3	1	3	1

Legenda – Escala Medical Council Research

5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;

4 – Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;

3 – Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

2 – Tem movimento muscular das extremidades, mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;

1 – Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.

0 – Sem contração muscular e sem movimento

NT- Não testado

Fonte: Elaboração própria

As melhorias clínicas do doente, principalmente do seu estado neurológico, permitiram a continuidade no treino das suas AVD melhorando a sua capacidade nomeadamente na alimentação, no banho, higiene pessoal e no vestir-se. O grau de dependência manteve-se-com necessidade de assistência até 50% da tarefa, como se pode observar no quadro nº15.

Quadro nº 15 – Avaliação do desempenho nas AVD da pessoa D com a MIF

	1ª sessão	4ª sessão
<b>AUTOUIDADOS</b>		
Alimentação	1	3
Higiene pessoal	1	2
Banho	1	2
Vestir metade superior	1	2
Vestir metade inferior	1	1
Utilização da sanita	1	1
<b>CONTROLO DE ESFÍNCTERES</b>		
Bexiga	1	3
Intestino	3	3
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>		
Leito, cadeira, cadeira de rodas	1	1

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Sanita	1	1
Banheira/chuveiro	1	1
LOCOMOÇÃO		
Marcha/cadeira de rodas	1	1
Escadas	1	1
COMUNICAÇÃO		
Compreensão	3	3
Expressão	3	3
COGNIÇÃO SOCIAL		
Interação social	3	3
Resolução de problemas	1	1
Memória	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>33</b>

Níveis	
Sem ajuda	
7	Independência completa (em segurança, em tempo normal)
6	Independência modificada (ajuda técnica)
Com ajuda	
Dependência Modificada	
5	Supervisão
4	Ajuda mínima ( $\geq 75\%$ )
3	Ajuda moderada ( $\geq 50\%$ )
Dependência Completa	
2	Ajuda máxima ( $\geq 25\%$ )
1	Ajuda total ( $\geq 0\%$ )

Fonte: Elaboração própria

### Síntese dos casos

Foram apresentados acima quatro casos de pessoas internadas num serviço de internamento hospitalar por patologias do foro neurológico com um início súbito e inesperado, com idades compreendidas entre os 35 aos 85 anos. Duas eram do sexo masculino e duas do sexo feminino. Em todos os casos apresentados as pessoas eram casadas ou em união de facto.

Todas as pessoas eram autónomas e independentes previamente ao episódio de doença que precipitou o internamento. Todos sofreram de um episódio súbito de doença do foro neurológico sendo dois deles um AVC isquémico com transformação hemorrágica que resultou num internamento mais prolongado que a média deste contexto clínico. O tempo mais curto de internamento correspondeu ao doente descrito no caso A, com o diagnóstico de AVC isquémico com transferência no terceiro dia de internamento. A doente identificada como caso B foi internada com diagnóstico médico de trombose venosa cerebral. À exceção desta pessoa, em todos os restantes casos se constatava a presença de comorbilidades. Embora na descrição dos casos não tenha sido registada de forma sistemática, a avaliação da dor foi também um cuidado ao longo do contacto com os doentes, tendo sido particularmente relevante no caso da pessoa B por apresentar queixas de cefaleias frequentes, que obrigaram à gestão de analgesia em articulação com a restante equipa multidisciplinar.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

No quadro 16 está sintetizada a evolução dos quatro doentes que integraram o projeto de intervenção (avaliação no primeiro contacto com os doentes e a avaliação no último contacto) em termos de equilíbrio corporal, função e risco de queda.

Quadro nº 16 - Síntese comparativa das variáveis, equilíbrio corporal, função e risco de queda, nos quatro casos apresentados

	Caso A	Caso B	Caso C	Caso D
<b>Equilíbrio inicial</b>	2 (28)	7 (28)	0 (28)	0 (28)
<b>Equilíbrio final</b>	8 (28)	13(28)	0 (28)	1 (28)
<b>MIF - inicial</b>	56	67	28	27
<b>MIF - final</b>	66	68	28	33
<b>Risco de queda - inicial</b>	50	45	50	70
<b>Risco de queda - final</b>	55	45	50	70

Fonte: Elaboração própria

Embora na pessoa C não se tenha registado progresso em todas as variáveis avaliadas, também não se constatou agravamento, embora a situação clínica do doente tenha agravado, o que certamente contribuiu para estes resultados.

Nos restantes doentes registamos ganhos na variável de equilíbrio confirmadas pela avaliação do índice de *Tinetti*. E as melhorias no equilíbrio permitiram progredir no treino de atividades como o transferir-se ou mesmo iniciar o treino de marcha, assim como treinar estratégias adaptativas para favorecer a independência nas AVD.

Assim, também nestes doentes houve uma melhoria ao nível da independência na realização das AVD, confirmada pela MIF. A comparação da evolução das capacidades funcionais de cada pessoa permitiu verificar que evoluíram para atingir a sua independência funcional.

Podemos afirmar que de uma forma geral, as pessoas que integraram o projeto de intervenção apresentaram melhorias no equilíbrio corporal o que favoreceu o treino de estratégias adaptativas de realização das AVD, inclusive a marcha melhorando a sua independência funcional. Estes resultados vão de encontro aos resultados esperados e aos resultados de outros autores (Huang & Lin, 2010; Valodwala & Desai, 2019), embora os benefícios para os doentes nos estudos referidos resultem de períodos de treino maiores.

Todos os doentes descritos nos casos passam por um processo de transição devido a um episódio súbito de doença que resultou em alterações na capacidade de autocuidado e bem-estar. Para a adaptação à nova realidade é necessário um período de transição onde os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação poderão ter um papel mediador neste processo pelo conhecimento que possuem o diagnóstico e implementando intervenções especializadas capacitando a pessoa de acordo com os seus objetivos terapêuticos, pelos resultados das suas intervenções. A orientação dos cuidados para os resultados permitiu também aprofundar a compreensão sobre os indicadores que permitem apurar se a transição se constituiu como um evento saudável na vida destes doentes (Santos et al., 2015) e embora o número de doentes tenha sido reduzido consideramos que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, possuem conhecimentos específicos e fundamentados que lhes permitem prescrever e implementar um plano de intervenção que promova o restabelecimento do equilíbrio corporal da pessoa com impacto na sua capacitação e independência.

## **5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Segundo a OE, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744). Todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, terão as competências comuns desenvolvidas nos domínios de responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Além das competências comuns os enfermeiros especialistas deverão desenvolver competências na sua área de especialidade, as competências específicas.

A formação contínua assume um papel fundamental na construção profissional dos enfermeiros, onde o desenvolvimento de competências que incorpora saber teórico e prático leva à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. De acordo com Barata (2016). Este desenvolvimento profissional, é um percurso onde a formação prática e a sua reflexão são fundamentais e por isso

Neste capítulo será apresentada uma reflexão sobre percurso realizado para a obtenção de grau de mestre e especialista de enfermagem de reabilitação, sendo este percurso descrito do geral para o específico, isto é, analisando as competências mestre, depois as competências comuns do Enfermeiro Especialista e por último as competências específicas dos enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação.

### **5.1 Atividades que concorreram para desenvolver as competências mestre**

O Decreto-Lei nº63/2016, de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, refere que o grau de mestre deve ser atribuído à pessoa que, tendo por base os conhecimentos obtidos durante o 1º ciclo de formação, prossegue com os estudos, permitindo um aperfeiçoamento da

disciplina. Assim, este percurso permitiu-me dar continuidade à licenciatura de enfermagem, incorporando novos conhecimentos sobre questões complexas, desenvolvendo soluções para as mesmas, mas sobretudo desenvolver a capacidade de emitir conclusões de forma clara e objetiva.

Neste percurso académico, que termina com a atribuição do grau de mestre, foram desenvolvidas disciplinas na componente teórica do mestrado que aprofundaram e apresentaram novo conhecimento.

Nos contextos clínicos foram incorporados conhecimentos teóricos adquiridos durante o período teórico, mas foi também realizada de forma autónoma a procura de conhecimento, através de pesquisas bibliográficas em busca das melhores e mais recentes evidências científicas para apoiar a tomada de decisão nos cuidados a prestar aos doentes. Além disso, a aplicação do processo de enfermagem na prática clínica, que se baseia na metodologia científica, contribuiu para a aquisição da competência de procurar o conhecimento e habilidades de compreensão que facilitem a produção científica.

Esse conhecimento foi aplicado durante os Ensinos Clínicos, onde foi necessário intervir em condições mais complexas de saúde nas áreas de enfermagem de reabilitação do foro ortopédico, neurológico e respiratório.

A apresentação do presente relatório com exposição dos resultados e a sua defesa pública vão de encontro à competência relacionada com a capacidade de comunicar as conclusões, achados e reflexões de forma clara e com rigor científico.

## 5.2. Atividades que concorreram para desenvolver as competências comuns de enfermeiro especialista

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista emitido pela Ordem dos Enfermeiros, dizem respeito a quatro domínios: o domínio da responsabilidade profissional ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b).

Os fundamentos que orientam os enfermeiros em geral são os mesmos pelos quais se regem os enfermeiros de reabilitação como é o caso da responsabilidade profissional que é uma competência desenvolvida e indispensável à prática de enfermagem.

Durante os ensinamentos clínicos foi assegurada a prestação de cuidados individualizada, em conformidade com as necessidades das pessoas e que honrasse os seus direitos, dignidade individual, segurança e conforto. Assim, foram elaborados nos contextos clínicos planos de cuidados de enfermagem individualizados, (que se encontram em anexo) de acordo com as necessidades identificadas indo de encontro com os objetivos de cada um, respeitando sempre a sua dignidade e autonomia, assim como os princípios da beneficência e não maleficência. Foi preconizada a tomada de decisão para a resolução de problemas com a equipa envolvendo o doente, mobilizando o corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico e legal.

As ações de enfermagem são intencionais, estando subjacente o respeito pela dignidade humana. O cerne da atividade dos enfermeiros, tal como refere Almeida (2007), tem como ideal moral o cuidar. Os conceitos éticos aplicados à enfermagem incluem a responsabilidade em quatro aspetos: promover a saúde, prevenir a doença, restabelecer a saúde e aliviar o sofrimento.

O que fundamenta em primeiro lugar o agir ético do enfermeiro são os direitos essenciais da pessoa e a sua dignidade. Deste modo, foi assegurada a defesa pelos Direitos Humanos durante os ensinamentos clínicos, conforme a deontologia profissional.

Foi assegurado ao doente o direito à informação, respeitando a sua confidencialidade e privacidade durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados durante os ensinamentos clínicos, fomentando o seu direito de escolha e autodeterminação. O consentimento livre e esclarecido em enfermagem foi assegurado sendo respeitada a autonomia do doente durante a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Durante a implementação do projeto de intervenção aplicado nos contextos clínicos foi assegurado o consentimento livre e informado do doente na participação do mesmo, tendo sido redigido o Consentimento Informado e Livre que se pode consultar no Apêndice A. Foram respeitados os princípios éticos, legais e deontológicos ao garantir a participação livre e esclarecida das pessoas bem como mantendo o seu anonimato e da instituição.

A informação escrita e oral dos doentes obtida durante os Ensinamentos clínicos foi sempre salvaguardada. Um exemplo disso foi o cuidado de salvaguardar a identidade das pessoas que participaram no projeto de intervenção nos estudos de caso apresentados. Foram também omitidas as instituições mantendo também o seu anonimato. Assim, foi garantida a segurança, privacidade e a dignidade da pessoa em todas as fases deste percurso académico.

A segunda competência descrita no regulamento é no domínio da melhoria contínua da qualidade onde os enfermeiros especialistas deverão realizar ou cooperar em projetos dentro da sua instituição, e avaliar as práticas consoante os resultados. Também para a melhoria da qualidade concorre a promoção de um ambiente terapêutico e seguro. Neste âmbito foi desenvolvida uma folha de registos de enfermagem de reabilitação no ensino clínico de ortotraumatologia de forma a colmatar uma lacuna existente sentida pela equipa de Enfermagem de Reabilitação e também para possibilitar a continuidade dos cuidados e a respetiva avaliação (Apêndice B)

O projeto de intervenção implementado e apresentado neste relatório tem como principal temática o treino de equilíbrio, sendo que esta temática está intimamente ligada ao risco de queda. A queda pode ser um evento dramático na saúde das pessoas, sobretudo nas pessoas idosas, com grande prejuízo para a sua saúde. A prevenção das quedas no domicílio é uma temática com grande relevância para os enfermeiros dadas as repercussões negativas que este evento pode ter na saúde das pessoas. Integrada numa equipa de enfermagem, que já estava sensibilizada para a relevância da prevenção das quedas no domicílio foram realizados ensinamentos durante o internamento numa perspetiva de preparação para a alta. Esses ensinamentos eram realizados aos doentes envolvendo também a família, sobretudo os elementos que partilhavam a habitação. Durante essas sessões, foi detetado que uma parte significativa da informação verbal relevante para os doentes no momento da alta não estava a ser assimilada e por ter sido identificada uma oportunidade de melhoria da qualidade, e foi elaborado um folheto para consolidar os ensinamentos efetuados, ajudar o doente e família a identificar as principais causas de quedas de forma a implementarem intervenções que permitam reduzir a sua ocorrência no domicílio (Apêndice C).

Garantir um ambiente terapêutico e seguro que está enraizado no desempenho profissional dos enfermeiros é uma componente essencial na prestação de cuidados. Assim ao longo dos Ensinamentos Clínicos foram prestados os cuidados de enfermagem garantindo sempre a segurança do doente, mas também dos profissionais de saúde. A segurança dos doentes e dos profissionais são o primeiro requisito para a prestação de cuidados e deve estar sempre presente na prática diária dos cuidados de enfermagem.

Dentro deste domínio é de realçar que todas as intervenções realizadas no contexto de estágio foram sob a supervisão de um enfermeiro Tutor, especialista em enfermagem de reabilitação.

No que diz respeito à segurança do profissional, a mecânica corporal considerou-se como relevante para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação tendo sido aplicados os seus princípios, de modo a prevenir danos.

As medidas de controle de infeção foram asseguradas, tendo sido reforçadas algumas medidas que devem ser implementadas e foram também identificados comportamentos de risco noutros profissionais de saúde ou mesmo nos doentes que foram oportunamente corrigidos através do ensino.

Muitas das intervenções, apesar de parecerem irrelevantes, assumem um papel indispensável na minimização do risco, como por exemplo a gestão do ambiente físico na unidade do doente subindo as grades laterais e baixando o nível da cama. Estas intervenções são transversais à enfermagem, sendo prática comum no enfermeiro generalista. Contudo cabe aos enfermeiros especialista a gestão do ambiente centrado na pessoa e orientado para os resultados que passam pela prevenção e redução de incidentes.

O domínio da gestão de cuidados refere-se a uma das competências do enfermeiro especialista que deve adaptar o estilo de liderança e os recursos disponíveis, almejando a qualidade dos cuidados prestados. Durante os Ensinos Clínicos foi adotada uma postura de liderança na tomada de decisão tendo sido disponibilizada assessoria aos enfermeiros e equipa, assim como delegadas algumas tarefas aos enfermeiros de cuidados gerais, garantido que não havia prejuízo na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Também neste domínio procurou-se articular os cuidados com outros grupos profissionais tendo sempre em conta os objetivos dos doentes e a melhoria dos cuidados que lhes eram prestados.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que diz respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, baseando a prática clínica especializada em evidência científica, foram sendo desenvolvidas durante todo o percurso académico.

A procura da evidência científica para justificar a prática dos cuidados foi muito trabalhada, não apenas na fase teórica do curso, mas também ao longo dos Ensinos Clínicos. Em momentos de reflexão individual, mas sobretudo de reflexão com os enfermeiros tutores o estímulo para a procura do saber através da prática clínica e da pesquisa foi uma realidade procurando ir de encontro à evidência científica para a prática dos cuidados. O contexto de aprendizagem prática é essencial para adquirir competências de prática especializada e por isso foram rentabilizadas todas as oportunidades de aprendizagem.

### 5.3. Atividades que concorreram para desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Conforme descrito pela OE no Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019) a reabilitação tem como objetivo maximizar o potencial funcional e independência da pessoa com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, mobilizando um conjunto de conhecimentos e procedimentos científicos. Ainda de acordo com este regulamento os EEER deverão ser detentores de um elevado nível de conhecimentos e experiências acrescidas o que os habilita para a tomada de decisões relativas à promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação de forma a melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa.

Ainda segundo este regulamento os EEER deverão ser capazes de **Cuidar** “de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; **capacitar** “a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e de **maximizar** “a funcionalidade desenvolvendo as capacidades das pessoas (Regulamento nº 392/2019 p. 13566)”

O processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação está assente no processo de enfermagem, consistindo num processo sistematizado constituído por etapas que pressupõe a existência de um raciocínio clínico, focado na capacitação, na promoção da autonomia e na qualidade de vida das pessoas que vivenciam processos de transição (Ribeiro, et al. 2021b).

A competência “de cuidar de pessoas com necessidades especiais” (Regulamento nº 392/2019 p. 13566) foi adquirida na prestação de cuidados de enfermagem especializados em contextos clínicos que corresponderam a internamentos hospitalares de pessoas adultas com patologias clínicas do foro da ortopedia, neurologia e medicina interna.

O processo do cuidar inicia-se sempre com a primeira etapa do processo de enfermagem, a recolha de informação relevante e avaliação da pessoa que se constituem também constituindo com o ponto de partida dos programas de reabilitação. A identificação das respostas humanas ao processo de transição vivenciado, assim como os fatores facilitadores e inibidores nesse processo foram uma preocupação durante todo o processo de enfermagem e um fator importante na tomada de decisão. Foram desenvolvidas competências de avaliação da pessoa e com base na avaliação formulados diagnóstico suportados por

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

instrumentos de medida a utilização de escalas e outros instrumentos, que também permitiram a monitorização da evolução da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem. Para a (OE, 2016), a utilização dos instrumentos na recolha de dados é um meio de mensurar os ganhos em saúde obtidos e, por conseguinte, justificar a importância da intervenção dos EEER

A avaliação da funcionalidade ou capacidade funcional da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação assume um papel fundamental na enfermagem de reabilitação de forma a diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades. De modo a avaliar a capacidade funcional dos doentes optou-se pela utilização da escala MIF dada a sua relevância no âmbito do projeto de intervenção profissional, embora nos contextos clínicos seja utilizada a escala de Barthel.

Para além da capacidade funcional foram avaliados riscos nos doentes utilizados instrumentos reconhecidos pela comunidade científica, como a escala Guss, a escala de Morse, a escala de Braden, o índice de Barthel, a MIF, a escala de Borg Modificada, a escala de MRC, e a escala numérica de dor e a escala NIHSS com o objetivo de proporcionar aos doentes os cuidados de que efetivamente necessitavam e de monitorizar e avaliar a eficácia dos mesmos, objetivando ganhos em saúde.

Se as alterações cognitivas da pessoa poderiam constituir limitações à aplicação do plano de reabilitação, a dificuldade sentida na prestação de cuidados de reabilitação em pessoas com patologias do foro respiratório foi o desafio em gerir o esforço, pelo que o treino motor teve e evoluir mais lentamente conforme a tolerância das pessoas. Neste contexto clínico, apesar de terem sido diagnosticadas pessoas com alterações do equilíbrio não foi possível aplicar o projeto de intervenção por ter esse fator limitador.

Com supervisão dos enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação orientadores nos Ensinos Clínicos foram desenvolvidos planos de cuidados individualizados nas áreas de reabilitação do foro neurológico, ortopédico e respiratório, desenvolvidos para a melhoria da capacidade dos doentes e família, proporcionando um processo de transição saudável. Os planos de cuidados formais realizados no âmbito dos Ensinos Clínicos podem ser consultados no Apêndice E.

Foram assim implementados planos de intervenção, que incluíam o ensino, o treino e supervisão das AVD, o mais precoce possível desde que a pessoa estivesse hemodinamicamente estável. Esta preocupação esteve presente sempre antes de iniciar uma sessão de reabilitação e muitas vezes mesmo durante a sessão era mantida a monitorização contínua da pessoa, em especial nas unidades de cuidados intermédios do foro neurológico assim como respiratório, assegurando assim a segurança da pessoa.

Indo de encontro com a capacitação da pessoa e a família como confirma a evolução dos doentes em termos do seu desempenho nas AVD, foi também elaborado um folheto com informação para a prevenção de quedas em ambiente comunitário, utilizando-o para a consolidação dos ensinamentos realizados (Apêndice C)

Foi realizado um estágio de observação ao Departamento de Atividades de Vida Diária no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão que permitiu consolidar conhecimentos sobre o treino de AVD e o ensino e treino do autocuidado de acordo com as necessidades individuais da pessoa tendo em conta o objetivo de reinserção ao seu contexto comunitário.

A realização das intervenções de enfermagem de reabilitação contribuiu para maximizar a funcionalidade das pessoas, capacitando-as para maximizar a sua capacidade funcional. Os cuidados prestados basearam-se em programas de reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora e treino de AVD. Assim o almejado foi maximizar a autonomia, independência da pessoa e promover a sua qualidade de vida (Hoeman, 2011).

Face ao exposto atingiram-se os objetivos de aprendizagem com a aquisição das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

## CONCLUSÃO

Nos últimos anos temos assistido a um novo paradigma na área da saúde dadas as alterações demográficas na sociedade atual. Os avanços tecnológicos e científicos levaram a um aumento da sobrevivência das pessoas a diversas patologias o que levou inevitavelmente a um envelhecimento demográfico. Contudo, apesar de o aumento da esperança média de vida, são muitas as patologias que surgem com o envelhecimento, trazendo novos desafios na área da saúde, onde a enfermagem de reabilitação tem um papel preponderante dado que é uma especialidade direcionada para a prevenção da incapacidade e para a capacitação da pessoa maximizando a sua independência funcional.

O equilíbrio corporal pode ficar comprometido por diversas causas, no entanto o processo de envelhecimento, pelas alterações fisiológicas que o acompanham, aumenta consideravelmente as alterações desta função. Por outro lado, o equilíbrio corporal é fundamental para a manutenção das capacidades funcionais da pessoa no sentido de recuperarem a independência perdida e de a manterem durante o máximo de tempo possível. Tendo em conta estas premissas, o foco do equilíbrio corporal é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Foi elaborado um projeto de intervenção profissional com foco nas pessoas adultas com o equilíbrio corporal alterado com o objetivo geral de descrever os contributos dos cuidados dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na capacitação para o equilíbrio corporal e os ganhos na capacidade funcional em pessoas internadas nos contextos do Estágio Final. Este objetivo foi alcançado através da avaliação, planificação, implementação e avaliação de resultados durante a prestação de cuidados especializados no âmbito do Estágio Final. Na generalidade, dos casos apresentados verificou-se uma melhoria do equilíbrio corporal dos doentes com a intervenção diferenciada em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação. Apesar de não haver uma grande melhoria quantitativa medida pelo Índice de *Tinetti* os resultados alcançados na melhoria do equilíbrio corporal permitiram ajuizar sobre a evolução dos doentes e progredir com o plano de reabilitação. Foi observado que na sua maioria as pessoas melhoraram a sua capacidade funcional caminhando assim para a sua independência funcional. A continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação tem um papel significativo para a maximização da funcionalidade das pessoas quer contextos clínicos e as alterações do equilíbrio corporal estão diretamente relacionadas com o risco de queda. O risco de queda nos doentes descritos foi sempre significativo e sem grandes alterações

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

relacionado com a necessidade de administração de terapêutica endovenosa e com a menor perceção de risco destes doentes, o que obriga a uma atitude de cuidar permanente.

Pode-se concluir o projeto de intervenção delineado para pessoas com o equilíbrio corporal alterado, nos casos apresentados, foi significativo porque foram identificados ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Este relatório pretendeu também ser um trabalho de descrição e reflexão fundamentada sobre as atividades realizadas no Estágio Final, com o objetivo de descrever o processo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem, considerando que o objetivo que foi alcançado.

Com a conclusão deste relatório termina o percurso académico para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação e inicia-se agora uma nova fase profissional como mestre e especialista em Enfermagem na área de enfermagem de reabilitação.

## BIBLIOGRAFIA

- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria* (Geriatric Instruments). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php>.
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O. & Martins, M. M. (2021). *Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso*. In Olga Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação conceções e práticas*. Lidel – Edições técnicas Lda.
- Boaretto, F., Haddad, M. C. F. L., Rossaneis, M. A., Gvozd, R., & Pissinati, P. D. S. C. (2016). The work environment of nurses who perform care activities in a university hospital. *Cogitare Enferm*, 21(2), 1-10.
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). *O Envelhecimento Activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cardoso, A. P., & Rego, B. (2017). *Olhares sobre a educação: em torno da formação de professores*, p. 21-33. Escola Superior de Educação de Viseu
- CIPE, 2011. CIPE versão 2 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros
- Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2017). *Reeducação da Função Sensoriomotora*. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J. R. C., & Vieira, S. R. (2009). *Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas*. *Psicologia, Educação e Cultura* vol. III, nº2 p. 455-479

- Direção Geral de Saúde. (2017a). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS\\_PNDCCV\\_VF.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf)
- Direção Geral de Saúde. (2017b). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável*. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação*. *Direção-Geral de Saúde*, 54(2011), 1-19.
- Dos Santos, F., & Cavalcanti Valente, G. (2020). *Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Segurança do Paciente no Ambiente Domiciliar*. *Enfermagem em Foco*, 11(1). 106-113. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2679>
- Furtado, B. M. A. S. M., Bonfim, C. V. do, Fernandes, C. L. E. de A., Oliveira, J. A., & Silva, A. G. S. da. (2021). *Características epidemiológicas e distribuição espacial das quedas em idosos atendidos no serviço pré-hospitalar*. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(6), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20115>
- Garcia, S., Cunha, M., & Novo, A. (2021). *Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas*. In Olga Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação conceções e práticas*. Lidel – Edições técnicas Lda.
- Giacomini, S.B., Fhon J.R., & Rodrigues, R.A. (2020). Frailty and risk of falling in the older adult living at home. *Acta Paulista Enfermagem*, 33, 1-8. <https://doi.org/10.37689/actaape/2020AO0124>
- Gil, A. W. D. O., Silva, R. A. D., Oliveira, M. R. D., Carvalho, C. E., & Oliveira, D. A. D. A. P. (2017). *Comparação do controle postural em cinco tarefas de equilíbrio e a relação dos riscos de quedas entre idosas e adultas jovens*. *Fisioterapia e pesquisa*, 24, 120-126.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Processo e aplicação*. Lusodidacta

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

Horak, F. B. (2006, September 2). *Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls?*. *Age and Ageing*, 35-S2, ii7-ii11 [https://academic.oup.com/ageing/article/35/suppl\\_2/ii7/15654](https://academic.oup.com/ageing/article/35/suppl_2/ii7/15654)

Huang, P.Y. & Lin, C.F. (2010). Effects of Balance Training Combined with Plyometric Exercise in Postural Control: Application in Individuals with Functional Ankle Instability. In: Lim, C.T., Goh, J.C.H. (eds) 6th World Congress of Biomechanics (WCB 2010). August 1-6, 2010 Singapore. IFMBE Proceedings, vol 31. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-14515-5\\_60](https://doi.org/10.1007/978-3-642-14515-5_60)

Huber, F. E. & Welles, C. L. (2009). *Exercícios Terapêuticos – Planeamento do Tratamento para Progressão*. Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Causas de morte – 2018*. Obtido em março de 2023, de Portal Oficial - Instituto Nacional de Estatística: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=399595771&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=399595771&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

Instituto Nacional de Estatística (2022). *Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação: VI Resultados Definitivos*. Lisboa: INE Portugal [www.ine.pt](http://www.ine.pt): <https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>.

Instituto Nacional de Estatística (2023). *O que nos dizem os Censos sobre as dificuldades sentidas pela população com incapacidades*.

Januário, F. & Amaral, C. (2010). *Fisiologia do equilíbrio*. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, Volume 19 nº 2, 31-37

Valodwala, K. C., & Desai, A. R. (2019)., *Effectiveness of Dynamic Balance Training with and without Visual Feedback in Stroke Patients*. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2019 May, Vol-13(5)

- Maia, B. (2019) *16 anos de Unidade Cerebrovascular*. O Central. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefi-ndmkaj/https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/o-Central-4-16-anos-de-Unidade-Cerebrovascular.pdf>
- Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2017). *Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory- Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Menezes, J. N. R., Costa, M. P. M., Iwata, A. C. N.S., & Araujo, P. M. (2018). *A Visão do Idoso Sobre o Seu Processo de Envelhecimento*. *Revista Contexto & Saúde*, 18(35), 8-12. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.8-12>
- Menoita, E. C. Sousa, L. M., Pão-Alvo, I. & Marques-Vieira, C. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lisboa: Lusodidacta.
- Ministério da Saúde (2023a). *Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central In Portal do Sistema Nacional de Saúde*. <https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/> e <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-lisboa-central-epe/>
- Ministério da Saúde (2023b). *Hospital Garcia de Orta In Portal do Sistema Nacional de Saúde*. <https://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS/IPS
- Ordem dos Enfermeiros (16 de setembro de 2015b). *Código Deontológico*.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação*
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*.

- Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário Da República, 2a Série, no26, 4744–4750*.
- Organização das Nações Unidas (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Organização das Nações Unidas (2019). *Envelhecimento. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental* - Nações Unidas. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Parecer nº 12/2011 da Ordem dos Enfermeiros (2011). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
- Pestana, H. (2017) *Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. In Cristina Marques -Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta.
- Prado, M. L. D., Souza, M. D. L. D., Monticelli, M., Cometto, M. C., & Gómez, P. F. (2013). Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. *Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000; 10*. Organización Panamericana de la Salud.
- Reis, G. & Bule, M. J. (2017) *Capacitação e Atividade de Vida*. In Cristina Marques -Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta.
- Ribeiro, O., Moura M. I. & Ventura, J. (2021a) *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. In Olga Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação conceções e práticas*. Lidel – Edições técnicas Lda.
- Ribeiro, O., Faria, A. & Ventura, J. (2021b) *Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação*. In Olga Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação conceções e práticas*. Lidel – Edições técnicas Lda.
- Rinaldi, F. C., Campos M. E. C., Lima, S. S., & Sodré, F. S. S. (2013). *O papel da Enfermagem e a sua Contribui o para a Promo o do Envelhecimento Saudável e Ativo*. *Revista Eletr nica Gestão & Saúde* ,4(2), 2326-2238. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/262>

- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (49), 153-171.
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). *Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação*. *Revista Investigação em enfermagem* 26: 35-44.
- Sousa, R. A. M. (2015). *Prevenção de quedas na população*. (Master's thesis, Universidade Coimbra). <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30513/1/Rita%20Sousa.pdf>
- Souza, I. C-P., Silva, A. G., Quirino, A. C. S., Neves, M. S., & Moreira, L. R. (2014). Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 164-172. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140013>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPACV) (2016). *Tudo o que precisade saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Raio X
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) (2017). *Guia das Unidades de AVC* <https://www.spavc.org/pt/publico/guia-das-unidades-de-avc>
- Spence, J. David, Barnett, Henry J. M. (2013). *Acidente Vascular Cerebral: Prevenção, Tratamento e Reabilitação*. AMGH Editora
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso-: Planejamento e métodos*. Bookman editora.

## APÊNDICES

## **Apêndice A: Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**



## **Apêndice B - Instrumento de Registos de Enfermagem de Reabilitação**

## Índice

<b>1. Introdução .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Fundamentação teórica .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Instrumento de registos de cuidados de enfermagem de reabilitação .....</b>	<b>8</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>14</b>

## INTRODUÇÃO

O Ensino Clínico I surge, integrado no VI curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação realizado em associação no Instituto Politécnico de Setúbal. O presente Ensino Clínico está a decorrer no serviço de [REDACTED] de 16 a 24 de junho do ano letivo de 2021/2022, no [REDACTED]

A construção de um instrumento de registos de cuidados de enfermagem de reabilitação surgiu da necessidade sentida de sistematização dos mesmos com o principal objetivo de promoção da continuidade de cuidados.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No âmbito do Ensino Clínico I, conforme proposto pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), orientadores clínicos do presente ensino clínico, foi elaborado um instrumento de registos dos cuidados de enfermagem de reabilitação sistematizado, simplificado e de fácil acesso de consulta. Desta forma, pretende-se documentar de forma quantificável, a avaliação e construção do plano de reabilitação, permitindo supervisão, reavaliação de resultados e deste modo monitorizar a produção dos ganhos em saúde para a população por estes abrangida.

O registo simplificado e pragmático que permita uma visualização abrangente e rápida da aplicação dos planos de intervenção a pessoas com necessidades de cuidados reabilitação de enfermagem, tornou-se necessário e de uma importância fundamental para a promoção da melhoria contínua dos cuidados de reabilitação e assim constituir um referencial de reflexão e uma ferramenta efetiva para a continuidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Serviço de [REDACTED] tem como missão a prestação de cuidados de saúde do foro das doenças e traumatismos do aparelho locomotor, nomeadamente na sua vertente cirúrgica, à população da área de influência do [REDACTED]. O serviço de internamentos de adultos, onde decorre atualmente o ensino clínico, apresenta cada vez mais uma dotação de adultos em idade idosa resultante de lesões músculoesqueléticas, acompanhadas de inúmeras comorbilidades como, as doenças crónicas, doenças respiratórias, alterações do foro psicológico, doenças cardíacas, dor intensa, desnutrição, doenças neurológicas, o défice neurosensorial e por fim os problemas músculoesqueléticos (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Esta situação condiciona tempos prolongados de internamento, mas não só, pois estes tipos de lesões são potenciadoras de imobilidade, trazendo com ela todos os aspetos negativos reconhecidos por todos nós, aspeto este que se torna particularmente importante na pessoa idosa, sendo esta a população, mas vulnerável ao efeito da redução da mobilidade. Assim todo o trabalho efetuado visa os ganhos em saúde, na prevenção de complicações e incapacidades, e na recuperação das capacidades remanescentes de modo a habilitar a pessoa a uma maior autonomia e independência (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

Foi então elaborada esta ferramenta de registos integrando a linguagem de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), incluindo os focos de atenção sensíveis e pertinentes neste contexto de prática de cuidados, com interesse para a enfermagem de reabilitação.

O processo de enfermagem inicia-se com a avaliação da pessoa (Ribeiro, O. 2021) e constitui o alicerce da identificação de necessidades, respostas e problemas individuais. Ao integrar a fase de avaliação do processo de cuidados, é essencial para investigar o potencial da pessoa a validação de resultados e só deste modo a intervenção dos enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação poderá ter sucesso.

Foram escolhidos os instrumentos de avaliação de acordo com a sua facilidade de aplicação, assim como de produção de resultados significativos que possam orientar o processo de reabilitação. Os instrumentos devem permitir medir a incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação no seio da equipa pluridisciplinar, medir a eficácia do tratamento e documentar a continuidade dos cuidados, assim como os benefícios das intervenções de enfermagem (Hoeman, 2011).

Para a avaliação da dependência do doente nos autocuidados utilizamos o Índice de Barthel também utilizado no processo do doente. O Índice de Barthel avalia o potencial funcional do indivíduo medindo o grau de assistência exigido, em dez atividades, ou seja, o nível de independência nas atividades de autocuidado, como: alimentação, higiene pessoal, vestir-se, controle da bexiga, do intestino, deambulação, subir escadas e transferência. A pontuação é de zero, cinco, dez e quinze; a nota é proporcional à independência, quanto maior for a nota mais independente é a pessoa. A pontuação máxima é 100 e, abaixo de 50 significa dependência.

Para a avaliação da força muscular foi utilizada a Escala *Medical Research Council (MRC)* que apresenta seis graus, de 0 a 5. 0 - Ausência de movimento e contração muscular; 1 - Existência de contração muscular, mas sem movimento; 2 - Existência de movimento ativo, anulando-se a gravidade; 3 - Existência de movimento ativo contra a gravidade; 4 - Existência de movimento ativo contra a gravidade com alguma resistência; 5 - Força normal.

O equilíbrio é avaliado pela aplicação do Índice de Tinetti, sendo a utilização deste instrumento de avaliação de importante aplicação, pois traduz a qualidade de vida do idoso, possibilitando ações preventivas, assistenciais e de reabilitação. Avalia aspetos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria, o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças de direção com os olhos fechados. (Apóstolo, 2012)

A escala de Borg Modificada foi utilizada para monitorizar a sensação de esforço, para que se consiga determinar limites seguros para o treino/atividades. A escala de Borg Modificada, inclui 10 pontos onde a intensidade da sensação de esforço é graduada por números aos quais é associada uma descrição

sobre a intensidade do mesmo. É pedido ao utente durante determinado momento que indique o número e descrição que corresponde à sensação de esforço percebido (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

As escalas de Quedas de Morse e escala de Braden foram incluídas de forma a identificar riscos potenciais de quedas e úlceras de pressão, mas também por serem as que se encontram a ser usadas na instituição em causa.

Embora o enfermeiro de reabilitação olhe para o utente no seu todo, existem focos de atenção com especial interesse neste contexto clínico, pois permitem, para além de intervenções gerais de enfermagem, enquadrar intervenções diferenciadas de reabilitação. Segundo Lourenço, M. et al (2021), os focos mais relevantes no doente com compromisso musculoesquelético são adesão ao regime de reabilitação; adesão a preocupações de segurança, ventilação, movimento corporal, vestir-se/despir-se, tomar banho, transferir-se, equilíbrio e andar com auxiliar de marcha. Contudo, é sabido que o EEER, tem uma visão integral da pessoa não descurando outros focos de atenção face à sua avaliação.

Ao elaborar este trabalho, pretendemos que os cuidados prestados possam deste modo ser monitorizados e assim dar origem à produção de indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, potenciando programas de melhoria continua da qualidade dos cuidados, com tradução numa maior visibilidade dos mesmos no contexto em que estão inseridos.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

### Instrumento de registos de cuidados de enfermagem de reabilitação

<b>Nome:</b>						<b>Idade:</b>		
<b>Antecedentes Pessoais:</b>								
<b>Diagnóstico:</b>				<b>Cirurgia:</b>				
<b>Data admissão:</b>				<b>Data alta:</b>				
<b>Escala de Glasgow:</b>								
<b>FOCO EQUILIBRIO CORPORAL</b>								
<b>DATA</b>								
<b>Índice de Tinetti</b>								
<b>INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO</b>								
<b>TREINO DE EQUILIBRIO SENTADO</b>	Sentado com apoio de mãos e pés							
	Sentado com apoio de pés							
	Provocando desequilíbrio lateral							
	Provocando desequilíbrio frontal e dorsal							
	Automobilização do tronco (avião)							
	Automobilização do tronco (inclinação frontal)							

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

<b>TREINO DE EQUILÍBRIO EM PÉ</b>	Flexão plantar com apoio							
	Equilíbrio de 1 pé com apoio							
	Flexão do joelho e coxofemural							
	Extensão da coxofemural							
	Abdução dos membros inferiores							
	Levante sem mãos							
	Ereto num apoio com 1 pé							
<b>FOCO ANDAR/TRANSFERIR-SE</b>								
<b>DATA</b>								
<b>INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO</b>								
	Com andarilho							
	Com canadianas							
	Com tripé							
	Deambula sem apoio							
<b>TREINO DE TRANSFERÊNCIA</b>								
	Capaz							

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

<b>TREINO DE TRANSPOSIÇÃO DE OBSTÁCULOS (ESCADAS)</b>		Incapaz								
<b>ÍNDICE DE TINETTI</b>										
<b>FOCO MOVIMENTO MUSCULAR</b>										
<b>ÍNDICE DE FORÇA MUSCULAR</b>										
<b>DATA</b>										
<b>MEMBRO SUPERIOR</b>										
<b>MEMBRO INFERIOR</b>										
<b>CERVICAL</b>										
<b>DATA</b>										
<b>INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO</b>										
<b>EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS</b>	Local anatómico									

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

	HEMICORPO	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
<b>EXERCÍCIOS ISOTÓNICOS</b>	Ombro										
	Cotovelo										
	Antebraço										
	Punho										
	Dedos da mão										
	Coxo-femoral										
	Joelho										
	Tibiotársica										
	Dedos do pé										
	Pelve										
<b>AUTO MOBILIZAÇÕES (isotônicos)</b>	Local anatómico:										
	1.										
	2.										
	A. ativas										
	B. resistidas										
<b>AGACHAMENTO</b>											
<b>EXERCÍCIOS DE MOTRICIDADE FINA</b>											

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Intervenções do tipo Instruir/Avaliar					
<b>Instruir/Teinar</b>					
<b>Avaliar</b>					
FOCO AUTOCUIDADO					
<b>DATA</b>					
<b>ÍNDICE DE BARTHEL</b>					
INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO					
<b>TREINO DE AUTOCUIDADOS</b>	Higiene Pessoal				
	Alimentar-se				
	Usar WC				
	Vestir-se				
FOCO ADEÇÃO A PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA					
<b>Data</b>					

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

<b>ARTROPLASTIA DA ANCA</b>		Ensinar e treinar para evitar movimentos que possam provocar luxação									
<b>ARTROPLASTIA JOELHO</b>		Ensinar e treinar para prevenção de complicações									
<b>FOCO VENTILAÇÃO</b>											
<b>AVALIAÇÃO</b>											
		Data									
Parâmetros		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
<b>Sinais Vitais</b>	Fc (b/min)										
	Fr (c/min)										
	Tº (°C)										
	TA (mmHg)										
	Dor (EN/EVA)										
<b>Sinais e Sintomas</b>	Cianose (central/periférica)										
	Dispneia (EN/EVA)										
	Tosse (seca/produ-tiva)										
	Expetoração										

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

	Oximetria periférica (%)											
Modo ventilação/Aporte de O2 (l/min)	Ventilação (Espontânea; TQT)											
	O2 e dispositivos (O.N; MF; MV; MAD)											
Auscultação	Hemitórax		E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
	Murmúrio Vesicular	1/3 Sup.										
		1/3 Médio										
		1/3 Inf.										
	Ruídos adventícios	1/3 Sup.										
		1/3 Médio										
1/3 Inf.												
Imagiologia (RX, TAC e outros)		Data	Registos									

**INTERVENÇÃO REABILITAÇÃO**

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

		Data					
Exercícios							
<b>Posição de descanso e relaxamento</b>							
<b>Dissociação e consciencialização dos tempos respiratórios</b>							
<b>Reeducação abdo- mino-diafragmática</b>	Global						
	Anterior						
	Posterior						
	Hemic. direita						
	Hemic. esquerda						
<b>Reeducação costal</b>	Global com bastão						
	Global sem bastão						
	Lateral esqº c/ abdução MS'S						
	Lateral dirº c/ abdução MS's						
<b>Manobras acessórias</b>	Percussões						
	Vibro-compressões						

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

<b>Tosse</b>	Dirigida/Assistida					
	Eficaz/Ineficaz/Aspiração de secreções					
<b>Terapêutica de posição</b>						
<b>Correção Postural</b>						
<b>FOCO INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE</b>						
<b>Escala de Borg</b>						


## BIBLIOGRAFIA

- Apóstolo, J., L., A. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Hoeman, S. P. (2008/2011). Rehabilitation Nursing [Enfermagem de Reabilitação]. Lusodidacta.
- Sir Graham Teasdale (2015). Escala de coma de Glasgow. Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. [www.glasgowcomascale.org](http://www.glasgowcomascale.org)
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema músculoesquelético. In Olga Ribeiro (Ed.), Enfermagem de reabilitação conceções e práticas (1 ed., pp. 281-328). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Ministério da Saúde (2011). Orientação nº17/ de 19/05/2011. Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). Norma nº054/2011 de 27/12/2011. Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2019). Norma nº 008/2019 de 09/12/2019. Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. Direção-Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boas práticas. Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDa-dosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDa-dosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In Olga Ribeiro (Ed.), Enfermagem de reabilitação conceções e práticas (1 ed., p. 67-75). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Olga Ribeiro

(Ed.), *Enfermagem de reabilitação conceções e práticas* (1 ed., p. 48-57). Lidel - Edições técnicas Lda.

Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2016a). Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur. In C. MarquesVieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 421-432). Lusodidacta.

Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 351-364). Lusodidacta



A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

**Apêndice C – Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa no Domicílio – Prevenir para não cair**

# PREVENÇÃO DE QUEDAS DA PESSOA IDOSA NO DOMICÍLIO

-Prevenir para não cair-

**Regente da Unidade Curricular:**

Professora Doutora Eugénia Grilo

**Discentes:**

Mónica Pinto (210531034)

Patrícia Rodrigues (210531029)

VI Curso de Mestrado em Enfermagem em associação

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
Quadro nº 1 - Fatores de risco para a queda .....	11

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO DEMOGRÁFICO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. EXPRESSÃO ESTATÍSTICA DAS QUEDAS NAS PESSOAS IDOSAS.....</b>	<b>9</b>
<b>3.AS QUEDAS NAS PESSOAS IDOSAS.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 - FATORES DE RISCO .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2 - AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA .....</b>	<b>12</b>
<b>3.3 - ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS A ADOPTAR PELA PESSOA IDOSA PARA A PRE- VENÇÃO DA QUEDA NO DOMICÍLIO .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3.1- Minimizar os riscos extrínsecos .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3.2 - Minimizar os riscos intrínsecos .....</b>	<b>16</b>
<b>4. NOTA FINAL .....</b>	<b>18</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>19</b>
<b>APÊNDICE</b>	
Apêndice I – Panfletos informativos .....	27

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio Final, unidade curricular integrada no VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação em associação, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal no ano letivo de 2022/2023, foi desenvolvido este trabalho sobre a problemática das quedas no domicílio e o papel dos enfermeiros especialista de enfermagem de reabilitação (EEER) na sua prevenção.

Como futuros enfermeiros especialistas, a melhoria contínua de práticas de qualidade deve ser um foco a privilegiar, quer pela gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, quer pela praxis clínica baseada em evidência científica. É fundamental a atualização de competências na área da saúde, nomeadamente em enfermagem, sendo o enfermeiro especialista um dos principais promotores desta melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que é o responsável pela sua própria formação e um importante mediador na formação dos seus pares.

A motivação da realização deste trabalho surge pela necessidade de desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista no âmbito do Estágio Final, que se prende com a elaboração de projetos de melhoria de qualidade e formação contínua.

O interesse na temática das quedas da população idosa no domicílio surge pela curiosidade em aprofundar conhecimentos nesta área, uma vez que, nos contextos de estágio durante o Mestrado, verificamos que as quedas nas pessoas idosas são prevalentes em muitos doentes internados sendo muitas vezes o motivo de internamento. Também na comunidade observamos que as quedas são com frequência a causa de perda de funcionalidade. É, portanto, uma temática transversal aos cuidados de enfermagem quer a nível hospitalar quer a nível comunitário.

De um modo introdutório, são fundamentais o conhecimento e a sensibilização para a realidade demográfica que o nosso país e o mundo refletem. Teremos uma população mundialmente envelhecida. Com isto, não a queremos retratar de um modo pejorativo, mas sim naquilo que significa: uma vitória do desenvolvimento, um ganho em saúde para os países desenvolvidos, que terão que criar e adotar políticas de saúde para acompanhar a crescente realidade.

Ao aprofundar conhecimentos deparámo-nos com um problema amplamente estudado e documentado, mas ainda com margem para muita melhoria no campo da prevenção. Assim, a realização deste trabalho tem como objetivo a educação para a saúde, sensibilizando e dando a conhecer à pessoa idosa e sua família os fatores de risco que podem potenciar a queda e fazer as respetivas alterações para a sua prevenção, utilizando para isso uma linguagem apropriada à população alvo, conforme diretriz da Norma da DGS 008/2019.

Ambos os nossos campos de estágio, devido à sua população alvo ser na sua maioria pessoas com idades superiores a 65 anos, proporcionam momentos privilegiados para agir na prevenção da queda na pessoa idosa no domicílio, através de ensinamentos ao doente ou ao cuidador, que podem ser complementados com informação escrita através de um folheto. Assim criamos dois modelos de folhetos informativos (apêndice I), sensivelmente com a mesma informação para serem entregues ao doente ou ao cuidador quer num momento de preparação de alta hospitalar, quer já inserido na comunidade.

De forma a dar continuidade, pretendemos também realizar uma sessão de sensibilização para os enfermeiros de ambas as unidades de saúde para esta temática.

Deste modo, torna-se importante a sensibilização para a ocorrência da queda, pois o seu número, poderá ter futuramente uma expressão decrescente com a intervenção dos profissionais de saúde, em especial por parte dos enfermeiros, uma vez que estes são uma presença contínua no ciclo de vida da pessoa e da família. Para isso é fundamental o conhecimento multifatorial das suas causas, para que o enfermeiro possa intervir e assim prevenir a sua ocorrência.

A nossa ação como profissionais de saúde, visa uma população idosa não só saudável, mas sobretudo ativa.

A elaboração deste trabalho respeita o novo acordo ortográfico português e a norma de referência da American Psychological Association (APA), 7ª edição.


## 1. ENQUADRAMENTO DEMOGRÁFICO

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2019) “A população mundial está a envelhecer e todos os países do mundo estão a assistir a um crescimento no número e na proporção de pessoas idosas da sua população.”, sendo esta uma das mais significantes transformações sociais deste século. Esta estimou que até 2050 o número de idosos com 60 anos ou mais, duplique e mais do que triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100, crescendo a uma taxa de 3% ao ano.

O cenário demográfico português nos dias de hoje é apresentado com uma população envelhecida e, conseqüentemente, com um aumento da presença não de uma, mas de diversas doenças crónicas prolongadas, exigindo uma maior complexidade e diversidade de cuidados. Numa perspectiva de projeção, o Instituto Nacional de Estatística (INE) prevê que para 2080 o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens. O número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1 milhão. O número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões (INE, 2020).

Em 2011, como resultado do Censos, o INE (2012), estimou que aproximadamente 40,5% das pessoas entre os 15 e os 64 anos tinham pelo menos um problema de saúde ou doença prolongada e que 17,4% tinham pelo menos uma dificuldade na realização de atividades básicas, como: ver, mesmo usando óculos; ouvir, mesmo usando uma prótese auditiva; andar ou subir degraus; sentar-se ou levantar-se; alcançar algo ou esticar-se; levantar e transportar algo; dobrar-se; agarrar, segurar ou rodar algo; memorizar ou concentrar-se; comunicar. A coexistência de problemas de saúde prolongados e de dificuldades na realização de atividades básicas afeta cerca de 16% das pessoas na respetiva faixa etária.

Para a população com 65 anos ou mais, as limitações músculo-esqueléticas e as dificuldades na mobilidade, em especial no andar e subir degraus, constituem o principal problema de saúde e a principal dificuldade para esta faixa etária. Segundo os resultados dos Censos 2011, cerca de 50% da população idosa tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das seis atividades do quotidiano diário como: ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-



A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

se, compreender os outros/fazer-se entender. Estas dificuldades afetam 995 213 pessoas idosas em Portugal, mais de metade das quais vivem sós ou acompanhadas exclusivamente por outro idoso (INE, 2012).

## 2. EXPRESSÃO ESTATÍSTICA DAS QUEDAS NAS PESSOAS IDOSAS

Grande parte da procura dos idosos no serviço de urgência deveu-se a lesões por quedas, sendo que muitos tiveram a necessidade de internamento tendo ficado numa situação de declínio de função e da mobilidade (Hoeman, 2008/2011). Tomando em consideração o exposto anteriormente, sendo o envelhecimento da população uma tendência nos países desenvolvidos e sabendo que após os 75 anos 70% das mortes acidentais relacionam-se com quedas (Fuller, 2001 in Hoeman (2008/2011), esta é considerada um dos principais riscos à segurança do idoso em contexto domiciliário (Dos Santos, 2020). Furtado *et al* (2021), determinaram que no espaço temporal estudado, dos 1954 atendimentos de idosos num serviço de urgência, 75% foram decorrentes de queda e que 80,3% ocorreram no domicílio. Torna-se assim evidente a relevância da intervenção do EEER no planeamento de estratégias de prevenção de acidentes por queda no domicílio, na população idosa.

Estando evidenciado anteriormente a relevância na prevenção deste tipo de acidentes, é importante que a nossa intervenção não passe apenas pela identificação de causas, mas também, pela sensibilização do doente e cuidador para esta realidade. Educar, promover, informar e esclarecer, torna-se uma das formas mais eficazes de atuação para a prevenção de quedas. Assim sendo, é fundamental objetivar um aumento da literacia para a saúde (LS) no geral, mas para este tema em particular, uma vez que a LS é considerada como a forma de inculcar comportamentos de saúde benéficos na pessoa e na sociedade, retratando o estado de saúde de todos nós como um todo. (Carvalho *et al*, 2020).

Em Portugal, Serrão *et. al* (2015) num estudo financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, com intuito de avaliar o grau de literacia em saúde nas pessoas idosas, demonstraram que 80% dos participantes evidenciaram um nível de literacia em saúde baixo. Segundo a Direção Geral da Saúde (2018), no que diz respeito à percentagem de pessoas com um nível problemático de LS, o nosso país apresenta o valor mais elevado (38,1%) comparativamente à média europeia (35,2%), sendo o nível inadequado, também uma percentagem inferior (10,9%) ao da média europeia (12,4%).

A LS tem obtido preocupação a nível das políticas nacionais em saúde, sendo identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde da população (Carvalho *et al*, 2020), refletindo-se numa promoção da saúde, na prevenção e gestão da doença crónica e aguda (DGS, 2018) dotando a população de espírito crítico e ferramentas para “(...) novas oportunidades de ativação de comportamentos saudáveis” (pg. 3).

A importância do tema vê-se esplanada em sucessivos planos nacionais para a segurança dos doentes e reforçado novamente no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021-2026) contemplado no objetivo estratégico 1.3 “Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados” (Secretário de Estado Adjunto e da Saúde-Saúde, 2021, p.99).

Deste modo, na busca de aquisição de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, temos como objetivo a capacitação das pessoas para processar e usar informações em relação ao tema, bem como na adoção de cuidados de saúde de forma efetiva.

### 3. AS QUEDAS NAS PESSOAS IDOSAS

Para alcançar um envelhecimento ativo e saudável a segurança efetiva é fundamental. Com o processo natural do envelhecimento surgem alterações sensoriais, problemas de visão, de audição, alterações do equilíbrio e doenças músculo-esqueléticas que tornam a população idosa com um risco elevado de quedas. Dentro dos acidentes, as quedas são os mais frequentes entre os idosos e a causa principal de morte acidental acima dos 65 anos (Curopos, 2022).

#### 3.1 - Fatores de risco

Hoeman (2008/2011) identificou a etiologia da queda como multifatorial com variáveis como: álcool; medicação prescrita; hipotensão ortostática; medo cair; tonturas; problemas de equilíbrio; alterações neuropáticas; urgências urinárias; perda de audição ou da visão; falta de exercício. As quedas podem ser provocadas por fatores intrínsecos inerentes à pessoa e fatores extrínsecos, que se relacionam com o ambiente físico da pessoa (quadro nº 1)

Quadro nº 1 - Fatores de risco para a queda

FATORES DE RISCO PARA A QUEDA	
Intrínsecos	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Condição física, mental e cognitiva;</li><li>➤ Alterações fisiológicas relacionadas com a idade no equilíbrio e na marcha</li><li>➤ Situações médicas</li><li>➤ Alterações visuais</li><li>➤ Estado nutricional</li><li>➤ Uso de determinados medicamentos</li><li>➤ Histórico de ocorrência de queda (Medo de cair)</li></ul>
Extrínsecos	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Viver sozinho e estar socialmente isolado</li><li>➤ Estado do chão</li><li>➤ Iluminação deficiente</li><li>➤ Calçado mal concebido ou desajustado ao pé</li></ul>

Fonte: Elaboração Própria

### 3.2 - Avaliação do risco de queda

O processo de enfermagem inicia-se com a avaliação da pessoa (Ribeiro, 2021) e constitui o alicerce da identificação de necessidades e problemas individuais. A integração da fase de avaliação do processo de cuidados é essencial para investigar o potencial da pessoa e para a validação de resultados. Só deste modo a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação poderá ter sucesso.

Os instrumentos devem permitir medir a incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação no seio da equipa pluridisciplinar, medir a eficácia do tratamento e documentar a continuidade dos cuidados, assim como os benefícios das intervenções de enfermagem (Hoeman, 2011).

A avaliação do risco de queda está normalizada no Sistema Nacional de Saúde (SNS) na norma da DGS (Direção Geral de Saúde) “Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares” onde a avaliação do risco deve ser realizada a todas as pessoas em internamento hospitalar incluindo centros de reabilitação. Esta avaliação deverá ser realizada a admissão e deve ser reavaliada, independentemente do risco de queda, sempre que ocorre alteração do estado clínico e no momento de transferência intra ou inter-hospitalar ou quando ocorre uma queda. Esta avaliação é numa primeira fase realizada através da Escala de Quedas de Morse (validada para Portugal), cuja pontuação varia entre 0 e 125 pontos, sendo que é classificado o risco de queda desta forma: sem risco (0 e  $\leq$  24 pontos); baixo risco ( $\geq$  25 e  $\leq$  50 pontos); alto risco ( $\geq$  51 pontos) (DGS, 2019)

Esta norma também releva o facto de a avaliação do risco de queda deve ser multifatorial, caso o risco de queda seja elevado utilizando outros instrumentos de avaliação

Por sua vez, foi considerada a utilização do Índice de Tinetti na avaliação da pessoa no contexto domiciliário, pois esta faz uma avaliação do equilíbrio da pessoa, tendo em conta várias situações representativas do seu quotidiano. A sua utilização tem importantes implicações na “(...) qualidade de vida dos idosos, uma vez que possibilita ações preventivas, assistenciais e de reabilitação” (Apóstolo, 2012, pg. 25).

O índice de *Tinetti* (Apóstolo, 2012) avalia os fatores de risco de quedas em indivíduos idosos, com base no número de incapacidades crónicas. Consiste em 16 itens, em que 9 são para o

equilíbrio do corpo e 7 para a marcha. O equilíbrio é avaliado em ações realizadas durante as atividades da vida diária (AVD). Por sua vez a marcha é avaliada através da velocidade, da distância do passo, da simetria, o equilíbrio em pé e o rodar. Os resultados são expressos em pontos que varia de 0 a 28 no máximo, traduzindo-se em baixo risco de queda pontuações  $\geq 24$ , risco moderado entre 19-23 e por fim alto risco de queda pontuação  $\leq 18$  (Meneses, 2016).

### 3.3 - Estratégias adaptativas a adotar pela pessoa idosa para a prevenção da queda no domicílio

Realizar alteração de hábitos e costumes é difícil e muitas vezes até impossíveis. Tendo em consideração esta perspetiva, é fundamental que o profissional de saúde, consiga relacionar-se com a pessoa idosa e a sua família através de vínculos de confiança, tornando possível a aceitação de algumas alterações nos hábitos de vida diários e assim intervir nos fatores de riscos que podem ser alterados (Costa *et al*, 2014).

Para encaço deste objetivo, não só as competências na área relacionais devem ser consideradas, mas também competências e estratégias de comunicação tendo em consideração características individuais, culturais e ambientais dos idosos e familiares/cuidadores (DGS, 2019).

Refere Meneses (2016) quando cita Karlsson et al (2013), que o conhecimento dos processos fisiopatológicos responsáveis pela ocorrência de uma queda, bem como o conhecimento dos diferentes fatores de risco, facilita implementação de medidas adequadas para a prevenção destes eventos.

Segundo Hoeman (2008/2011) as estratégias de prevenção de quedas têm o seu foco na redução dos fatores de risco como:

- Remover os fatores de queda nas habitações;
- Prescrever programas de exercícios que melhorem a mobilidade;
- Reduzir o medo de cair;

### 3.3.1- MINIMIZAR OS RISCOS EXTRÍNSECOS

As estratégias apresentadas baseiam-se na apresentação de soluções ou alternativas que permitam reduzir os fatores de risco identificados que aumentam o risco de queda.

Muita é a literatura que enfatiza a necessidade do conhecimento da causa para obter-se sucesso na prevenção da ocorrência da queda, salientando-se a importante avaliação das condições habitacionais, do dia-a-dia e das atividades da pessoa, papel importante e oportuno do enfermeiro durante as visitas domiciliares à pessoa e família, assim como através da promoção de sessões de melhoria da literacia do cuidador ou do doente durante o tempo de internamento.

- Iluminação adequada e em locais estratégicos (ex: luz de presença no trajeto quarto, casa de banho);
- Interruptores acessíveis;
- Chão livre de objetos; Fios soltos devem estar colados às paredes;
- Chão em boas condições;
- Tapetes antiderrapantes ou colados ao chão;
- Escadas sem tapetes, com corrimão e degraus marcados para boa visibilidade;
- Dar preferência ao poliban;
- Dar preferência a chão antiderrapante na casa de banho;
- Usar barras de apoio e tapete antiderrapante dentro da banheira ou poliban;
- Usar cadeira/banco de duche ;
- Altura da cama adequada para transferências seguras;
- Percurso dentro de casa livre de moveis e/ou obstáculos;
- As cadeiras devem ter descanso para os braços;
- Compensar assentos baixos com o uso de mantas dobradas; Assentos altos compensar com o corte dos pés;
- Ter atenção aos animais de companhia, em especial cães e gatos;

- Sentar-se para vestir-se e calçar-se;
- Evitar subir a bancos. Ter os objetos de uso diário em prateleiras baixas;
- Levantar-se devagar da cama. Esperar alguns segundos sentado na beira da cama antes de se pôr de pé;
- Ter o telefone, de forma visível, para que a pessoa possa pedir ajuda em caso de necessidade (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, 2016; Curopos, 2022).

### 3.3.2 - MINIMIZAR OS RISCOS INTRÍNSECOS

- **Fazer exercício físico, mantendo-se ativo:**

Melhora o equilíbrio, a força, a coordenação e a flexibilidade, diminuindo também a perda da massa óssea.

O programa de exercícios deve incluir treino de equilíbrio, marcha, força e flexibilidade (Meneses, 2016). Melhora a capacidade cardio-respiratória, a tolerância à atividade física, aumenta a autonomia e independência do idoso (Silva et al, 2019) e reduz o medo de cair (Meneses, 2016 ; Curopos,2022).

- **Suplementação de vitamina D:**

Segundo Meneses (2016), estudos recentes sugerem que a suplementação de vitamina D, em pessoas com essa deficiência, é uma abordagem segura e bem tolerada, a fim de melhorar a força e função musculares.

- **Verificando o calçado e a roupa:**

Considerar calçado com o calcanhar, preso ao pé com solas antiderrapantes;

No vestuário ter em especial atenção as calças e robes devem ter a altura certa; (Curopos, 2022).

- **Medicação:**

Estudos sugerem a diminuição de forma gradual de psicofarmacos constitui uma medida importante na prevenção de quedas, restringindo a sua prescrição aos casos estritamente necessários ( Meneses, 2016; Curopos, 2022).

- **Visão e audição:**

A realização periódica de exames visuais e auditivos com o médico assistente é fundamental, bem como a compensação da mesma nos casos em que seja detedada a sua diminuição/alteração. (Meneses, 2016).

De um modo geral a estratégia de intervenção a adotar e a enfatizar deve centrar-se na prevenção de quedas, nomeadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se deste modo na melhoria da qualidade de vida das pessoas e ao mesmo tempo, na redução dos custos para a sociedade em geral e do sistema de saúde em particular (DGS, 2015).

#### **4. NOTA FINAL**

O processo de envelhecimento natural expõe a pessoa a um risco de queda aumentado dado as mudanças fisiológicas que vão surgindo. As quedas que ocorrem no domicílio trazem, consequências graves, por vezes com necessidade de internamento hospitalar, podendo levar à perda de funcionalidade e até mesmo na necessidade de internamento hospitalar.

Assim, o investimento na área da prevenção da queda no domicílio da pessoa idosa é essencial para o Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

Este trabalho levou-nos à procura da última evidência sobre um problema real que identificámos durante os Ensinos Clínicos. Com a sua realização esperamos sensibilizar para a importância desta temática nas equipas de enfermagem onde decorrem os nossos Ensinos Clínicos.

No futuro fica a proposta para o desenvolvimento de um projeto de intervenção, onde não vise apenas o aumento em literacia em saúde nesta problemática, mas onde se objetive a avaliação da pessoa idosa para além dos riscos de queda. A abrangência da avaliação terá que ser um fato, consistindo numa avaliação multifatorial da pessoa idosa, da qual deve resultar a prescrição de programas de intervenção orientados para os resultados. A sua monitorização passará pela ocorrência da queda, pela aquisição de conhecimento sobre o tema por parte da população envolvida e da sua família, pela redução efetiva dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, bem como pela não ocorrência de queda.

## 5. BIBLIOGRAFIA

- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php>
- Carvalho, C. G. D., Santos, P. C. & Pereira, J. F. M. P. (2020). *Literacia em saúde*. Escola Superior de Saúde do Porto. Politécnico do Porto. <https://doi.org/10.26537/W94N-5M64>
- Costa, Y. F., Araújo, O., C., Matias de Almeida, L. B., & Viegas, S., M., F. (2014). *O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa da literatura*. *O Mundo Da Saúde*, 38(4), 473-481. DOI: [10.15343/0104-7809.20143804473481](https://doi.org/10.15343/0104-7809.20143804473481).
- Curopos, L., M., B. (2021). *Quedas em idosos – Conhecer para prevenir*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Beja. Instituto Politécnico de Beja. Beja
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 - 2020*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-aseguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2018). *Plano de ação – Literacia em saúde- Portugal 2019 - 2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acaopara-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2019). *Norma nº 008/2019 - Prevenção e Intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

- Dos Santos, F., & Cavalcanti Valente, G. (2020). *Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Segurança do Paciente no Ambiente Domiciliar*. *Enfermagem em Foco*, 11(1), 106-113. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2679>
- Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (2016). *Manual do cuidador - Prevenção de quedas em idosos no domicílio*. Direção Regional da Solidariedade Social dos Açores. [https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh\\_ativo\\_manual-cuidador-preven%C3%A7%C3%A3o-que-das.pdf](https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh_ativo_manual-cuidador-preven%C3%A7%C3%A3o-que-das.pdf)
- Furtado, B. M. A. S. M., Bonfim, C. V. do, Fernandes, C. L. E. de A., Oliveira, J. A., & Silva, A. G. S. da. (2021). *Características epidemiológicas e distribuição espacial das quedas em idosos atendidos no serviço pré-hospitalar*. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(6), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20115>
- Instituto Nacional de Estatística (2020, março 31). *Projeções de população residente em Portugal*. [https://www.ine.pt/xportal/xmainxpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmainxpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Saúde e incapacidades em Portugal 2011*. [file:///C:/Users/35191/Downloads/SaudeIncapacidades\\_2011%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/35191/Downloads/SaudeIncapacidades_2011%20(1).pdf)
- Silva, R. M. V., Lopes, A.L.C., Ornelas, M.D.F., Mendonça, J. A. C.L., Ornelas, H., P.L. S. & Pinto, C., M., S. (2019) *Processo Assistencial Integrado da Prevenção de Quedas do Idoso no Domicílio*. Região Autónoma da Madeira. Secretaria Regional da Saúde
- Secretário de Estado Adjunto e da Saúde-Saúde (2021). “Despacho n.º 9390/2021” – *Plano nacional para a segurança do doente (2021-2026)*. *Diário da República II- Serie*, 187 (setembro): 96 – 103. <https://dre.pt/dre/analise-juridica/despacho/9390-2021-171891094>

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---


Serrão, C., Veiga, S. & Vieira, I. (2015). *Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 33-37. <http://hdl.handle.net/10400.22/12842>

Hoeman, S. P. (2008/2011). *Rehabilitation Nursing [Enfermagem de Reabilitação]*. Lusodidacta

Meneses, J. G. D. (2016). *Quedas em idosos*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra <http://hdl.handle.net/10316/34626>

Ribeiro, Olga (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lidel

Organização das Nações Unidas (2019). *Envelhecimento*. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental - Nações Unidas. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>



A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

## **APÊNDICE I – FOLHETOS INFORMATIVOS**

## A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

### PREVENIR COMO ???

#### Fazendo exercício físico:

- \* Melhora o equilíbrio, a força, a coordenação e a flexibilidade. Diminui a perda da massa óssea;

#### Verificando o calçado e a roupa:

- \* Calçado com o calcanhar e presos ao pé;
- \* Solas antiderrapantes;
- \* Calças e robes devem ter a altura certa;

#### Dentro de casa:

- \* Iluminação adequada e em locais estratégicos (ex: luz de presença no trajeto quarto, casa de banho);
- \* Interruptores acessíveis;
- \* Chão livre de objetos; Fios soltos devem estar colados às paredes;
- \* Chão em boas condições;
- \* Tapetes antiderrapantes ou colados ao chão;
- \* Escadas sem tapetes, com corrimão e degraus marcados para boa visibilidade;

- \* Dê preferência ao poliban;
- \* Dê preferência a chão antiderrapante na casa de banho;
- \* Use barras de apoio e tapete antiderrapante dentro da banheira ou poliban;
- \* Use cadeira/banco de duche;
- \* Altura da cama adequada para transferências seguras;
- \* Percurso dentro de casa livre de móveis e/ou obstáculos;
- \* As cadeiras devem ter descanso para os braços;
- \* Compensar assentos baixos com o uso de mantas dobradas; Assentos altos compensar com o corte dos pés;
- \* Atenção aos animais de companhia, em especial cães e gatos;
- \* Sente-se para vestir-se e calçar-se;
- \* Evite subir a bancos. Tenha os objetos de uso diário em prateleiras baixas;
- \* Levante-se devagar da cama. Espere alguns segundos sentado na beira da cama antes de se pôr de pé;
- \* Evite inclinar-se para a frente para apanhar objetos do chão.



### PREVENIR PARA NÃO CAIR



Elaborado por: Mónica Pinto e Patrícia Rodrigues  
Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Gil e  
60 Meses em Enfermagem - Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Instituto Politécnico de Setúbal.



- Com o avançar da idade, a pessoa sofre muitas alterações, nomeadamente a nível cognitivo, na visão, audição, equilíbrio, força muscular e coordenação, levando a um aumento do risco de queda;
- Têm consequências graves, sendo a segunda principal causa de morte accidental nos idosos;
- O domicílio é identificado como o local mais perigoso e com maior risco de acontecer uma queda;
- Contribuem para a diminuição da autonomia e funcionalidade;
- Reduz a qualidade de vida;
- A prevenção faz-se com pequenos ajustes em casa e no estilo de vida;

### PRINCIPAIS MOTIVOS DE QUEDA

#### Relacionados com o próprio:

- ◆ Alteração da postura;
- ◆ Alteração da marcha;
- ◆ Diminuição da visão e audição;
- ◆ Diminuição da força muscular e do equilíbrio;
- ◆ Algumas doenças como: osteoporose, doença cardiovascular, doença neurológica e alterações urinárias;
- ◆ Alguma medicação como: diuréticos, medicação para dormir e para a tensão arterial;
- ◆ Polimedicação (uso de 5 ou mais medicamentos)
- ◆ Não reconhecimento das fragilidades;
- ◆ Ansiedade e depressão;
- ◆ Sedentarismo;
- ◆ Quedas anteriores;

#### Relacionados com o meio envolvente:

- ◆ Piso escorregadio e/ou em mau estado;
- ◆ Objetos espalhados pelo chão (brinquedos, bolas, fios soltos);
- ◆ Tapetes não aderentes ao chão;
- ◆ Escadas com tapetes e sem corrimão;
- ◆ Ausência de barras de apoio na casa de banho (banheira; sanita);
- ◆ Calçado aberto e sem rasto antiderrapante;
- ◆ Vestuário comprido ou muito largo;
- ◆ Iluminação insuficiente;
- ◆ Móveis instáveis;
- ◆ Uso inadequado de auxiliares de marcha (bengala, andalho, canadianas);
- ◆ Camas muito baixas ou muito altas;
- ◆ Cadeiras baixas sem apoio de braços;

### COMO PREVENIR A QUEDA?



#### Mantendo-se ativo e fazendo exercício físico:

- \* Melhora o equilíbrio, a força e a flexibilidade. Diminui a perda da massa óssea;



#### Verificando o calçado e a roupa:

- \* Usar sapatos ou chinelos com apoio no calcanhar e presos ao pé;
- \* Todos os sapatos devem ter solas antiderrapantes;
- \* Calças e robes devem ter a altura certa;



Atenção aos **animais de estimação**, principalmente cães e gatos pois podem acidentalmente precipitar a queda;



Veja a sua **visão** e a sua **audição** com o seu médico assistente assim como a sua **medicação habitual**, com regularidade;

### IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO

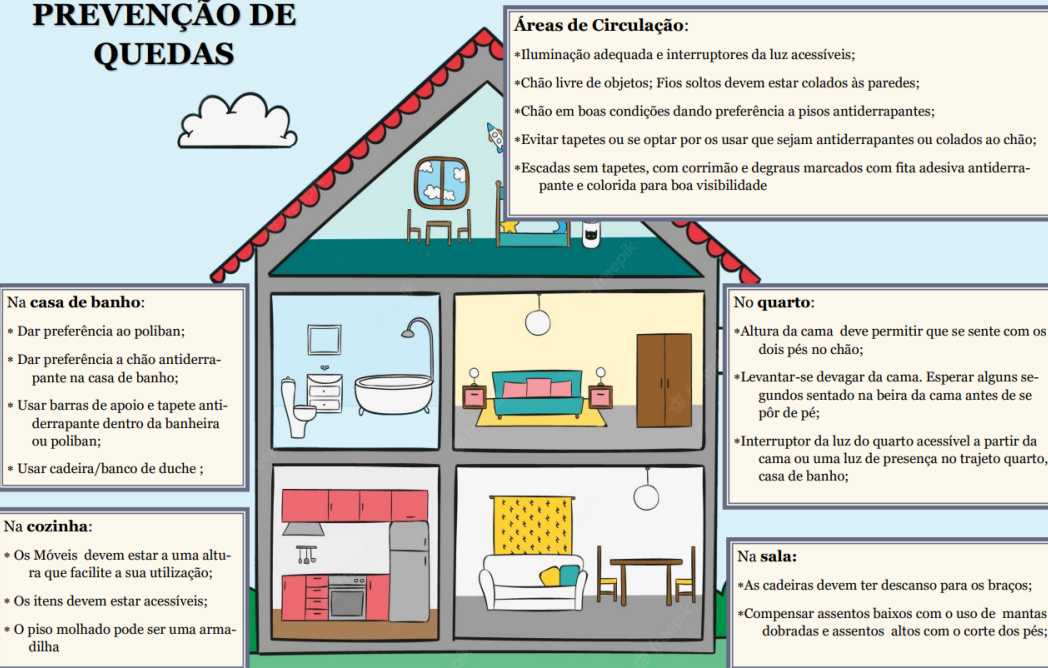
- Com o avançar da idade, o nosso corpo sofre muitas alterações, nomeadamente a nível cognitivo, na visão, audição, equilíbrio, força muscular e coordenação, aumentando o risco de queda;
- As quedas têm consequências graves, sendo uma das causas de hospitalização na pessoa idosa;
- Contribuem para a diminuição da autonomia e funcionalidade;
- Reduz a qualidade de vida;
- A prevenção faz-se com pequenos ajustes em casa e no estilo de vida;

## PREVENIR PARA NÃO CAIR



VI Curso de Mestrado em Enfermagem em associação Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal  
Elaborado por : Mónica Pinto e Patrícia Rodrigues  
Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo

### CASA SEGURA PREVENÇÃO DE QUEDAS



## **Apêndice D – Instrumentos de colheita de dados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

na com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
so para a independência funcional

<b>Nome:</b> _____		<b>Idade:</b> _____		<b>DATA DE ADMISSÃO:</b>		<b>DATA DE ALTA:</b>					
<b>Antecedentes Pessoais:</b>											
<b>Diagnóstico:</b>											
<b>História atual:</b>											
<b>FOCO VENTILAÇÃO</b>											
<b>AVALIAÇÃO</b>											
Parâmetros		Data									
		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
<b>SINAIS VITAIS</b>	Fc (b/min)										
	Fr (cicl/min)										
	Tº (ºC)										
	TA (mmHg)										
	Dor (EN/EVA)										
	Oximetria periférica (%)										
<b>PROCESSO RESPIRATÓRIO</b>	Padrão Respiratório										
	Ritmo										
	Amplitude										
	Simetria										
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	Cianose (central/periférica)										
	Dispneia (EN/EVA)										

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
so para a independência funcional

	Tosse (seca/productiva)																						
	Expetoração																						
	Morfologia tórax																						
MODO VENTILATÓ- RIO/ APORTE DE O2 (L/MIN)	Ventilação (Espontânea; TQT)																						
	O2 e dispositivos (O.N; MF; MV; MAD)																						
AUSCULTAÇÃO	Hemitórax		E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	
	Murmúrio Ve- sicular	1/3 Sup.																					
		1/3 Médio																					
		1/3 Inf.																					
	Ruídos adven- tícios	1/3 Sup.																					
		1/3 Médio																					
		1/3 Inf.																					
<b>IMAGIOLOGIA (RX, TAC e outros)</b>		Data				<b>Registos</b>																	
<b>INTERVENÇÃO REABILITAÇÃO</b>																							

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
so para a independência funcional

EXERCÍCIOS		DATA					
<b>POSIÇÃO DE DESCANSO E RELAXAMENTO</b>							
<b>DISSOCIAÇÃO E CONSCIENCIALIZAÇÃO DOS TEMPOS RESPIRATÓRIOS</b>							
<b>REEDUCAÇÃO ABDOMINO-DIAFRAGMÁTICA</b>	Global						
	Anterior						
	Posterior						
	Hemic. direita						
	Hemic. esquerda						
<b>REEDUCAÇÃO COSTAL</b>	Global com bastão						
	Global sem bastão						
	Lateral esq <sup>o</sup> c/ abdução MS'S						
	Lateral dir <sup>o</sup> c/ abdução MS's						
<b>MANOBRAS ACESSÓRIAS</b>	Percussões						
	Vibro-compressões						
<b>TOSSE</b>	Dirigida/Assistida						
	Eficaz/Ineficaz/Aspiração de secreções						
<b>CORREÇÃO POSTURAL</b>							
<b>AVALIAÇÃO CONSCIENCIA</b>							
<b>CONSCIÊNCIA</b>							
<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>							
<b>FOCO INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE</b>							
<b>ESCALA DE BORG MODIFICADA</b>							
<b>TREINO DE RESISTÊNCIA/AERÓBICO</b>							
Legenda: 1-cicloergómetros membros superiores; 2-cicloergómetros membros inferiores							
<b>FOCO EQUILIBRIO CORPORAL</b>							
<b>AVALIAÇÃO</b>							
<b>DATA</b>							

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
so para a independência funcional

<b>EQUILÍBRIO SENTADO</b>	Estático						
	Dinâmico						
<b>EQUILÍBRIO ORTOSTÁTICO</b>	Estático						
	Dinâmico						
<b>INDICE TINETTI</b>							
<b>INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO</b>							
<b>DATA</b>							
<b>TREINO NO LEITO</b>	Rolar no leito						
	Ponte						
	Rotação controlada da anca						
	Fortalecimento muscular						
<b>TREINO DE EQUILÍBRIO SENTADO</b>	Sentado com apoio dos MS em extensão para trás. Transferir o peso						
	Sentar com apoio total nos pés no chão						
	Provocando desequilíbrio						
	Automobilização do tronco						
<b>TREINO DE EQUILÍBRIO EM PÉ</b>	Treino de manutenção posição ortostática						
	Correção postural						
	Flexão plantar com apoio						
	Equilíbrio de 1 pé com apoio						
	Flexão do joelho e coxofemoral						
	Extensão da coxofemoral						
	Abdução dos membros inferiores						
	Levante com e sem apoio de mãos						
<b>FOCO ANDAR</b>							
<b>DATA</b>							
<b>INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO</b>							

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
so para a independência funcional

EXECUTAR TREINO DE MAR- CHA											
TREINO DE TRANSPOSIÇÃO DE OBSTÁCULOS (ESCADAS)	Capaz										
	Incapaz										
Legenda: 1-andarilho; 2-Canadiana; 3-Tripé; 4-deambula sem apoio											
<b>FOCO RISCO DE QUEDA</b>											
<b>FOCO TRANSFERIR-SE</b>											
<b>INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO</b>											
TREINO DE TRANSFERÊNCIA											
<b>FOCO MOVIMENTO MUSCULAR</b>											
<b>AVALIAÇÃO</b>											
<b>ÍNDICE DE FORÇA MUSCULAR (Escala de força muscular do Medical Research Council)</b>											
<b>DATA</b>											
HEMICORPO		E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
MEMBRO SU- PERIOR	Ombro										
	Cotovelo										
	Antebraço										
	Punho										
	Dedos										
MEMBRO INFE- RIOR	Coxofemoral										
	Joelho										
	Tibiotársica										
	Dedos										

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
so para a independência funcional

AVALIAÇÃO AMPLITUDE MÉDIA ARTICULAR												
	HEMICORPO	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	
<b>MEMBRO SUPERIOR</b>	Ombro											
	Cotovelo											
	Punho											
<b>MEMBRO INFERIOR</b>	Quadril											
	Joelho											
	Tornozelo											
Legenda: F-flexão; E-extensão; A- adução; B- Abdução												
INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO												
<b>EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS</b>	Local anatómico											
<b>MOBILIZAÇÕES</b>	HEMICORPO	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	
	Ombro											
	Cotovelo											
	Antebraço											
	Punho											
	Dedos da mão											
	Coxofemoral											
	Joelho											
	Tibiotársica											
	Dedos do pé											
	Pelve											
Legenda: P-passiva; A-ativa; R-resistida; AA-ativa assistida; AP-automobilizações com pesos; NE-não executável												

na com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
so para a independência funcional

<b>EXERCÍCIOS DE MOTRICIDADE FINA</b>						
<b>PONTE</b>						
<b>FOCO AUTOCUIDADO</b>						
<b>DATA</b>						
<b>ÍNDICE DE BARTHEL</b>						
<b>MIF</b>						
<b>INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO</b>						
<b>TREINO DE AU- TOCUIDADOS</b>	Tomar Banho					
	Vestir-se e Despir-se					
	Usar o sanitário					
	Alimentar-se					

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

## AVALIAÇÃO

NOME:	IDADE:
ANTECEDENTES PESSOAIS:	
MEDICAÇÃO HABITUAL:	
ALERGIAS:	
HISTÓRIA DA SITUAÇÃO ATUAL:	
DIAGNÓSTICO:	
INTERVENÇÃO:	
SUPORTE FAMILIAR:	
DATA DE ADMISSÃO:	DATA DE ALTA:

Parâmetros	Data				
		Início	Fim	Início	Fim
<b>SINAIS VITAIS</b>	Fc (bt/min)				
	TA (mmHg)				
	Tº (ºC)				
	Dor (EN/EVA)				
	FR (cil/min)				
	Oximetrias (%)				
	Padrão Respiratório				
<b>DATA</b>					
<b>AVALIAÇÃO CONSCIENCIA</b>					
<b>FUNÇÕES COGNITIVAS</b>					
<b>ORIENTAÇÃO</b>					
<b>LINGUAGEM</b>	Nomeação				
	Repetição				
	Compreensão				
	Fluência				
	Leitura				
	Escrita				
<b>ATENÇÃO</b>	Vigilância				
	Tenacidade				
	Concentração				
<b>MEMÓRIA</b>	Imediata				
	Recente				
	Remota				
<b>DISCURSO</b>	Flácida				
	Espática				
<b>PARES CRANIANOS</b>					


A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

I- OFALTIVO				
II-ÓTICO				
III-OCULOMOTOR; IV PATÉTICO; VI-MOTOR OCULAR EXTERNO (ABDUCENTE)				
V-TRIGÉMIO				
VII-FACIAL				
VIII-AUDITIVO/VESTIBULO COCLEAR				
IX-GLOSSOFARÍNGEO; X-VAGO				
XI-ESPINAL				
XII-GRANDE HIPOGLOSSO				
<b>SENSIBILIDADE SUPRFICIAL</b>				
S. TÁTIL				
S. DOLOROSA				
<b>SENSIBILIDADE PROFUNDA</b>				
S. POSTURAL				
SENTIDO DE PRESSÃO OU BARES- TESIA				
S. VIBRATÓRIA OU PALESTESIA				
<b>FORÇA MUSCULAR (MEDICAL COUNCIL RESEARCH)</b>				
HEMICORPO		ESQUERDO	DIREITO	DIREITO
CABEÇA E PESCOÇO				
MEMBRO SUPERIOR	PROVA DOS BRA- ÇOS ESTENDIDOS			
	ESCAPULO-UME- RAL			
	COTOVELO			
	ANTEBRAÇO			
	PUNHO			
MEMBRO INFERIOR	DEDOS			
	PROVA BARRÉ			
	COXOFEMORAL			
	JOELHO			
	TIBIOTÁRSICA			
DEDOS				
<b>TÓNUS MUSCULAR (ESCALA ASWORTH)</b>				
HEMICORPO		ESQUERDO	DIREITO	DIREITO
MEMBRO SU- PERIOR	ESCAPULO-UME- RAL			
	COTOVELO			
	ANTEBRAÇO			
	PUNHO			
	DEDOS			
MEMBRO INFERIOR	COXOFEMORAL			
	JOELHO			
	TIBIOTÁRSICA			
	DEDOS			
<b>COORDENAÇÃO MOTORA</b>				
PROVA ÍNDEX NARIZ				
PROVA CALCANHAR-JOELHO				
<b>NEGLIGÊNCIA UNILATERAL</b>				
<b>EQUILÍBRIO</b>				
SENTADO	ESTÁTICO			
	DINÂMICO			
ORTOSTÁTICO	ESTÁTICO			
	DINÂMICO			
SCORE TINETTI				
<b>AUTOCUIDADO – ESCALA BARTHEL</b>				
ALIMENTAÇÃO (0-dependente; 5-precisa de alguma ajuda; 10-independente)				
TRANSFERÊNCIAS (0-dependente, não tem equilíbrio sentado; 5-precisa de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se; 10-precisa de alguma ajuda; 15- independente)				
TOALETE (0-dependente, necessita de alguma ajuda; 5- independente a fazer a barba, lavar os dentes)				
UTILIZAÇÃO DO WC (0-dependente; 5-precisa de alguma ajuda; 10-independente)				

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

BANHO (0-dependente, necessita de alguma ajuda; 5- toma banho só (entra e sai sem ajuda)				
MOBILIDADE (0-imóvel; 5- independente em cadeira de rodas, pelo menos 50m; 10-caminha menos de 50m com pouca ajuda; 15-caminha 50m, sem ajuda ou supervisão)				
SUBIR E DESCER ESCADAS (0-dependente; 5-precisa de ajuda; 10-independente, com ou sem ajudas técnicas)				
VESTIR (0-impossível; 5-com ajuda; 10-independente)				
CONTROLO INTESTINAL (0-incontinente ou precisa de clisteres; 5-acidente ocasional;10-controla perfeitamente)				
CONTROLO URINÁRIO (0-incontinente ou incapaz de manejar a algália sozinho; 5-acidente ocasional; 10-controla perfeitamente)				
PONTUAÇÃO (0-100)				
<b>AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO</b>				
DATA				
<b>1ª FASE - AVALIAÇÃO PRELIMINAR</b>				
		SIM	NÃO	
VIGILÂNCIA	ALERTA POR MAIS DE 15 MIN			
VIGILÂNCIA VOLUNTÁRIA	-TOSSE VOLUNTÁRIA -LIMPAR A GARGANTA			
DEGLUTIÇÃO DA SALIVA	DEGLUTE COM ÊXITO			
	SIALORREIA			
	QUALIDADE VOZ			
5 SIM-AVANÇAR PARA A SEGUNDA FASE				
<b>AVALIAR:</b>				
PARÉSIA FACIAL DO ANDAR INFERIOR MUITO ACENTUADA				
DESVIO DA LÍNGUA				
ALTERAÇÃO DA QUALIDADE DA VOZ				
GORGOLEJO				
REGURGITAÇÃO NASAL				
DIMINUIÇÃO OU ABOLIÇÃO DO REFLEXO DE VÔMITO				
AVALIAÇÃO DO PALATO MOLE				
DESVIO DA ÚVULA				
HIPOTONIA DA ÚVULA				
<b>2ª FASE - TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO</b>				
	TOSSE	ALTERAÇÃO VOZ	PERDA SALIVA	NORMAL
1ª				
2ª				
3ª				
1ª				
2ª				
3ª				
1ª				
2ª				
3ª				

PROBLEMAS IDENTIFICADOS/PLANO DE ER:



A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

## **Apêndice E – Planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

# Plano de cuidados

**Regente da Unidade Curricular:**

Professora Doutora Eugénia Grilo

**Orientador clínico:**



**Discente:**

Patricia Isabel Lopes Nascimento Rodrigues (210531029)

Ano letivo 2022/2023

Lisboa, 24 de novembro de 2022

## Índice

	<b>Pág.</b>
1. Introdução .....	4
2. Anamnese.....	5
3. Plano de cuidados .....	9
4. Nota final .....	18
Bibliografia .....	19
<b>Anexo A – Avaliação.....</b>	<b>21</b>

## INTRODUÇÃO

A unidade curricular Estágio Final surge integrada no VI Curso de Mestrado em Enfermagem em associação, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal no ano letivo de 2022/2023. Este ensino clínico decorreu numa unidade de cuidados intermédios direcionada para pessoas com perturbações cerebrovasculares numa fase aguda da doença ou com indicação para tratamento endovascular eletivo.

Este trabalho foi desenvolvido como requisito de instrumento de avaliação desta unidade curricular, mas pretende também ser um instrumento de reflexão sobre a experiência da minha prática clínica.

Este plano de cuidados especificamente foi elaborado com ênfase nos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação direcionada para a patologia neurológica. Consiste na elaboração de um plano de cuidados de reabilitação a uma pessoa internada a qual acompanhei durante o período de estágio, tendo servido como mais um momento de aprendizagem e consolidação de conhecimentos na área da especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

O plano de reabilitação tem início quando existem condições clínicas validadas pela equipa médica e pela realização de exames complementares de diagnóstico. A avaliação foi realizada a 29/10/2022 utilizando como método a observação, a aplicação de documentos de avaliação e também a consulta do seu processo clínico. De seguida foi elaborado o plano de cuidados individualizado que se apresenta, com o principal objetivo de recuperar funcionalidade e qualidade de vida da utente. O plano foi implementado e reavaliado.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

## 1. ANAMNESE

### Caracterização da Pessoa

**Nome:** [REDACTED]

**Idade:** 85 anos

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Sexo:** Feminino

**Estado civil:** Casada

**Situação laboral:** Atualmente reformada. Era Professora do Ensino Secundário de Físico-química e Biologia

**Agregado familiar:** Vive com o marido

**Dependência nas Atividades de Vida Diária:** Previamente a este episódio era independente nas suas AVD.

### Internamento

**Data de admissão:** 27/10/2022 às 22h42

**Proveniência:** Serviço de Urgência

**Diagnóstico médico principal:** AVC isquémico por oclusão do terço distal da artéria basilar

**Antecedentes pessoais:** Hipertensão arterial; Hipertiroidismo; Depressão; Neoplasia do Cólon Sigmoides submetida a cirurgia no ano passado. Sem hábitos etílicos, tabágicos ou toxicófilos.

**Medicação habitual:** Irbesartan/hidroclorotiazida; Nebivolol, Atrovastatina; Mirtazapina; Sertralina, Clonazepam; Pantoprazol e Tiamizol

**Alergias:** Sem alergias conhecidas

**História de situação de doença atual:** Dia 27/10/2022 por volta das 18h10 a doente inicia um quadro de disartria e hemiparesia direita. Foi admitida no [REDACTED] às 19h08 e à avaliação estava vígil, com disartria marcada, estrabismo divergente, nistagmo horizontal rotatório, olho esquerdo sem movimentos no plano horizontal, parésia facial central direita e hemiparesia direita (grau 3 na MRC). Ao realizar TAC-CE e Angio-TC foi observado uma oclusão do terço distal da artéria basilar com topo permeável. Realizou trombólise com rtPA para 64Kg às 19h25. RMN-CE revela lesão isquémica da hemiprotuberância esquerda, e pequena lesão puntiforme da hemiprotuberância direita; sem mais lesões. Realizou também angiografia terapêutica para trombectomia aspirativa com uma passagem para TICI 3 (reperusão completa após procedimento).

Medicação prescrita: Acido acetilsalicílico 150 mg 12h; Atrovastatina 40mg 20h; Clo-nazepam 0,5 mg 22h; Enoxiparina 40mg 20h; Insulina de acção curta SOS; Irbesartan 150 mg 8h; Mirtazapina 15 mg 22h; Pantoprazol 40mg 8h; Sertralina 50mg 8h; Tiamizol 2,5 mg 8h.

### Parâmetros vitais (29/10/2022)

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

**Frequência cardíaca (btm/min) – 79**  
**Tensão arterial (mmHg) – 128/54 (73)**  
**Temperatura (°C) 36,8**  
**Dor (EN) – 0**  
**Frequência respiratória (cicl/min) - 23**  
**Oximetrias (%) – 95**  
**Traçado cardíaco de base sinusal**

---

### **Exame neurológico**

**Consciência:** Vígil com abertura dos olhos espontânea. Comunicativa.

**Orientação:** Orientada na pessoa, tempo e espaço.

**Linguagem:** Nomeia 5 em 5 objetos; repete sem erros; cumpre indicações simples e complexas; discurso fluente.

**Memória:** Memória de trabalho preservada com a repetição imediata de 3 palavras. Memória a curto prazo sem alterações constatando-se a capacidade em recordar 3 palavras mencionadas cerca de 5 minutos antes, ultrapassado com o fornecimento de pistas. Memória retrógrada mantida, avaliada através da descrição de eventos da sua vida (exemplo a profissão), e vida familiar.

**Atenção:** A doente mantém-se vígil e atenta em relação ao meio. Mantém a atenção quando realiza tarefas mantendo o foco.

**Discurso:** Foi identificada alteração da produção motora de palavras apresentando ligeira hipofonia. Discurso inteligível.

**Funções executivas:** Não se identificaram alterações da função executiva, quando realizadas atividades relacionadas com o autocuidado.

**Capacidades práxicas:** Não foram identificadas alterações.

**Escala de NIH = 7**

### **Pares cranianos**

**I- oftálmico – Não testado;**

**II-ótico –** Não foram objetivadas alterações na acuidade visual; visão periférica e reflexo de ameaça diminuído à direita;

**III-oculomotor; IV patético; VI-motor ocular externo (abducente) –** Pupilas isocóricas e reativas à luz; não completa a levoversão do olho esquerdo; nistagmo horizontal;

**V-trigêmeo –** Sensibilidade tátil e dolorosa mantida. Dificuldade na mobilidade da mandíbula;

**VII-facial –** Parésia facial central direita com marcado apagamento do sulco nasogeniano à direita;

**VIII-auditivo/vestíbulo coclear –** Não testado

**IX-glossofaríngeo; X-vago –** Reflexo de vômito presente, mas diminuído; Reflexo de tosse presente;

**XI-espinal –** Sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio;

**XII-grande hipoglosso –** Língua centrada na protusão; sem estase salivar; úvula hipotónica com desvio para a esquerda;

### **Respiração**

**Tipo de ventilação:** Espontânea

**Padrão respiratório:** Média amplitude, simétrica e rítmica.

**Tosse:** Sem tosse

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

**Secreções:** Sem secreções

**Oxigenoterapia:** Sem necessidade de oxigenoterapia

### Sensibilidade

Sensibilidade superficial tátil e dolorosa mantidas; sensibilidade postural mantida;

### Nutrição

**Modo de alimentação:** Sonda nasogástrica

**Nº de refeições por dia:** Alimentação contínua

**Estado nutricional:** Nutrida e hidratada

**Próteses dentárias:** Próteses dentárias fixas

**Peso:** 70 Kg

**IMC:** 25,4

### Deglutição

Doente vígil por mais de 15 minutos. Apresenta vigilância voluntária presente (tosse voluntária e limpa a garganta). Apresenta estase salivar e hipofonia. Parésia facial do andar inferior muito acentuada à direita. Sem alterações de sensibilidade. Protusão da língua centrada. Reflexo de vômito presente, mas diminuído. Úvula hipotónica com desvio para a esquerda. Tendo em conta as alterações descritas a doente ainda tem a necessidade de alimentação entérica por sonda nasogástrica.

### Eliminação

**Alterações urinárias:** Sem alterações

**Dispositivos urinários:** Desalgaliada a 23/10

**Hábitos intestinais:** Diário

**Alterações intestinais:** Sem alterações

**Data da última dejeção:**

### Movimento corporal e Espasticidade

#### Índice Força Muscular (*Escala Medical Council Research*):

Cabeça e pescoço: 5

MSD: 3 (proximal) 2 (distal)      MSE: 5

MID: 4      MIE: 5

Escala de *Ashworth* modificada por membro:

MSD: 0      MSE: 0

MID: 0      MIE: 0

### Equilíbrio

Sentado estático: Bom      Sentado dinâmico: Razoável

Em pé estático: Não mantém posição ortostática sem apoio de duas pessoas. Em pé dinâmico: Não testado

**Índice Tinetti = 2 (16) + 0 (12) = 2**

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

#### **Risco de queda**

**Escala de Morse:** 35 (Baixo risco de queda)

#### **Autocuidado**

**Escala de Barthel:** 35

#### **Tegumento**

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Integridade cutânea mantida.

**Escala de Braden:** 16 (Baixo risco de úlcera por pressão)

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

## PLANO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Foco: Movimento Muscular</b>				
29/10	Movimento muscular comprometido diminuído no hemicorpo direito	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Maximizar força muscular no hemicorpo direito;</li> <li>-Manter mobilidade osteoarticular;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i>;</li> <li>- Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos (automobilizações – treino bilateral dos MS);</li> <li>-Treinar a ponte e o rolamento no leito;</li> <li>-Promover o posicionamento do membro superior direito em padrão anti espástico;</li> <li>-Executar técnica de exercício muscular e articular ativa assistida no hemicorpo direito</li> <li>- Incentivar a pessoa a executar a técnica de exercício muscular e articular.</li> </ul>	<p>29/10- Hemiparesia direita de predomínio braquial apresentando no MS uma força muscular de grau 3 a nível proximal e grau 1 a nível distal, no MI uma força muscular de grau 4;</p> <p>30/10- Hemiparesia direita melhorada apresentando no MS uma força muscular de grau 4 a nível proximal e grau 3/2 a nível distal, no MI mantém força muscular de grau 4;</p>
29/10	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar aprendizagem de capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> </ul>	<p>29/10 – Doente muito recetiva e aplicada na aprendizagem;</p> <p>30/10 - Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular melhorado,</p>

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

			- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular que a doente possa executar autonomamente como as automobilizações com os MS e rolamentos no leito	tendo demonstrando que tem realizado autonomamente as automobilizações com os membros superiores;
29/10	Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	-Melhorar a capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular	-Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;	30/10- A pessoa demonstra a capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular melhoradas
<b>Foco: Equilíbrio Corporal</b>				
29/10	Equilíbrio corporal comprometido	-Melhorar equilíbrio corporal; -Prevenção de quedas;	-Avaliar equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/ortostático) - Monitorizar equilíbrio corporal (Índice de Tinetti); -Atender continuamente no equilíbrio corporal (correção postural e oscilação do tronco); -Realização de exercícios no leito (ponte e rolamento) - Treino de equilíbrio dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada.	29/10 – Avaliação do Índice de Tinetti de 2 (16) com equilíbrio sentado estático mantido e dinâmico razoável. Ao levantar não mantém posição ortostática necessitando do apoio de duas pessoas; 30/10 – Avaliação do Índice de Tinetti de 8 (28) com melhorias no score. Equilíbrio sentado dinâmico adquirido. Equilíbrio ortostático estático razoável ainda sem capacidade para o equilíbrio dinâmico.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

			- 30/10 – Para além das intervenções acima descritas, inicia treino de equilíbrio ortostático: levantar e sentar inicialmente com apoio de mãos e posteriormente sem apoio de mãos;	
29/10	Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair	-Melhorar consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair	-Ensinar para a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair	30/10 – Doente ainda focada em toda a sua situação aguda não se mostrando disponível mentalmente para estes ensinamentos;
29/10	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	-Melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico sentado); - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural;	30/10 – Apresenta capacidades de aprendizagem, mas com pouco interesse nas mesmas.
29/10	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	-Melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco); - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal; - Treinar técnica de equilíbrio corporal.	30/10- Já realiza correção postural sentada;
<b>Foco: Pôr-se de pé</b>				
29/10	Pôr-se de pé comprometido	-Melhorar capacidade para pôr-se de pé;	-Avaliar pôr-se de pé; -Incentivar pôr-se de pé; -Planear o pôr-se de pé;	29/10- A pessoa põe-se de pé com ajuda bilateral de 2 pessoas; realizadas vários treinos durante o turno de levantar/sentar repetições;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

			-Assistir a pessoa a pôr-se de pé;	30/10 – A pessoa põe-se de pé com apoio de 1 pessoa;
29/10	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;	- Melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Promover a segurança do doente	- Ensinar e treinar a técnica pôr-se de pé mantendo a segurança do doente.	29/10- Doente recetiva e motivada para os ensinamentos e treino;  30/10 – Observa-se uma melhoria do conhecimento da pessoa sobre a técnica pôr-se de pé;
<b>Foco: Andar</b>				
30/10	Andar comprometido	-Melhorar capacidade para andar; -Promover a independência a nível da locomoção e segurança;	-Treino de marcha assistido por EEER; -Incentivar a correção do tronco no andar;	30/10 – Inicia treino de marcha inicialmente bilateral e posteriormente unilateral. Marcha não segura por desvio do tronco para a direita. Com muito receio de queda; de forma a promover a sensação de segurança foi-lhe oferecido um andarilho, mas mantida assistência de enfermeiro.
30/10	Potencial para melhorar capacidade de Andar	-Melhorar capacidade de Andar;	-Avaliar a capacidade para andar -Instruir sobre técnica de adaptação para andar	
<b>Foco: Transferir-se</b>				
29/10	Transferir-se alterado	-Capacitar a pessoa para transferir-se com independência;	-Avaliar transferir-se; -Incentivar transferir-se;	29/10- Pessoa dependente com necessidade de ajuda nas transferências;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

		-Manter a segurança da pessoa;	-Planear o transferir-se; -Assistir a pessoa a transferir-se;	30/10- Doente demonstra menos dificuldade na transferência;
29/10	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se	-Melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Promover a segurança do doente;	-Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferir-se promovendo a sua independência;	30/10 – Conhecimento da técnica de transferir-se melhorado;
<b>Foco: Paresia</b>				
29/10	Paresia facial central direita	- Melhorar a paresia; - Consciencializar da relação entre exercícios e mobilidade da face; -Melhorar o conhecimento e capacidade para executar exercícios da face;	-Executar massagem dos músculos da face; -Analisar com a pessoa a relação entre exercícios e a mobilidade da face; - Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares da face como: sorrir; mostrar os dentes; assobiar; encher a boca de ar e depressão do lábio inferior.	29/10-Apresenta uma paresia facial central acentuada com apagamento do sulco nasogeniano à direita apresentando uma assimetria facial marcada que para além de influenciar a função está a influenciar muito a autoestima da pessoa. Dificuldade de mobilidade na mandíbula. Realizados exercícios em duas sessões curtas no turno;  30/10- Paresia facial mantida, contudo nota-se ganho e melhoria da funcionalidade da mandíbula e da contração agora visível de alguns músculos da face direita (onde ontem não era visível contração);
<b>Foco: Deglutição</b>				

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

29/10	Deglutição comprometida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar e prevenir a aspiração;</li> <li>- Manter o aporte calórico necessário para a pessoa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o estado de consciência do J.N., caso se encontre muito sonolento, não prosseguir com a avaliação;</li> <li>- Avaliar deglutição indireta (despiste de sinais de alerta) e direta (seguido protocolo da unidade);</li> <li>- Executar técnica de posicionamento sentado na avaliação;</li> <li>- Gerir a dieta, mantendo alimentação entérica até conseguir ingestão calórica apropriada por via oral;</li> <li>- Incentivar a realização de exercícios de amplitude de movimentos e de fortalecimento muscular facial e do palato mole,</li> </ul>	<p>29/10-Seguindo o protocolo da unidade e tendo em conta o já objetivado na avaliação esta pessoa necessita de alimentação entérica por risco de aspiração;</p> <p>30/10- Ainda risco de aspiração; mantida alimentação entérica;</p>
<b>Foco: Autocuidado</b>				
29/10	Dependente no autocuidado: higiene, em grau elevado	- Promover a independência funcional;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar autocuidado: higiene;</li> <li>- Assistir no banho no leito;</li> <li>- Incentivar a participação da pessoa no autocuidado: higiene;</li> </ul> <p>30/10- Assistir no banho no chuveiro;</p>	30/10 – Mantém dependência neste autocuidado;
29/10	Dependente no autocuidado: vestuário	Promover a independência funcional;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir vestuário;</li> <li>- Assistir no vestuário;</li> </ul>	29/10- Consegue participar, necessitando de ajuda;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

			- Incentivar a participação no autocuidado: vestuário.	30/10 – Aprendeu técnicas adaptativas ensinadas para lidar com a hemiparesia estando de momento independente;
29/10	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário	-Melhorar o conhecimento sobre técnicas de adaptação para o autocuidado vestuário;	- Avaliar o conhecimento sobre o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário; - Incentivar para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário; - Ensinar para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário; - Validar conhecimento sobre autocuidado: vestuário.	30/10- Conhecimento melhorado;
29/10	Potencial para melhor capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário	-Promover a independência funcional;	- Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade inferior) - Instruir sobre o uso de técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade inferior); - Treinar uso de técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário.	30/10- Capacidade melhorada conforme quantificado na escala Barthel;
<b>Foco: Dor</b>				
29/10	Dor (cabeça)		- Monitorização da escala numérica da Dor; -Comunicação com o equipa pluridisciplinar para gestão da medicação; - Evitar mobilizações que despoletem a dor;	29/10- Sem dor segundo a própria; 30/10- Sem dor segundo a própria;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

<b>Foco: Risco de Queda</b>				
29/10	Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover um ambiente seguro para a doente;</li> <li>-Prevenir a queda;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse;</li> <li>-Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro;</li> <li>- Auxiliar na deambulação;</li> <li>- Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para o doente;</li> <li>- Orientar o doente quanto aos riscos e prevenção de quedas;</li> </ul>	30/10 – Apresenta discreta melhoria da consciencialização do risco de queda. Ainda apresenta comportamentos de risco como insistir para o treino de marcha sozinha (marcha não segura);
<b>Foco: Comunicação Alterada: Disartria</b>				
29/10	Comunicação alterada por disartria	-Melhorar o discurso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar discurso, identificando a presença de disartria, através de exercícios de repetição de palavras progressivamente mais complexas, com maior número de sílabas e de maior complexidade na sua articulação fonética. Complementar a avaliação solicitando a repetição de frases simples com poucos vocábulos e progressivamente mais complexas, fornecidas oralmente e por escrito.</li> <li>- Os exercícios supracitados podem ser utilizados no treino do discurso.</li> </ul>	<p>29/10- Disartria inteligível;</p> <p>30/10- Não foi notada melhoria o agravamento da disartria;</p>
<b>Foco: Ansiedade</b>				

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

30/10	Ansiedade	-Capacitar a doente para o processo de transição, através de estratégias de <i> coping </i>	- Educar sobre estratégias de <i> coping </i> - Incentivar expressão de sentimentos; - Reforçar positivamente	30/10- Notada uma perda de motivação e tristeza face à sua recuperação pois o processo de reabilitação não decorre à velocidade esperada e pretendida pela doente. Apesar disso mantém-se participativa no processo de reabilitação.
-------	-----------	---	---	--

## NOTA FINAL

A pessoa em questão está numa fase de transição por alteração súbita do seu estado de saúde decorrentes do Acidente Vascular Cerebral, passando de uma situação em que era independente para estar limitada fisicamente pela sua incapacidade na realização das suas atividades de vida diárias. O que mais incomodava a doente era a limitação funcional e alteração da imagem corporal, sobretudo pela parésia da face. Assim foi elaborado um plano de reabilitação adaptado à doente indo de encontro aos seus objetivos com principal ênfase na melhoria da força muscular no hemicorpo direito e na parésia da face direita. Ao segundo dia de intervenções especializadas nota-se uma frustração crescente da doente pois a sua recuperação não está a ser tão célere como ela desejaria ou esperava. Gerir as expectativas da doente foi desafiante, pois embora se tenha constatado ganhos em saúde de um dia para o outro, como se observa no plano de cuidados, ela não via esses progressos e esperava um ganho na funcionalidade mais rápido. Isto levou a períodos de labilidade emocional tendo sido prestado o apoio emocional possível. Neste período a visita da filha mostrou ser de extrema importância para a doente.

As sessões de enfermagem de reabilitação foram realizadas em dois turnos, em dois dias consecutivos, sendo que após a doente foi transferida para outra unidade de internamento. O início da prestação de cuidados de reabilitação preconiza-se ser o mais precoce possível como o que acontece nesta unidade, e embora tenha sido uma intervenção de curta duração conseguiu-se ganhos em saúde como se pode objetivar na análise do plano de cuidados.

A elaboração deste plano de cuidados foi sem dúvida mais um momento de aprendizagem no Estágio Final, cumprindo o seu principal objetivo académico.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

## BIBLIOGRAFIA

- Ordem Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. 1-60. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Apóstolo, J., L., A. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Hoeman, S. P. (2008/2011). Rehabilitation Nursing [Enfermagem de Reabilitação]. Lusodidacta.
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema músculoesquelético. In Olga Ribeiro (Ed.), Enfermagem de reabilitação conceções e práticas (1 ed., pp. 281-328). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Ministério da Saúde (2011). Orientação nº17/ de 19/05/2011. Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). Norma nº054/2011 de 27/12/2011. Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2019). Norma nº 008/2019 de 09/12/2019. Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. Direção-Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boas práticas. Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

## Apêndice A

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

## AVALIAÇÃO

<b>NOME:</b> ██████████	<b>IDADE:</b> 85 Anos
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS:</b> Hipertensão arterial; hipotireoidismo; depressão; neoplasia do cólon sigmoide	
<b>MEDICAÇÃO HABITUAL:</b> Irbesartan/hidroclorotiazida; Nebivolol, Atrovastatina; Mirtazapina; Sertralina, Clonazepam; Pantoprazol e Tiamizol	
<b>ALERGIAS:</b> Sem alergias conhecidas	
<b>HISTÓRIA DA SITUAÇÃO ATUAL:</b> A 27/10 às 18h10 início de uma hemiparesia direita. À chegada ao hospital foi observado oftalmoparésias, disartria, hemiparesia direita.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b> Oclusão 1/3 distal da artéria basilar com lesão isquémica da protuberância esquerda.	
<b>INTERVENÇÃO:</b> Trombólise com rtPA às 19h25. Trombectomia com TICI 3	
<b>SUPORTE FAMILIAR:</b> Vive com o marido. Filha é a familiar de referência	
<b>DATA DE ADMISSÃO:</b> 27/10 às 22h42	<b>DATA DE ALTA:</b> Transferida a 21/10

Parâmetros	Data	29/10/2022		30/10/2022	
		Início	Fim	Início	Fim
<b>SINAIS VITAIS</b>	Fc (bt/min)	79	71	72	75
	TA (mmHg)	128/54(73)	134/59(73)	133/53(73)	127/60(74)
	T (°C)	36,8		36,2	36
	Dor (EN/EVA)	0	0	0	0
	FR (cicl/min)	23	16	21	15
	Oximetrias (%)	95	97	96	94
	Padrão Respiratório	Eupneica	Eupneica	Eupneica	Eupneica

DATA		29/10/2022	30/10/2022
<b>AVALIAÇÃO CONSCIENCIA</b>		Vígil	Vígil
<b>FUNÇÕES COGNITIVAS</b>			
<b>ORIENTAÇÃO</b>		Orientada na Pessoa, Tempo e Espaço	Orientada na Pessoa, Tempo e Espaço
<b>L I N G U A G E M</b>	Nomeação	Nomeia 5/5 objetos	Nomeia 5/5 objetos
	Repetição	Repete palavras e frases sem erros	Repete palavras e frases sem erros
	Compreensão	Cumprindo indicações simples e complexas	Cumprindo indicações simples e complexas
	Fluência	Discurso fluente, sem pausas anómicadas	Discurso fluente, sem pausas anómicadas
	Leitura	Lê com alguns erros	Leitura mantida
	Escrita	Não testada; doente dextra com parésia nesse membro	Não testada; doente dextra com parésia nesse membro
<b>A T E N Ç Ã O</b>	Vigilância	Vígil durante a entrevista	Vígil durante a entrevista
	Tenacidade	Mantém a atenção à tarefa	Mantém a atenção à tarefa
	Concentração		
<b>M E M Ó R I A</b>	Imediata	Recorda-se imediatamente de 3 palavras ditas	Recorda-se imediatamente de 3 palavras ditas
	Recente	Recorda-se das 3 palavras ditas sensivelmente 5 minutos depois	Recorda-se das 3 palavras ditas sensivelmente 5 minutos depois
	Remota		
<b>D I S</b>	Flácida	Disartria inteligível com hipofonia	Disartria inteligível com hipofonia
	Espática		

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

<b>C U R S O</b>					
	<b>PARES CRANIANOS</b>				
	I- OFALTIVO	NT		NT	
	II-ÓTICO	Não foram objetivadas alterações na acuidade visual; visão periférica e reflexo de ameaça diminuído à direita;		Não foram objetivadas alterações na acuidade visual; visão periférica e reflexo de ameaça presente;	
	III-OCULOMOTOR; IV PATÉTICO; VI-MOTOR OCULAR EXTERNO (ABDUCENTE)	Pupilas isocóricas e reativas à luz; não completa a levovisão do olho esquerdo; nistagmo horizontal;		Pupilas isocóricas e reativas à luz; não completa a levovisão do olho esquerdo; nistagmo horizontal;	
	V-TRIGÊMIO	Sensibilidade tátil e dolorosa mantida. Dificuldade na mobilidade da mandíbula;		Sensibilidade tátil e dolorosa mantida. Mobilidade da mandíbula melhorada;	
	VII-FACIAL	Parésia facial central direita com marcado apagamento do sulco nasogeniano à direita;		Parésia facial central direita com marcado apagamento do sulco nasogeniano à direita;	
	VIII-AUDITIVO/VESTIBULO COCLEAR	NT		NT	
	IX-GLOSSOFARÍNGEO; X-VAGO	Reflexo de vômito presente, mas diminuído; reflexo de tosse presente;		Reflexo de vômito presente, mas diminuído; reflexo de tosse presente;	
	XI-ESPINAL	Sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio;		Sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio;	
	XII-GRANDE HIPOGLOSSO	Língua centrada na protusão; sem estase salivar; úvula hipotônica com desvio para a esquerda;		Língua centrada na protusão; sem estase salivar; úvula hipotônica com desvio para a esquerda;	
	<b>SENSIBILIDADE SUPRFICIAL</b>				
S. TÁTIL	Sem alterações		Sem alterações		
S. DOLOROSA	Sem alterações		Sem alterações		
<b>SENSIBILIDADE PROFUNDA</b>					
S. POSTURAL	Sem alterações		Sem alterações		
SENTIDO DE PRESSÃO OU BARESTESIA	NT		NT		
S. VIBRATÓRIA OU PALESTESIA	NT				
<b>FORÇA MUSCULAR (MEDICAL COUNCIL RESEARCH)</b>					
HEMICORPO		ESQUERDO	DIREITO	ESQUERDO	DIREITO
CABEÇA E PESCOÇO		5		5	
MEMBRO SUPERIOR	PROVA DOS BRACOS ESTENDIDOS	ok	Queda (não mantém posição) e pronação da mão nos 10s	ok	Queda, mas com melhoria ao avaliado ontem
	ESCAPULO-UMERAL	5	3	5	4
	COTOVELO	5	3	5	4
	ANTEBRAÇO	5	2	5	3
	PUNHO	5	1	5	3
MEMBRO INFERIOR	DEDOS	5	1	5	2
	PROVA BARRÉ	ok	Queda nos 5s	ok	Queda nos 5s
	COXOFEMORAL	5	4	5	4
	JOELHO	5	4	5	4
	TIBIOTÁRSICA	5	4	5	4
DEDOS	5	4	5	4	
<b>TÓNUS MUSCULAR (ESCALA ASWORTH)</b>					
HEMICORPO		ESQUERDO	DIREITO	ESQUERDO	DIREITO
MEMBRO SUPERIOR	ESCAPULO-UMERAL	0	0	0	0
	COTOVELO	0	0	0	0
	ANTEBRAÇO	0	0	0	0
	PUNHO	0	0	0	0
	DEDOS	0	0	0	0
MEMBRO INFERIOR	COXOFEMORAL	0	0	0	0
	JOELHO	0	0	0	0
	TIBIOTÁRSICA	0	0	0	0
	DEDOS	0	0	0	0
<b>COORDENAÇÃO MOTORA</b>					
PROVA ÍNDEX NARIZ		Movimentos pouco precisos e lentificados (MSE)		Movimentos mais precisos, mantém lentificação (MSE)	

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

PROVA CALCANHAR-JOE-LHO	Movimentos pouco precisos e lentificados (bilateral)	Movimentos pouco precisos e lentificados (bilateral)	
<b>NEGLIGÊNCIA UNILATERAL</b>			
Não presente			
<b>EQUILÍBRIO</b>			
S E N T A D O	ESTÁTICO	Bom	Bom
	DINÂMICO	Razoável	Bom
O R T O S T Á T I C O	ESTÁTICO	Não mantém ortostatismo	Razoável
	DINÂMICO	NT	Mau
SCORE TINETTI	2 (28)	8 (28)	
<b>AUTOCUIDADO – ESCALA BARTHEL</b>			
ALIMENTAÇÃO (0-dependente; 5-precisa de alguma ajuda; 10-independente)	5	5	
TRANSFERÊNCIAS (0-dependente, não tem equilíbrio sentado; 5-precisa de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se; 10-precisa de alguma ajuda; 15- independente)	5	5	
TOALETE (0-dependente, necessita de alguma ajuda; 5- independente a fazer a barba, lavar os dentes)	0	5	
UTILIZAÇÃO DO WC (0-dependente; 5-precisa de alguma ajuda; 10-independente)	0	0	
BANHO (0-dependente, necessita de alguma ajuda; 5- toma banho só (entra e sai sem ajuda))	0	0	
MOBILIDADE (0-imóvel; 5- independente em cadeira de rodas, pelo menos 50m; 10- caminha menos de 50m com pouca ajuda; 15-caminha 50m, sem ajuda ou supervisão)	0	0	
SUBIR E DESCER ESCADAS (0-dependente; 5-precisa de ajuda; 10-independente, com ou sem ajudas técnicas)	0	0	
VESTIR (0-impossível; 5-com ajuda; 10-independente)	5	10	
CONTROLO INTESTINAL (0-incontinente ou precisa de clisteres; 5-acidente ocasional; 10-controla perfeitamente)	10	10	
CONTROLO URINÁRIO (0-incontinente ou incapaz de manejar a algália sozinho; 5-acidente ocasional; 10-controla perfeitamente)	10	10	
PONTUAÇÃO (0-100)	35	45	
<b>AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO</b>			
DATA 29/10 e 30/10			
<b>1ª FASE - AVALIAÇÃO PRELIMINAR</b>			
		SIM	NÃO
VIGILÂNCIA	ALERTA POR MAIS DE 15 MIN	x	
VIGILÂNCIA VOLUNTÁRIA	-TOSSE VOLUNTÁRIA -LIMPAR A GARGANTA	x	
DEGLUTIÇÃO DA SALIVA	DEGLUTE COM ÊXITO	x	
	SIALORREIA		x
	QUALIDADE VOZ MANTIDA		x
5 SIM-AVANÇAR PARA A SEGUNDA FASE			
<b>AVALIAR:</b>			
PARÉSIA FACIAL DO ANDAR INFERIOR MUITO ACENTUADA	x		
DESVIO DA LÍNGUA		x	
ALTERAÇÃO DA QUALIDADE DA VOZ	x		
GORGOLEJO		x	
REGURGIÇÃO NASAL		x	
DIMINUIÇÃO OU ABOLIÇÃO DO REFLEXO DE VÓMITO	x		
AVALIAÇÃO DO PALATO MOLE	Palato mole hipotónico		
DESVIO DA ÚVULA	x		

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

HIPOTONIA DA ÚVULA		x		
<b>2ª FASE - TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO</b>				
	TOSSE	ALTERAÇÃO VOZ	PERDA SALIVA	NORMAL
1ª				
2ª				
3ª				
1ª				
2ª				
3ª				
1ª				
2ª				
3ª				

# Plano de cuidados

**Docente orientador:**

Professora Doutora Eugénia Grilo

**Orientador clínico:**

[REDACTED]

**Discente:**

Patrícia Isabel Lopes Nascimento Rodrigues (210531029)

Ano letivo 2022/2023

Lisboa, 24 de novembro de 2022

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
5. Introdução .....	4
6. Anamnese.....	5
7. Plano de cuidados .....	9
8. Nota final .....	18
Bibliografia .....	19
<b>Anexo A – Avaliação.....</b>	<b>21</b>

## INTRODUÇÃO

A unidade curricular Estágio Final surge integrada no VI Curso de Mestrado em Enfermagem em associação, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal no ano letivo de 2022/2023. Este ensino clínico decorreu numa unidade de cuidados intermédios direcionada para pessoas com perturbações cerebrovasculares numa fase aguda da doença ou com indicação para tratamento endovascular eletivo.

Este trabalho foi desenvolvido como requisito de instrumento de avaliação desta unidade curricular, mas pretende também ser um instrumento de reflexão sobre a experiência da minha prática clínica.

Este plano de cuidados especificamente foi elaborado com ênfase nos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação direcionada para a patologia neurológica. Consiste na elaboração de um plano de cuidados de reabilitação a uma pessoa internada a qual acompanhei durante o período de estágio, tendo servido como mais um momento de aprendizagem e consolidação de conhecimentos na área da especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

O plano de reabilitação tem início quando existem condições clínicas validadas pela equipa médica e pela realização de exames complementares de diagnóstico. A avaliação foi realizada a 29/10/2022 utilizando como método a observação, a aplicação de documentos de avaliação e também a consulta do seu processo clínico. De seguida foi elaborado o plano de cuidados individualizado que se apresenta, com o principal objetivo de recuperar funcionalidade e qualidade de vida da utente. O plano foi implementado e reavaliado.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

## 2. ANAMNESE

### Caracterização da Pessoa

**Nome:** [REDACTED]

**Idade:** 85 anos

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Sexo:** Feminino

**Estado civil:** Casada

**Situação laboral:** Atualmente reformada. Era Professora do Ensino Secundário de Físico-química e Biologia

**Agregado familiar:** Vive com o marido

**Dependência nas Atividades de Vida Diárias** Previamente a este episódio era independente nas suas atividades de vida.

### Internamento

**Data de admissão:** 27/10/2022 às 22h42

**Proveniência:** Serviço de Urgência

**Diagnóstico médico principal:** AVC isquémico por oclusão do terço distal da artéria basilar

**Antecedentes pessoais:** Hipertensão arterial; Hipertiroidismo; Depressão; Neoplasia do Cólon Sigmoide submetida a cirurgia no ano passado. Sem hábitos etanólicos, tabágicos ou toxicófilos.

**Medicação habitual:** Irbesartan/hidroclorotiazida; Nebivolol, Atrovastatina; Mirtazapina; Sertralina, Clonazepam; Pantoprazol e Tiamizol

**Alergias:** Sem alergias conhecidas

**História de situação de doença atual:** Dia 27/10/2022 por volta das 18h10 a doente inicia um quadro de disartria e hemiparesia direita. Foi admitida no [REDACTED] às 19h08 e à avaliação estava vígil, com disartria marcada, estrabismo divergente, nistagmo horizontal rotatório, olho esquerdo sem movimentos no plano horizontal, paresia facial central direita e hemiparesia direita (grau 3 ma MRC). Ao realizar TAC-CE e Angio-TC foi observado uma oclusão do terço distal da artéria basilar com topo permeável. Realizou trombólise com rtPA para 64Kg às 19h25. RMN-CE revela lesão isquémica da hemiprotuberância esquerda, e pequena lesão puntiforme da hemiprotuberância direita; sem mais lesões. Realizou também angiografia terapêutica para trombectomia aspirativa com uma passagem para TICI 3 (reperusão completa após procedimento).

**Medicação prescrita:** Acido acetilsalicílico 150 mg 12h; Atrovastatina 40mg 20H; Clo-nazepam 0,5 mg 22h; Enoxiparina 40mg 20h; Insulina de acção curta SOS; Irbesartan 150 mg 8h; Mirtazapina 15 mg 22h; Pantoprazol 40mg 8h; Sertralina 50mg 8h; Tiamizol 2,5 mg 8h.

### Parâmetros vitais (29/10/2022)

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

Frequência cardíaca (btm/min) – 79  
Tensão arterial (mmHg) – 128/54 (73)  
Temperatura (°C) 36,8  
Dor (EN) – 0  
Frequência respiratória (cicl/min)- 23  
Oximetrias (%) – 95  
Traçado cardíaco de base sinusal

---

### Exame neurológico

---

**Consciência:** Vígil com abertura dos olhos espontânea. Comunicativa.

**Orientação:** Orientada na pessoa, tempo e espaço.

**Linguagem:** Nomeia 5 em 5 objetos; repete sem erros; cumpre indicações simples e complexas; discurso fluente.

**Memória:** Memória de trabalho preservada com a repetição imediata de 3 palavras. Memória a curto prazo sem alterações constatando-se a capacidade em recordar 3 palavras mencionadas cerca de 5 minutos antes, ultrapassado com o fornecimento de pistas. Memória retrógrada mantida, avaliada através da descrição de eventos da sua vida (exemplo a profissão), e vida familiar.

**Atenção:** A doente mantém-se vígil e atenta em relação ao meio. Mantém a atenção quando realiza tarefas mantendo o foco.

**Discurso:** Foi identificada alteração da produção motora de palavras apresentando ligeira hipofonia. Discurso inteligível.

**Funções executivas:** Não se identificaram alterações da função executiva, quando realizadas atividades relacionadas com o autocuidado.

**Capacidades práticas:** Não foram identificadas alterações.

**Escala de NIH = 7**

### Pares cranianos

---

**I- ofaltivo** – Não testado;

**II-ótico** – Não foram objetivadas alterações na acuidade visual; visão periférica e reflexo de ameaça diminuído à direita;

**III-oculomotor; IV patético; VI-motor ocular externo (abducente)** – Pupilas isocóricas e reativas à luz; não completa a levoversão do olho esquerdo; nistagmo horizontal;

**V-trigêmeo** – Sensibilidade tátil e dolorosa mantida. Dificuldade na mobilidade da mandíbula;

**VII-facial** – Parésia facial central direita com marcado apagamento do sulco nasogeniano à direita;

**VIII-auditivo/vestibulo coclear** – Não testado

**IX-glossofaríngeo; X-vago** – Reflexo de vômito presente, mas diminuído; Reflexo de tosse presente;

**XI-espinal** – Sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio;

**XII-grande hipoglosso** – Língua centrada na protusão; sem estase salivar; úvula hipotônica com desvio para a esquerda;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

### Respiração

---

**Tipo de ventilação:** Espontânea

**Padrão respiratório:** Média amplitude, simétrica e rítmica.

**Tosse:** Sem tosse

**Secreções:** Sem secreções

**Oxigenoterapia:** Sem necessidade de oxigenoterapia

---

### Sensibilidade

---

Sensibilidade superficial tátil e dolorosa mantidas; sensibilidade postural mantida;

---

### Nutrição

---

**Modo de alimentação:** Sonda nasogástrica

**Nº de refeições por dia:** Alimentação contínua

**Estado nutricional:** Nutrida e hidratada

**Próteses dentárias:** Próteses dentárias fixas

**Peso:** 70 Kg

**IMC:** 25,4

---

### Deglutição

---

Doente vígil por mais de 15 minutos. Apresenta vigilância voluntária presente (tosse voluntária e limpa a garganta). Apresenta estase salivar e hipofonia. Parésia facial do andar inferior muito acentuada à direita. Sem alterações de sensibilidade. Protusão da língua centrada. Reflexo de vômito presente, mas diminuído. Úvula hipotónica com desvio para a esquerda. Tendo em conta as alterações descritas a doente ainda tem a necessidade de alimentação entérica por sonda nasogástrica.

---

### Eliminação

---

**Alterações urinárias:** Sem alterações

**Dispositivos urinários:** Desalgaliada a 23/10

**Hábitos intestinais:** Diário

**Alterações intestinais:** Sem alterações

**Data da última dejeção:**

---

### Movimento corporal e Espasticidade

---

**Índice Força Muscular (Escala Medical Council Research):**

**Cabeça e pescoço:** 5

**MSD:** 3 (proximal) 2 (distal)      **MSE:** 5

**MID:** 4      **MIE:** 5

**Escala de Ashworth modificada por membro:**

**MSD:** 0      **MSE:** 0

**MID:** 0      **MIE:** 0

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

### **Equilíbrio**

---

**Sentado estático:** Bom      **Sentado dinâmico:** Razoável

**Em pé estático:** Não mantém posição ortostática sem apoio de duas pessoas. **Em pé dinâmico:** Não testado

**Índice Tinetti** = 2 (16) + 0 (12) = 2

### **Risco de queda**

---

**Escala de Morse:** 35 (Baixo risco de queda)

### **Autocuidado**

---

**Escala de Barthel:** 35

### **Tegumento**

---

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Integridade cutânea mantida.

**Escala de Braden:** 16 (Baixo risco de úlcera por pressão)

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

### PLANO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Foco: Movimento Muscular</b>				
29/10	Movimento muscular comprometido diminuído no hemicorpo direito	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Maximizar força muscular no hemicorpo direito;</li> <li>-Manter mobilidade osteoarticular;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i>;</li> <li>- Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos (automobilizações – treino bilateral dos MS);</li> <li>-Treinar a ponte e o rolamento no leito;</li> <li>-Promover o posicionamento do membro superior direito em padrão anti espástico;</li> <li>-Executar técnica de exercício muscular e articular ativa assistida no hemicorpo direito</li> <li>- Incentivar a pessoa a executar a técnica de exercício muscular e articular.</li> </ul>	<p>29/10- Hemiparesia direita de predomínio braquial apresentando no MS uma força muscular de grau 3 a nível proximal e grau 1 a nível distal, no MI uma força muscular de grau 4;</p> <p>30/10- Hemiparesia direita melhorada apresentando no MS uma força muscular de grau 4 a nível proximal e grau 3/2 a nível distal, no MI mantém força muscular de grau 4;</p>
29/10	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar aprendizagem de capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> </ul>	29/10 – Doente muito recetiva e aplicada na aprendizagem;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

			- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular que a doente possa executar autonomamente como as automobilizações com os MS e rolagamentos no leito	30/10 - Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular melhorado, tendo demonstrando que tem realizado autonomamente as automobilizações com os membros superiores;
29/10	Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	-Melhorar a capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular	-Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;	30/10- A pessoa demonstra a capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular melhoradas
<b>Foco: Equilíbrio Corporal</b>				
29/10	Equilíbrio corporal comprometido	-Melhorar equilíbrio corporal; -Prevenção de quedas;	-Avaliar equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/ortostático) - Monitorizar equilíbrio corporal (Índice de Tinetti); -Atender continuamente no equilíbrio corporal (correção postural e oscilação do tronco); -Realização de exercícios no leito (ponte e rolagamento) - Treino de equilíbrio dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada. - 30/10 – Para além das intervenções acima descritas, inicia treino de equilíbrio ortostático: levantar e	29/10 – Avaliação do Índice de Tinetti de 2 (16) com equilíbrio sentado estático mantido e dinâmico razoável. Ao levantar não mantém posição ortostática necessitando do apoio de duas pessoas; 30/10 – Avaliação do Índice de Tinetti de 8 (28) com melhorias no score. Equilíbrio sentado dinâmico adquirido. Equilíbrio ortostático estático razoável ainda sem capacidade para o equilíbrio dinâmico.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

			sentar inicialmente com apoio de mãos e posteriormente sem apoio de mãos;	
29/10	Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair	-Melhorar consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair	-Ensinar para a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair	30/10 – Doente ainda focada em toda a sua situação aguda não se mostrando disponível mentalmente para estes ensinamentos;
29/10	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	-Melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico sentado);  - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural;	30/10 – Apresenta capacidades de aprendizagem, mas com pouco interesse nas mesmas.
29/10	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	-Melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco);  - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal;  - Treinar técnica de equilíbrio corporal.	30/10- Já realiza correção postural sentada;
<b>Foco: Pôr-se de pé</b>				
29/10	Pôr-se de pé comprometido	-Melhorar capacidade para pôr-se de pé;	-Avaliar pôr-se de pé;  -Incentivar pôr-se de pé;  -Planear o pôr-se de pé;  -Assistir a pessoa a pôr-se de pé;	29/10- A pessoa põe-se de pé com ajuda bilateral de 2 pessoas; realizadas vários treinos durante o turno de levantar/sentar repetições;  30/10 – A pessoa põe-se de pé com apoio de 1 pessoa;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

29/10	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;	- Melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Promover a segurança do doente	- Ensinar e treinar a técnica pôr-se de pé mantendo a segurança do doente.	29/10- Doente recetiva e motivada para os ensinos e treino;  30/10 – Observa-se uma melhoria do conhecimento da pessoa sobre a técnica pôr-se de pé;
<b>Foco: Andar</b>				
30/10	Andar comprometido	-Melhorar capacidade para andar; -Promover a independência a nível da locomoção e segurança;	-Treino de marcha assistido por EEER; -Incentivar a correção do tronco no andar;	30/10 – Inicia treino de marcha inicialmente bilateral e posteriormente unilateral. Marcha não segura por desvio do tronco para a direita. Com muito receio de queda; de forma a promover a sensação de segurança foi-lhe oferecido um andarilho mas mantida assistência de enfermeiro.
30/10	Potencial para melhorar capacidade de Andar	-Melhorar capacidade de Andar;	-Avaliar a capacidade para andar -Instruir sobre técnica de adaptação para andar	
<b>Foco: Transferir-se</b>				
29/10	Transferir-se alterado	-Capacitar a pessoa para transferir-se com independência; -Manter a segurança da pessoa;	-Avaliar transferir-se; -Incentivar transferir-se; -Planear o transferir-se; -Assistir a pessoa a transferir-se;	29/10- Pessoa dependente com necessidade de ajuda nas transferências;  30/10- Doente demonstra menos dificuldade na transferência;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

29/10	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se	-Melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se;  - Promover a segurança do doente;	-Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferir-se promovendo a sua independência;	30/10 – Conhecimento da técnica de transferir-se melhorado;
<b>Foco: Parésia</b>				
29/10	Parésia facial central direita	- Melhorar a parésia;  - Consciencializar da relação entre exercícios e mobilidade da face;  -Melhorar o conhecimento e capacidade para executar exercícios da face;	-Executar massagem dos músculos da face;  -Analisar com a pessoa a relação entre exercícios e a mobilidade da face;  - Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares da face como: sorrir; mostrar os dentes; assobiar; encher a boca de ar e depressão do lábio inferior.	29/10-Apresenta uma parésia facial central acentuada com apagamento do sulco nasogeniano à direita apresentando uma assimetria facial marcada que para além de influenciar a função está a influenciar muito a autoestima da pessoa. Dificuldade de mobilidade na mandíbula. Realizados exercícios em duas sessões curtas no turno;  30/10- Paresia facial mantida, contudo nota-se ganho e melhoria da funcionalidade da mandíbula e da contração agora visível de alguns músculos da face direita (onde ontem não era visível contração);
<b>Foco: Deglutição</b>				
29/10	Deglutição comprometida	-Evitar e prevenir a aspiração;	- Avaliar o estado de consciência do J.N., caso se encontre muito sonolento, não prosseguir com a avaliação;	29/10-Seguindo o protocolo da unidade e tendo em conta o já objetivado na avaliação esta pessoa necessita de alimentação entérica por risco de aspiração;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

		-Manter o aporte calórico necessário para a pessoa;	- Avaliar deglutição indireta (despiste de sinais de alerta) e direta (seguido protocolo da unidade);  - Executar técnica de posicionamento sentado na avaliação;  - Gerir a dieta, mantendo alimentação entérica até conseguir ingestão calórica apropriada por via oral;  - Incentivar a realização de exercícios de amplitude de movimentos e de fortalecimento muscular facial e do palato mole,	30/10- Ainda risco de aspiração; mantida alimentação entérica;
<b>Foco: Autocuidado</b>				
29/10	Dependente no autocuidado: higiene, em grau elevado	-Promover a independência funcional;	- Monitorizar autocuidado: higiene;  - Assistir no banho no leito;  - Incentivar a participação da pessoa no autocuidado: higiene;  30/10- Assistir no banho no chuveiro;	30/10 – Mantém dependência neste autocuidado;
29/10	Dependente no autocuidado: vestuário	Promover a independência funcional;	- Gerir vestuário;  - Assistir no vestuário;  - Incentivar a participação no autocuidado: vestuário.	29/10- Consegue participar, necessitando de ajuda;  30/10 – Aprendeu técnicas adaptativas ensinadas para lidar com a hemiparesia estando de momento independente;

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

29/10	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário	-Melhorar o conhecimento sobre técnicas de adaptação para o autocuidado vestuário;	- Avaliar o conhecimento sobre o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário; - Incentivar para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário; - Ensinar para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário; - Validar conhecimento sobre autocuidado: vestuário.	30/10- Conhecimento melhorado;
29/10	Potencial para melhor capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário	-Promover a independência funcional;	- Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade inferior) - Instruir sobre o uso de técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade inferior); - Treinar uso de técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário.	30/10- Capacidade melhorada conforme quantificado na escala Barthel;
<b>Foco: Dor</b>				
29/10	Dor (cabeça)		- Monitorização da escala numérica da Dor; -Comunicação com o equipa pluridisciplinar para gestão da medicação; - Evitar mobilizações que despoletem a dor;	29/10- Sem dor segundo a própria; 30/10- Sem dor segundo a própria;
<b>Foco: Risco de Queda</b>				

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

29/10	Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover um ambiente seguro para a doente;</li> <li>-Prevenir a queda;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse;</li> <li>-Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro;</li> <li>- Auxiliar na deambulação;</li> <li>- Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para o doente;</li> <li>- Orientar o doente quanto aos riscos e prevenção de quedas;</li> </ul>	30/10 – Apresenta discreta melhoria da consciencialização do risco de queda. Ainda apresenta comportamentos de risco como insistir para o treino de marcha sozinha (marcha não segura);
<b>Foco: Comunicação Alterada: Disartria</b>				
29/10	Comunicação alterada por disartria	-Melhorar o discurso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar discurso, identificando a presença de disartria, através de exercícios de repetição de palavras progressivamente mais complexas, com maior número de sílabas e de maior complexidade na sua articulação fonética. Complementar a avaliação solicitando a repetição de frases simples com poucos vocábulos e progressivamente mais complexas, fornecidas oralmente e por escrito.</li> <li>- Os exercícios supracitados podem ser utilizados no treino do discurso.</li> </ul>	<p>29/10- Disartria inteligível;</p> <p>30/10- Não foi notada melhoria o agravamento da disartria;</p>
<b>Foco: Ansiedade</b>				

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

30/10	Ansiedade	-Capacitar a doente para o processo de transição, através de estratégias de <i>coping</i>	- Educar sobre estratégias de <i>coping</i> - Incentivar expressão de sentimentos; - Reforçar positivamente	30/10- Notada uma perda de motivação e tristeza face à sua recuperação pois o processo de reabilitação não decorre à velocidade esperada e pretendida pela doente. Apesar disso mantém-se participativa no processo de reabilitação.
-------	-----------	---	---	--

## Nota Final

A pessoa em questão está numa fase de transição por alteração súbita do seu estado de saúde decorrentes do Acidente Vascular Cerebral, passando de uma situação em que era independente para estar limitada fisicamente pela sua incapacidade na realização das suas atividades de vida diárias. O que mais incomodava a doente era a limitação funcional e alteração da imagem corporal, sobretudo pela paresia da face. Assim foi elaborado um plano de reabilitação adaptado à doente indo de encontro aos seus objetivos com principal ênfase na melhoria da força muscular no hemicorpo direito e na paresia da face direita. Ao segundo dia de intervenções especializadas nota-se uma frustração crescente da doente pois a sua recuperação não está a ser tão célere como ela desejaria ou esperava. Gerir as expectativas da doente foi desafiante, pois embora se tenha constatado ganhos em saúde de um dia para o outro, como se observa no plano de cuidados, ela não via esses progressos e esperava um ganho na funcionalidade mais rápido. Isto levou a períodos de labilidade emocional tendo sido prestado o apoio emocional possível. Neste período a visita da filha mostrou ser de extrema importância para a doente.

As sessões de enfermagem de reabilitação foram realizadas em dois turnos, em dois dias consecutivos, sendo que após a doente foi transferida para outra unidade de internamento. O início da prestação de cuidados de reabilitação preconiza-se ser o mais precoce possível como o que acontece nesta unidade, e embora tenha sido uma intervenção de curta duração conseguiu-se ganhos em saúde como se pode objetivar na análise do plano de cuidados.

A elaboração deste plano de cuidados foi sem dúvida mais um momento de aprendizagem no Estágio Final, cumprindo o seu principal objetivo académico.

## BIBLIOGRAFIA

- Ordem Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. 1-60. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Apóstolo, J., L., A. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Hoeman, S. P. (2008/2011). Rehabilitation Nursing [Enfermagem de Reabilitação]. Lusodidacta.
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema músculoesquelético. In Olga Ribeiro (Ed.), Enfermagem de reabilitação conceções e práticas (1 ed., pp. 281-328). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Ministério da Saúde (2011). Orientação nº17/ de 19/05/2011. Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). Norma nº054/2011 de 27/12/2011. Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2019). Norma nº 008/2019 de 09/12/2019. Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. Direção-Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boas práticas. Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolha-DadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolha-DadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

### **Apêndice – Registos**

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

## AVALIAÇÃO

<b>NOME</b> ██████████	<b>IDADE:</b> 85 Anos
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS:</b> Hipertensão arterial; hipotiroidismo; depressão; neoplasia do cólon sigmoide	
<b>MEDICAÇÃO HABITUAL:</b> Irbesartan/hidroclorotiazida; Nebivolol, Atrovastatina; Mirtazapina; Sertralina, Clonazepam; Pantoprazol e Tiamizol	
<b>ALERGIAS:</b> Sem alergias conhecidas	
<b>HISTÓRIA DA SITUAÇÃO ATUAL:</b> A 27/10 às 18h10 início de uma hemiparesia direita. À chegada ao hospital foi observado oftalmoparésias, disartria, hemiparesia direita.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b> Oclusão 1/3 distal da artéria basilar com lesão isquémica da protuberância esquerda.	
<b>INTERVENÇÃO:</b> Trombólise com rtPA às 19h25. Trombectomia com TICI 3	
<b>SUPORTE FAMILIAR:</b> Vive com o marido. Filha é a familiar de referência	
<b>DATA DE ADMISSÃO:</b> 27/10 às 22h42	<b>DATA DE ALTA:</b> Transferida a 21/10

Parâmetros	Data	29/10/2022		30/10/2022	
		Início	Fim	Início	Fim
<b>SINAIS VITAIS</b>	Fc (bt/min)	79	71	72	75
	TA (mmHg)	128/54(73)	134/59(73)	133/53(73)	127/60(74)
	T (°C)	36,8		36,2	36
	Dor (EN/EVA)	0	0	0	0
	FR (cicl/min)	23	16	21	15
	Oximetrias (%)	95	97	96	94
	Padrão Respiratório	Eupneica	Eupneica	Eupneica	Eupneica

DATA	29/10/2022		30/10/2022	
<b>AVALIAÇÃO CONSCIENCIA</b>	Vígil		Vígil	
<b>FUNÇÕES COGNITIVAS</b>				
<b>ORIENTAÇÃO</b>	Orientada na Pessoa, Tempo e Espaço		Orientada na Pessoa, Tempo e Espaço	
<b>L I N G U A G E M</b>	Nomeação	Nomeia 5/5 objetos	Nomeia 5/5 objetos	
	Repetição	Repete palavras e frases sem erros	Repete palavras e frases sem erros	
	Compreensão	Cumprindo indicações simples e complexas	Cumprindo indicações simples e complexas	
	Fluência	Discurso fluente, sem pausas anómicadas	Discurso fluente, sem pausas anómicadas	
	Leitura	Lê com alguns erros	Leitura mantida	
	Escrita	Não testada; doente dextra com parésia nesse membro	Não testada; doente dextra com parésia nesse membro	
<b>A T E N Ç Ã O</b>	Vigilância	Vígil durante a entrevista	Vígil durante a entrevista	
	Tenacidade	Mantém a atenção à tarefa	Mantém a atenção à tarefa	
	Concentração			
<b>M E M Ó R I A</b>	Imediata	Recorda-se imediatamente de 3 palavras ditas	Recorda-se imediatamente de 3 palavras ditas	
	Recente	Recorda-se das 3 palavras ditas sensivelmente 5 minutos depois	Recorda-se das 3 palavras ditas sensivelmente 5 minutos depois	
	Remota			

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

DISCURSO	Flácida	Disartria inteligível com hipofonia		Disartria inteligível com hipofonia		
	Espática					
	<b>PARES CRANIANOS</b>					
	I- OFALTIVO	NT		NT		
	II-ÓTICO	Não foram objetivadas alterações na acuidade visual; visão periférica e reflexo de ameaça diminuído à direita;		Não foram objetivadas alterações na acuidade visual; visão periférica e reflexo de ameaça presente;		
	III-OCULOMOTOR; IV PATÉTICO; VI-MOTOR OCULAR EXTERNO (ABDUCENTE)	Pupilas isocóricas e reativas à luz; não completa a levoversão do olho esquerdo; nistagmo horizontal;		Pupilas isocóricas e reativas à luz; não completa a levoversão do olho esquerdo; nistagmo horizontal;		
	V-TRIGÊMIO	Sensibilidade tátil e dolorosa mantida. Dificuldade na mobilidade da mandíbula;		Sensibilidade tátil e dolorosa mantida. Mobilidade da mandíbula melhorada;		
	VII-FACIAL	Parésia facial central direita com marcado apagamento do sulco nasogeniano à direita;		Parésia facial central direita com marcado apagamento do sulco nasogeniano à direita;		
	VIII-AUDITIVO/VESTIBULO COCLEAR	NT		NT		
	IX-GLOSSOFARÍN- GEO; X-VAGO	Reflexo de vômito presente, mas diminuído; reflexo de tosse presente;		Reflexo de vômito presente, mas diminuído; reflexo de tosse presente;		
XI-ESPINAL	Sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio;		Sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio;			
XII-GRANDE HIPOGLOSSO	Língua centrada na protusão; sem estase salivar; úvula hipotônica com desvio para a esquerda;		Língua centrada na protusão; sem estase salivar; úvula hipotônica com desvio para a esquerda;			
<b>SENSIBILIDADE SUPRFICIAL</b>						
S. TÁTIL	Sem alterações		Sem alterações			
S. DOLOROSA	Sem alterações		Sem alterações			
<b>SENSIBILIDADE PROFUNDA</b>						
S. POSTURAL	Sem alterações		Sem alterações			
SENTIDO DE PRESSÃO OU BARESTESIA	NT		NT			
S. VIBRATÓRIA OU PALESTESIA	NT					
<b>FORÇA MUSCULAR (MEDICAL COUNCIL RESEARCH)</b>						
HEMICORPO	ESQUERDO		DIREITO			
CABEÇA E PESCOÇO	5		5			
MEMBRO SUPERIOR	PROVA DOS BRAÇOS ESTENDIDOS	ok		Queda (não mantém posição) e pronação da mão nos 10s		
	ESCAPULO-UMERAL	5		3		
	COTOVELO	5		3		
	ANTEBRAÇO	5		2		
	PUNHO	5		1		
	DEDOS	5		1		
MEMBRO INFERIOR	PROVA BARRÉ	ok		Queda nos 5s		
	COXOFEMORAL	5		4		
	JOELHO	5		4		
	TIBIOTÁRSICA	5		4		
	DEDOS	5		4		
	<b>TÔNUS MUSCULAR (ESCALA ASWORTH)</b>					
HEMICORPO	ESQUERDO		DIREITO			
MEMBRO SUPERIOR	ESCAPULO-UMERAL	0		0		
	COTOVELO	0		0		
	ANTEBRAÇO	0		0		
	PUNHO	0		0		
	DEDOS	0		0		
	MEMBRO INFERIOR	COXOFEMORAL	0		0	
JOELHO		0		0		

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

TIBIOTÁRSICA	0	0	0	0
DEDOS	0	0	0	0
<b>COORDENAÇÃO MOTORA</b>				
PROVA ÍNDEX NARIZ	Movimentos pouco precisos e lentificados (MSE)		Movimentos mais precisos, mantém lentificação (MSE)	
PROVA CALCANHAR-JOELHO	Movimentos pouco precisos e lentificados (bilateral)		Movimentos pouco precisos e lentificados (bilateral)	
<b>NEGLIGÊNCIA UNILATERAL</b>				
Não presente				
<b>EQUILÍBRIO</b>				
S E N T A D O	ESTÁTICO	Bom	Bom	
	DINÂMICO	Razoável	Bom	
O R T O S T Á T I C O	ESTÁTICO	Não mantém ortostatismo	Razoável	
	DINÂMICO	NT	Mau	
SCORE TINETTI	2 (28)		8 (28)	
<b>AUTOCUIDADO – ESCALA BARTHEL</b>				
ALIMENTAÇÃO (0-dependente; 5-precisa de alguma ajuda; 10-independente)			5	5
TRANSFERÊNCIAS (0-dependente, não tem equilíbrio sentado; 5-precisa de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se; 10-precisa de alguma ajuda; 15- independente)			5	5
TOALETE (0-dependente, necessita de alguma ajuda; 5- independente a fazer a barba, lavar os dentes)			0	5
UTILIZAÇÃO DO WC (0-dependente; 5-precisa de alguma ajuda; 10-independente)			0	0
BANHO (0-dependente, necessita de alguma ajuda; 5- toma banho só (entra e sai sem ajuda)			0	0
MOBILIDADE (0-imóvel; 5- independente em cadeira de rodas, pelo menos 50m; 10-caminha menos de 50m com pouca ajuda; 15-caminha 50m, sem ajuda ou supervisão)			0	0
SUBIR E DESCER ESCADAS (0-dependente; 5-precisa de ajuda; 10-independente, com ou sem ajudas técnicas)			0	0
VESTIR (0-impossível; 5-com ajuda; 10-independente)			5	10
CONTROLO INTESTINAL (0-incontinente ou precisa de clisteres; 5-acidente ocasional; 10-controla perfeitamente)			10	10
CONTROLO URINÁRIO (0-incontinente ou incapaz de manejar a algália sozinho; 5-acidente ocasional; 10-controla perfeitamente)			10	10
PONTUAÇÃO (0-100)			35	45
<b>AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO</b>				
DATA 29/10 e 30/10				
<b>1ª FASE - AVALIAÇÃO PRELIMINAR</b>				
		SIM	NÃO	
VIGILÂNCIA	ALERTA POR MAIS DE 15 MIN	x		
VIGILÂNCIA VOLUNTÁRIA	-TOSSE VOLUNTÁRIA -LIMPAR A GARGANTA	x		
DEGLUTIÇÃO DA SALIVA	DEGLUTE COM ÊXITO	x		
	SIALORREIA		x	
	QUALIDADE VOZ MANTIDA		x	
5 SIM-AVANÇAR PARA A SEGUNDA FASE				
<b>AVALIAR:</b>				
PARÉSIA FACIAL DO ANDAR INFERIOR MUITO ACENTUADA		x		
DESVIO DA LÍNGUA			x	

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

ALTERAÇÃO DA QUALIDADE DA VOZ	x		
GORGOLEJO		x	
REGURGITAÇÃO NASAL		x	
DIMINUIÇÃO OU ABOLIÇÃO DO REFLEXO DE VÔMITO	x		
AVALIAÇÃO DO PALATO MOLE	Palato mole hipotónico		
DESVIO DA ÚVULA	x		
HIPOTONIA DA ÚVULA	x		
<b>2ª FASE - TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO</b>			
	TOSSE	ALTERAÇÃO VOZ	PERDA SALIVA
1ª			NORMAL
2ª			
3ª			
1ª			
2ª			
3ª			
1ª			
2ª			
3ª			

# Plano de cuidados

**Regente da Unidade Curricular:**

Professora Doutora Eugénia Grilo

**Supervisora clínica:**

[REDACTED]

**Discente:**

Patricia Isabel Lopes Nascimento Rodrigues (210531029)

Ano letivo 2022/2023

Lisboa, 15 de janeiro de 2023

jul-23 | Página 1

## Índice

	<b>Pág.</b>
9. Introdução .....	4
10. Avaliação Inicial .....	5
11. Plano de cuidados .....	8
12. Nota final .....	16
Bibliografia	
Apêndice- REGISTOS.....	18

## INTRODUÇÃO

A unidade curricular Estágio Final surge integrada no VI Curso de Mestrado em Enfermagem em associação, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal no ano letivo de 2022/2023. Este ensino clínico decorreu num serviço de internamento de Medicina de um hospital central.

Este trabalho foi desenvolvido como requisito de instrumento de avaliação desta unidade curricular, mas pretende também ser um instrumento de reflexão e aprendizagem sobre a experiência da minha prática clínica.

Este plano de cuidados, especificamente, foi elaborado com ênfase nos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação direcionada para a patologia respiratória. Consiste na elaboração de um plano de cuidados de reabilitação a uma pessoa internada, a qual acompanhei durante o período de estágio, tendo sido mais um momento de aprendizagem e consolidação de conhecimentos na área da especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

O meu primeiro contacto com o doente foi a 12/12/2022, tendo sido essa a minha primeira avaliação. Foram utilizados como métodos a observação, a aplicação de documentos de avaliação e também a consulta do seu processo clínico. De seguida, foi elaborado o plano de cuidados individualizado que se apresenta, com o principal objetivo de recuperar funcionalidade e qualidade de vida do doente. O plano foi implementado e reavaliado.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

### 3. AVALIAÇÃO INICIAL

#### Caracterização da Pessoa

**Nome:** ██████████

**Idade:** 65 anos

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Casado

**Situação laboral:** Reformado desde novembro de 2022. Previamente era trabalhador numa fábrica de produção de peças para automóveis

**Agregado familiar:** Vive com a esposa e a filha

**Dependência nas Atividades de Vida Diárias:** Previamente a este internamento era independente nas suas atividades de vida.

#### Internamento

**Data de admissão:** 09/12/2022

**Proveniência:** Serviço de Urgência

**Diagnósticos médicos principais:** Pneumonia bilateral adquirida na comunidade a Streptococcus pneumoniae; Asma vs DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) agudizada; Parênquima enfisematoso centrilobular bilateral, com bolha de enfisema; Insuficiência respiratória global; Tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentar

**Antecedentes pessoais:** DPOC (diagnosticado há aproximadamente 4 anos); hipertensão arterial (HTA)

**Hábitos:** Etanólicos moderados; Fumador há 43 anos – fumava cerca de um maço por dia, suspendeu há 2 meses.

**Medicação habitual:** Symbicort 80, 1 inalação 12/12h; Atrovent PA em SOS; Enalapril 10 mg 1x dia

**Alergias:** Sem alergias conhecidas

**História de situação de doença atual:** Queixas de dispneia há de 2 meses com agravamento no dia que recorre ao Serviço de Urgência (SU). Dispneia mantida em repouso, sem melhoria com broncodilatadores. Perda de peso não quantificada desde há meses, com perda de apetite. Sem sudorese noturna, febre, dor torácica e ortopneia.

Observação à admissão: Oximetria de 70% em ar ambiente à entrada do SU. Fala encurtada. Auscultação pulmonar: MV mantido, simétrico com ferveores ligeiros bibasais. Sem edema dos membros inferiores ou sinais de TEP.

**Exames complementares de diagnóstico à admissão:** ECG - taquicardia sinusal; Rx tórax – hiperinsuflação e hipotransparência base direita; Gasimetria arterial com O2 a 10 lt/min por máscara facial – pH 7,331; pCO2 70,3; pO2 84,7; HCO3 36,4; Na 141; K 3,67; Ca 1,15; Gluc 140; Lac 1,6; Hb 15,4; sO2 96%.

Doente fica internado numa unidade de cuidados intermédios. Fica com ventilação não invasiva. Colhidas hemoculturas e iniciou corticoterapia a antibioterapia.

#### Parâmetros vitais (12/12/2022)

**Frequência cardíaca (btm/min) – 76**

**Tensão arterial (mmHg) – 103/55**

**Temperatura (°C) 36,8**

**Dor (EN) – Sem dor**

**Frequência respiratória (cicl/min)- 23**

**Oximetrias (%) – 100**

**Traçado cardíaco de base sinusal**

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

### Respiração

**Tipo de ventilação:** Ventilação não invasiva com interface máscara facial *under nose* na 1ª fase (conectado de forma contínua no período noturno, no período diurno 1h desconectado alternando com 2h conectado). Oxigenoterapia a 15 lt/min com FiO2 s 60% por máscara facial de *Venturi* nos períodos de desconexão.

**Padrão respiratório:** Polipneia com dispneia; Arritmico; Simétrico; Amplitude superficial (por hiperinsuflação); Utilização marcada dos músculos acessórios da respiração (esternocleido-mastóideo)

**Tosse:** Produtiva

**Secreções:** Consistência viscosa com aspeto mucopurulento esbranquiçado

**Avaliação objetiva – Exame físico:** Inspeção- Sem cianose central ou periférica; Morfologia do tórax - em barril com cifose. Auscultação – Murmúrio vesicular mantido, audível com mais dificuldade do terço inferior no pulmão direito.

---

### Consciência

Vígil com abertura dos olhos espontânea. Pouco comunicativo. Orientado na pessoa, tempo e espaço.

---

### Nutrição

**Modo de alimentação:** Oral

**Nº de refeições por dia:** 5 refeições

**Estado nutricional:** Muito emagrecido

**Próteses dentárias:** Sem próteses dentárias com perda de algumas peças dentárias

**Peso:** 55Kg      **Altura:** 166cm

**IMC:** 20 Kg/m<sup>2</sup>

---

### Eliminação

**Alterações urinárias:** Sem alterações

**Hábitos intestinais:** Diário

**Alterações intestinais:** Sem alterações

---

### Movimento corporal e Espasticidade

**Índice Força Muscular (Escala Medical Council Research):**

**Cabeça e pescoço:** 5

**MSD:** 5      **MSE:** 5

**MID:** 5      **MIE:** 5

**Escala de Ashworth modificada por membro:**

**MSD:** 0      **MSE:** 0

**MID:** 0      **MIE:** 0

---

### Equilíbrio

**Sentado estático:** Bom

**Sentado dinâmico:** Bom

**Em pé estático:** Bom

**Em pé dinâmico:** Bom

**Índice Tinetti = 16 (Equilíbrio)**

---

### Risco de queda

**Escala de Morse:** 45

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

### Autocuidado

**Escala de Barthel:** 35 (elevado)

**MIF:**

AUTOCUIDADOS	
ALIMENTAÇÃO	3
HIGIENE PESSOAL	2
BANHO	2
VESTIR METADE SUPERIOR	2
VESTIR METADE INFERIOR	1
UTILIZAÇÃO DA SANITA	3
CONTROLO DE ESFÍNCTERES	
BEXIGA	4
INTESTINO	4
TRANSFERÊNCIAS	
LEITO, CADEIRA, CADEIRA DE RODAS	3
SANITA	3
BANHEIRA/CHUVEIRO	3
LOCOMOÇÃO	
MARCHA/CADEIRA DE RODAS	2
ESCADAS	2
COMUNICAÇÃO	
COMPREENSÃO	5
EXPRESSÃO	5
CONSCIENCIA DO MUNDO EXTERIOR	
INTERAÇÃO SOCIAL	5
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	5
MEMÓRIA	5
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>

### Tegumento

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Integridade cutânea mantida.

**Escala de Braden:** 15 (Alto risco de úlcera por pressão)

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

## PLANO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Foco: Ventilação</b>				
12/12	Ventilação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Otimizar a ventilação;</li> <li>- Reduzir a tensão muscular;</li> <li>-Reduzir a dispneia;</li> <li>-Promover uma ventilação eficaz;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar respiração;</li> <li>-Avaliar a ventilação;</li> <li>-Auscultar tórax;</li> <li>-Monitorizar sinais vitais;</li> <li>- Otimizar ventilação não invasiva (VNI) e oxigenoterapia;</li> <li>-Executar técnica de posicionamento: posição de descanso e relaxamento e correção postural;</li> <li>-Consciencializar dos tempos respiratórios dando ênfase à fase expiratória;</li> <li>-Executar cinesiterapia respiratória: abertura costal seletiva à direita e à esquerda em decúbito lateral.</li> <li>- Executar técnicas respiratórias: reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda e reeducação abdominofragmática posterior.</li> </ul>	<p>12/12 – Parâmetros vitais monitorizados sem alterações significativas no início e no fim das sessões de reabilitação; Padrão respiratório toraco-abdominal, irregular, com fraca amplitude e simétrico; Polipneia; Sem cianose central ou periférica; Refere dispneia por vezes em repouso e a pequenos esforços; Utiliza músculos acessórios; Apresenta tosse produtiva expelindo secreções semi-espessas em moderada quantidade; Morfologia torácica com cifose e em barril. Dada a sua situação clínica, o doente está sob VNI seguindo o protocolo de desmame do serviço estando hoje na 1ª fase de desmame (conexão noturna, com períodos de desconexão diurna de 1h e períodos de conexão de 2h), oxigenoterapia nos períodos de desconexão por máscara de venturi FiO2 de 60%. Por evolução favorável da sua clínica progride para a 2ª fase de desmame da VNI (conexão noturna, com períodos de desconexão diurna de 2h alternado com períodos de conexão de 1h). Realizadas intervenções de reabilitação ao longo do turno (08h-16h30) em pequenas sessões e com poucas repetições dentro da tolerância de esforço do doente;</p> <p>15/12 – Doente na 2ª fase de desmame da VNI, com os períodos de desconexão com máscara de venturi com 40% de FiO2. Doente mantém polipneia, mas com sensa-</p>

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

				ção de dispneia melhorada (ligeira). Mantém tosse produtiva expelindo secreções esbranquiçadas em reduzida quantidade. Sem outras alterações na avaliação respiratória
12/12	Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória	-Melhorar conhecimento sobre técnica respiratória	-Ensinar técnicas de descanso e relaxamento -Ensinar técnicas de controlo ventilatório – consciencialização dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados; - Ensinar autorredução da porção posterior do diafragma na posição de sentado;	12/12 – Doente com sensação de dispneia intensa, tendo-se incidido o ensino apenas nas técnicas de controlo ventilatório; 15/12 – Doente muito recetivo ao ensino, pois refere melhorias na dispneia após realização da reabilitação respiratória;
12/12	Potencial para melhorar capacidade para executar técnica respiratória	-Melhorar capacidade para executar técnica respiratória;	- Instruir e treinar técnicas de descanso e relaxamento - Instruir e treinar técnicas de controlo ventilatório – consciencialização dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados; - Instruir e treinar autorredução diafragmática global na posição de sentado;	15/12 – Doente muito recetivo. 16/12 – Já tem adquirido a execução de técnicas de controlo ventilatório assim como a autoreeducação da porção porterior na posição de sentado.
<b>Foco: Intolerância à atividade</b>				
12/12	Intolerância à atividade	-Melhorar a tolerância à atividade;	-Avaliar a intolerância à atividade - Avaliação dos sinais vitais antes e após sessão de reabilitação; - Gerir atividade física; - Planejar atividade física; - Ensinar e Treinar técnica de conservação de energia;	12/12 – Intolerância à atividade ligeira agravando a sua função respiratória; 15/12 – Apresenta um controlo respiratório que permite iniciar treino de marcha; reforçados ensinios e treino de técnicas de conservação de energia. Doente muito recetivo. 16/12 – Doente refere dispneia ligeira apresentando melhor tolerância à atividade.
<b>Foco: Andar</b>				

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

15/12	Andar comprometido em grau moderado (MIF Locomoção =2)	-Melhorar capacidade para andar; -Promover a independência a nível da locomoção e segurança;	-Treino de marcha assistido por EEER; -Incentivar a correção do tronco no andar;	15/12 –A sua tolerância à atividade permite iniciar o treino de marcha com assistência de enfermeiro unilateral uns passos à beira do leito. 16/12 – Progressão no treino de marcha com maiores distâncias dentro do quarto (MIF Locomoção=2).
15/12	Potencial para melhorar capacidade de Andar	-Melhorar capacidade de Andar;	-Avaliar a capacidade para andar -Instruir sobre técnica de adaptação para andar	16/12 – Doente apresenta melhorias na capacidade de Andar
<b>Foco: Transferir-se</b>				
12/12	Transferir-se alterado em grau moderado	-Capacitar a pessoa para transferir-se com independência; -Manter a segurança da pessoa;	-Avaliar transferir-se; -Incentivar transferir-se; -Planear o transferir-se; -Assistir a pessoa a transferir-se;	12/12- Pessoa dependente com necessidade de ajuda nas transferências; 30/10- Doente demonstra menos dificuldade na transferência embora mantenha o grau moderado;
12/12	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se	-Melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Promover a segurança do doente;	-Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferir-se promovendo a sua independência;	12/12 – Conhecimento da técnica de transferir-se melhorado;
<b>Foco: Autocuidado</b>				
12/12	Dependente no autocuidado: higiene, em grau elevado (MIF Higiene Pessoal e Banho=2)	-Promover a independência funcional;	- Monitorizar autocuidado: higiene; - Assistir no banho no leito; - Incentivar a participação da pessoa no autocuidado: higiene;	15/12 – Dependência neste autocuidado melhorado apresentado agora um grau moderado (MIF Higiene Pessoal e Banho =3);

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

12/12	Dependente no autocuidado: vestir-se em grau elevado (MIF Vestir-se metade superior =2 e inferior=1)	-Promover a independência funcional;	- Gerir vestuário; - Assistir no vestuário; - Incentivar a participação no autocuidado: vestuário.	16/12- Dependência em grau moderado ( MIF Vestir-se metade superior =3 e inferior=2)
12/12	Dependente no autocuidado: alimentar-se em grau moderado (MIF Alimentação=3)	- Promover a independência funcional;	- Assistir no autocuidado alimentar-se; - Incentivar à participação da pessoa, gerindo sempre o esforço;	15/12 – Autocuidado dependente em grau reduzido (MIF Alimentação =5);
12/12	Dependente no autocuidado: posicionar-se em grau moderado	- Promover a independência funcional;	- Assistir no posicionamento; -Incentivar a alternância do posicionamento;	12/12- Doente pouco recetivo em alternar a sua posição de conforto (decúbito dorsal em semi-fowler)
12/12	Dependente no autocuidado uso do sanitário em grau elevado	- Promover a independência funcional;		16/12 – Autocuidado com evolução favorável para grau moderado
<b>Foco: Queda</b>				
12/12	Risco de queda	-Promover um ambiente seguro para a doente; -Prevenir a queda;	-Monitorizar o risco de queda utilizando a escala de Morse; -Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação; - Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para o doente; - Orientar o doente e família quanto aos riscos e prevenção de quedas;	
<b>Foco: Úlcera de Pressão</b>				

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

12/12	Alto risco de Úlcera de Pressão	-Prevenir úlceras de pressão;	- Monitorizar do risco de úlcera de pressão utilizando a escala de Braden; - Consciencializar o doente dos riscos para promover a prevenção;	12/12- Eritema branqueável na região sagrada; Pouco reativo à alteração de decúbitos por posição de conforto em semi-fowler; 15/12- Quadro de dispneia melhorado; reforçados ensinamentos sobre a necessidade de ir alternando de decúbitos para a prevenção ou agravamento das zonas de pressão. Doente a tolerar mudança de decúbito por curtos períodos; Grau de risco passa a Reduzido de acordo com a Escala de Braden.
-------	---------------------------------	-------------------------------	---	---

#### **4. NOTA FINAL**

A pessoa em questão está numa fase de transição por alteração súbita do seu estado de saúde, decorrente da agudização da Insuficiência Respiratória por ter passado de uma situação de total independência, para estar limitada fisicamente pela sua incapacidade na realização das suas atividades de vida diárias.


A prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação já havia sido iniciada pela equipa, contudo o meu primeiro contacto com o doente apenas foi a 12/12/2022 e o último a 16/12/2022. Foi mantida a continuidade dos cuidados de Enfermagem em Reabilitação até à data da sua alta para o domicílio. Conseguiram-se ganhos em saúde, como se pode objetivar na análise do plano de cuidados ao longo da intervenção de toda a equipa multidisciplinar. Houve uma melhoria objetiva do seu estado geral, sendo mensurável na melhoria da capacidade funcional do doente. Mais interessante e gratificante foi o reconhecimento do doente da melhoria do seu estado de saúde e da importância que as prestações dos cuidados especializados de Enfermagem em Reabilitação assumiriam neste processo.

O maior desafio ao longo da prestação de cuidados a este doente foi a gestão de energia para não agravar a sua função respiratória que pudesse levar a um período de exaustão.

A elaboração deste plano de cuidados foi, sem dúvida, mais um momento de aprendizagem no Estágio Final, cumprindo o seu principal objetivo académico.

## BIBLIOGRAFIA

- Apóstolo, J., L., A. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Couto, G., Silva, R.P., Mar, M.J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema cardiorrespiratório. In Olga Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação conceções e práticas* (1 ed., p. 281-328). Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Hoeman, S. P. (2008/2011). *Rehabilitation Nursing [Enfermagem de Reabilitação]*. Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolha-DadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolha-DadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Ordem Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. 1-60. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)



A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

## **Apêndice- Registos**

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

Nome: ■■■■■	Idade: 65 anos	Data de admissão: 09/12/2022	Data de alta:
Antecedentes Pessoais: Asma vs DPOC agudizada; HTA			
Diagnóstico: Pneumonia adquirida na comunidade; Asma vs DPOC agudizada; Insuficiência respiratória global; TEP segmentar			
História atual: Queixas de dispneia com 2 meses de evolução, com agravamento a 09/12			

FOCO VENTILAÇÃO											
AVALIAÇÃO											
Parâmetros	Data	12/12		15/12		16/12		Início	Fim	Início	Fim
		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim				
SINAIS VITAIS	Fc (b/min)	76	75	74	95	79	88				
	Fr (cic/min)	19	25	30	23	25	28				
	T <sub>g</sub> (°C)	36,8		36,4		36,5					
	TA (mmHg)	103/55 (75)	105/65 (78)	110/72 (88)	105/63 (79)	98/52 (71)	102/62 (75)				
	Dor (EN/EVA)	Sem dor	Sem dor	Sem dor	Sem dor	Sem dor	Sem dor				
	Oximetria periférica (%)	100	100	100	99	92	100				
PROCESSO RESPIRATÓRIO	Padrão Respiratório	Toraco-abdominal	Toraco-abdominal	Toraco-abdominal	Toraco-abdominal	Toraco-abdominal	Toraco-abdominal				
	Ritmo	Irregular	Irregular	Irregular	Irregular	Irregular	Irregular				
	Amplitude	Fraca amplitude por hiperinsuflação		Fraca amplitude por hiperinsuflação		Fraca amplitude por hiperinsuflação					
	Simetria	Simétrico	Simétrico	Simétrico	Simétrico	Simétrico	Simétrico				
SINAIS E SINTOMAS	Cianose (central/periférica)	Sem cianose		Sem cianose		Sem cianose					
	Dispneia (EN/EVA)	Dispneia em repouso ou pequenos esforços		Sem dispneia em repouso. Mantida a pequenos esforços		Dispneia a esforços moderados					
	Tosse (seca/produziva)	Tosse produtiva		Tosse produtiva		Tosse produtiva					
	Expectoração	Esbranquiçadas, espessas em moderada quantidade		Amealadas, semi-fluidas em reduzida quantidade		Sem expectoração					
	Morfologia tórax	Cifose, em barril, com utilização de músculos acessórios		Cifose, em barril, com utilização de músculos acessórios		Cifose, em barril, utilização de músculos acessórios menos evidente					

MODO VENTILATÓRIO/ APOIAMENTO (L/MIN)	Ventilação (Espontânea; TQT)	VNI na 1ª fase, tendo progredido para a 2ª no final do turno				VNI na 2ª fase				VNI na 3ª fase										
		E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D							
AUSCULTAÇÃO	Hemitorax	1/3 Sup.	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	
		1/3 Médio	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok
		1/3 Inf.	ok	-	ok	-	ok	-	ok	-	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok
	Ruidos adventícios	1/3 Sup.																		
		1/3 Médio																		
		1/3 Inf.																		
IMAGIOLOGIA (RX, TAC e outros)		Data	Registos																	
TAC-Tórax		11/12	TEP segmentar e subsegmentar bilateral com enfarte no terço superior direito. Parenquima enfisematoso centrilobilar bilateral com bolha e enfisema																	
INTERVENÇÃO REABILITAÇÃO																				
EXERCÍCIOS	DATA	12/12				15/12				16/12										
POSIÇÃO DE DESCANSO E RELAXAMENTO		✓				✓ Ensino a o doente				✓ Reforçados ensinos										
DISSOCIAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO DOS TEMPOS RESPIRATÓRIOS		✓				✓				✓										
REDUÇÃO COSTAL	Anterior																			
	Posterior	✓				✓ Ensino a o doente				✓										
	Hemic. direita	✓				✓				✓										
	Hemic. esquerda																			
REDUÇÃO COSTAL	Global com bastão																			
	Global sem bastão																			

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

	Lateral esp c/ abdução MS s								
	Lateral dir c/ abdução MS s								
MANOBRAS ACESSÓRIAS	Percussões								
	Vibro-compressões								
	Dirigida/Assistida								
TOSSE	Eficaz/Ineficaz/Aspiração de secreções								
CORREÇÃO POSTURAL		12/12	15/12	16/12					
<b>AVALIAÇÃO CONSCIÊNCIA</b>									
CONSCIÊNCIA		Vigil	Vigil	Vigil					
ESCALA DE COMA DE GLASGOW		15	15	15					
<b>FOCO INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE</b>									
ESCALA DE BORG MODIFICADA									
TREINO DE RESISTÊNCIA/AERÓBICO									
Legenda: 1-cidalgômetros membros superiores; 2-cidalgômetros membros inferiores									
<b>FOCO EQUILÍBRIO CORPORAL</b>									
<b>AVALIAÇÃO</b>									
DATA		12/12	15/12	16/12					
EQUILÍBRIO SENTADO	Estático	✓							
	Dinâmico	✓							
EQUILÍBRIO ORTOSTÁTICO	Estático	✓							
	Dinâmico	Razoável	Razoável	Razoável					
ÍNDICE TINETTI		9(16)			9(16)				
<b>INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO</b>									
DATA		12/12	15/12	16/12					
TREINO NO LEITO	Rolar no leito								
	Ponte								
	Rotação controlada da anca								
	Fortalecimento muscular								
TREINO DE EQUILÍBRIO SENTADO	Sentado com apoio dos MS em extensão para trás. Transferir o peso								
	Sentar com apoio total nos pés no chão								
	Provocando desequilíbrio								

	Automobilização do tronco								
TREINO DE EQUILÍBRIO EM PÉ	Treino de manutenção posição ortostática		✓	✓					
	Correção postural	✓	✓	✓					
	Flexão plantar com apoio								
	Equilíbrio de 1 pé com apoio								
	Flexão do joelho e coxofemoral								
	Extensão da coxofemoral								
	Abdução dos membros inferiores								
	Levante com e sem apoio de mãos								
<b>FOCO ANIDAR</b>									
DATA		12/12	15/12	16/12					
<b>INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO</b>									
EXECUTAR TREINO DE MARCHA	Apoio unilateral		✓	✓					
TREINO DE TRANSPONSIÇÃO DE OBSTÁCULOS (ESCADAS)	Capaz								
	Incapaz								
Legenda: 1-andarilho; 2-Canadiane; 3-Tripé; 4-deambula sem apoio									
<b>FOCO RISCO DE QUEDA</b>									
15/12 - Morse 45									
16/12- Realizados ensinios ao doente e esposa sobre prevenção de quedas no domicilio									
<b>FOCO TRANSFERIR-SE</b>									
<b>INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO</b>									
TREINO DE TRANSFERÊNCIA	12/12	15/12	16/12						
	✓	✓	✓						
<b>FOCO MOVIMENTO MUSCULAR</b>									
<b>AVALIAÇÃO</b>									
<b>ÍNDICE DE FORÇA MUSCULAR</b> (Escala de força muscular do Medical Research Council)									
DATA		12/12		15/12		16/12			
HEMICORPO		E	D	E	D	E	D	E	D
MEMBRO		ombro	5	5	5	5	5	5	5

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

SUPERIOR		Cotovelo	S	S	S	S	S	S	S				
		Antebraço	S	S	S	S	S	S	S				
		Punho	S	S	S	S	S	S	S				
		Dedos	S	S	S	S	S	S	S				
MEMBRO INFERIOR		Coxofemoral	S	S	S	S	S	S	S				
		Joelho	S	S	S	S	S	S	S				
		Tibiotársica	S	S	S	S	S	S	S				
		Dedos	S	S	S	S	S	S	S				
AVALIAÇÃO AMPLITUDE MÉDIA ARTICULAR													
MEMBRO SUPERIOR		HEMICORPO	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	
		Ombro											
		Cotovelo											
		Punho											
MEMBRO INFERIOR		HEMICORPO	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	
		Quadril											
		Joelho											
		Tornozelo											
Legenda: F-flexão; E-extensão; A- adução; B- Abdução													
INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO													
EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS		Local anatómico											
MOBILIZAÇÕES		HEMICORPO	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	
		Ombro											
		Cotovelo											
		Antebraço											
		Punho											
		Dedos da mão											
		Coxofemoral											
		Joelho											
		Tibiotársica											
		Dedos do pé											

PELVE		Pelve											
Legenda: P-passiva; A-ativa; R-resistida; AA-ativa assistida; AP-automobilizações com pesos; NE-não executável													
EXERCÍCIOS DE MOTRICIDADE FINA													
PONTE													
FOCO AUTOCUIDADO													
DATA													
ÍNDICE DE BARTHEL													
MIF													
INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO													
TREINO DE AUTOUIDADOS		Tomar Banho	✓		✓								
		Vestir-se e Despir-se	✓		✓								
		Usar o sanitário	✓		✓								
		Alimentar-se	✓		✓								

# Plano de cuidados

## Regente da Unidade Curricular:

Professora Eugénia Grilo

## Orientadores clínicos:

[REDACTED]

[REDACTED]

## Discente:

Patrícia Isabel Lopes Nascimento Rodrigues (210531029)

Ano letivo 2021/2022

Setúbal, 08 de junho de 2022

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

## **ÍNDICE DE TABELAS:**

Tabela nº 1 – Plano de cuidados .....9

Tabela nº 2 – Esquematização do plano de sessão .....17

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
1.Introdução .....	5
1. Colheita de dados .....	6
2. Plano de cuidados .....	9
3. Esquematização do plano de sessão .....	17
4. Nota final .....	18
Bibliografia .....	19

## 1. INTRODUÇÃO

Integrada no VI Curso de Mestrado em Enfermagem em associação, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal no ano letivo de 2021/2022 surge a unidade curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação I. Esta unidade curricular foi desenvolvida de 16 de junho a 24 de julho no serviço

Este trabalho foi desenvolvido como requisito de instrumento de avaliação desta unidade curricular que está direcionada para a patologia musculoesquelética. Consiste na elaboração de um plano de cuidados de reabilitação a uma pessoa internada a qual acompanhei durante o período de estágio, tendo servido como mais um momento de aprendizagem e consolidação de conhecimentos na área da especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

A avaliação foi realizada a 01/06/2022 utilizando como método a observação, a aplicação de documentos de avaliação e também a consulta do seu processo clínico [de notar que devido ao ataque informático durante o período de consulta ainda existiram contingências na consulta do processo do doente como por exemplo do Sistema Integrado de Gestão de Acesso (RSE)]. De seguida foi elaborado o plano de cuidados individualizado que se apresenta, com o principal objetivo de recuperar funcionalidade e qualidade de vida da utente. O plano foi implementado e reavaliado.

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

## 2. Colheita de dados

### Caracterização da Pessoa

**Nome:** [REDACTED]  
**Idade:** 46 anos  
**Nacionalidade:** portuguesa  
**Sexo:** Feminino  
**Estado civil:** Solteira  
**Situação laboral:** Desempregada/ Incapacidade para o trabalho  
**Habita:** Sozinha

### Internamento no Serviço de [REDACTED]

**Data de admissão:** 15/04/2022  
**Proveniência:** Serviço de Urgência (SU)  
**Diagnóstico médico principal:** Fratura bimaléolar esquerda  
**Antecedentes pessoais:** Obesidade mórbida, esquizofrenia; miomectomia (2013); gonartrose esquerda  
**Medicação habitual:** Ciamemazina (ao deitar); Clonazepam (ao deitar); Ariprazol (de manhã)  
**Alergias:** Sem alergias conhecidas  
**Motivo de internamento:** Doente recorreu ao SU por dor nos joelhos bilateral. Durante o episódio de urgência sofreu uma queda no WC dia 14/04/2022 da qual resultou a fratura bimaléolar esquerda.  
**História atual da doença:** Fratura bimaléolar esquerda após queda tendo ido a bloco operatório dia 18/04/2022 onde realizou cirurgia com abordagem lateral para redução cruenta e osteossíntese do maleolo lateral com parafuso interfragmentário e placa 1/3 de cana de 6 furos com 5 parafusos. Abordagem medial com redução cruenta e osteossíntese com 1 parafuso.

### Situação Familiar

Utente tem 4 irmãs sendo ela a mais nova. Tem vários sobrinhos. Reside numa habitação própria sozinha. Sem cuidador informal. A habitação apresenta uns degraus de acesso à casa. Sem condições de momento para voltar à sua habitação, pelo que aguarda resposta da RNCC.

### Parâmetros Vitais

Data	TA(mmHg)	FC (bt/min)	Sat.O2 (%)	T (°)	Dor (VAS)
01/06	122/81	88	97%	36,9º	0

### Consciência

**Escala de coma Glasgow:** 15

### Comunicação

Utente pouco comunicativa;  
Sem alterações da linguagem

### Respiração

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

**Tipo de ventilação:** Espontânea

**Padrão respiratório:** Média amplitude, simétrica e rítmica. Sem sinais e sintoma de dificuldade respiratória em repouso. Dispneia a esforços moderados.

**Tosse:** Sem tosse

**Secreções:** Sem secreções

**Oxigenoterapia:** Sem oxigenoterapia  
SARS-COV positiva durante o internamento

---

### **Circulação**

**Perfusão dos tecidos:** Sem alterações

**Temperatura:** Sem alterações da temperatura nos 4 membros

**Coloração:** Pele e mucosas rosadas

**Sensibilidade:** Sensibilidade mantida

**Pulsos periféricos:** pulso radial palpável, Membros inferiores com dificuldade na palpação do pedioso e impossível no pedioso do membro inferior esquerdo por penso cirúrgico.

---

### **Nutrição**

**Modo de alimentação:** Oral

**Estado nutricional:** Obesidade mórbida

**Próteses dentárias:** Não

---

### **Deglutição**

Não comprometida

---

### **Eliminação**

**Hábitos urinários:**

**Alterações urinárias:**

**Dispositivos urinários:** Algaliada

**Hábitos intestinais:**

**Alterações intestinais:** Tendência para a obstipação

**Data da última dejeção:**

---

### **Movimento corporal**

**Índice Força Muscular (Escala Medical Council Research):**

Cabeça e pescoço:5

MSD:4                      MSE:4

MID:3                      MIE:3

**Escala de Ashworth modificada por membro:**

MSD:0                      MSE:0

MID:0                      MIE:0

---

### **Equilíbrio**

Sentado estático: Bom

Sentado dinâmico: Razoável

Em pé estático: Deficiente

Em pé dinâmico: Deficiente

Índice Tinetti (Equilíbrio): 8 (16)

A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

#### **Risco de queda**

---

Escala de Morse: 75 ( $\geq 51$ ) Alto risco de queda

#### **Autocuidado**

---

**Escala de Barthel:** 35 (21-60) Dependência grave

**MIF (Medida de Independência Funcional):**57 (19-60 pontos) Dependência com assistência até 50% da tarefa

#### **Tegumento**

---

Ferida cirúrgica membro inferior esquerdo

Risco de maceração pela presença de pregas cutâneas

Escala de Braden: 19 (23)

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, so para a independência funcional

### 3. PLANO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
01/06	<b>Movimento muscular</b> comprometido em grau moderado a nível dos membros inferiores (considera-se grau moderado força muscular grau 3 na Escala Medical Research Council);	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar força através da escala Medical Research Council;</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido em todos os segmentos de acordo com o plano (tabela 2)</li> <li>- Incentivar a pessoa a executar a técnica de exercício muscular e articular.</li> </ul>	<p>01/06- Não foram realizadas mobilizações da tibi-otársica esquerda por dor à mobilização.</p> <p>03/06 - De acordo com a tolerância da doente ajusta-se o número de repetições e a intensidade resistência (tabela 2)</p> <p>09/06 – Força muscular melhorada nos membros inferiores de grau 4 (escala Medical Research Council). Tolerância ao esforço melhorada;</p>
09/06	<b>Movimento muscular</b> comprometido em grau leve a nível dos membros inferiores (considera-se grau leve força muscular grau 4 na Escala Medical Research Council);	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar força através da escala Medical Research Council;</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido em todos os segmentos (mobilizações ativas assistidas de todos os segmentos em todos os planos e conforme a tolerância à dor e amplitudes articulares);</li> <li>- Incentivar a pessoa a executar a técnica de exercício muscular e articular.</li> </ul>	
01/06	<b>Movimento muscular</b> comprometido em grau leve a nível dos segmentos dos membros superiores (considera-se grau leve força muscular grau 4 na Escala Medical Research Council);	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar força através da escala Medical Research Council;</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido com a utilização de bandas elásticas, conforme a tolerância à dor e amplitudes articulares (tabela 2);</li> </ul>	03/06 - De acordo com a tolerância da doente ajusta-se o número de repetições e a intensidade resistência (tabela 2)

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, so para a independência funcional

			07/06 – Força muscular grau 5 nos membros superiores; mantidos exercícios musculares e articulares ativo resistido nos membros superiores com a utilização de bandas elásticas para fortalecimento muscular (tabela 2); 09/08 – Tolerância ao esforço melhorada
01/07	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar aprendizagem de capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular que a doente possa executar autonomamente: Executar 2x por dia, nos dias em que não existe intervenção do EEER, exercícios isométricos abdominais, glúteos e quadríceps (duas séries de 5).	03/06 - Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular melhorado;
01/06	Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;	03/06 - Capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular melhorada; refere ter realizado os exercícios isométricos como acordado; demonstra aprendizagem dos exercícios isométricos e conseguindo executá-los autonomamente.
01/06	<b>Equilíbrio corporal</b> comprometido em grau moderado (entende-se por grau moderado a pessoa que apresenta equilíbrio em pé instável)	- Monitorizar equilíbrio corporal (através do índice de Tinetti); - Vigiar equilíbrio corporal (estático e dinâmico sentado/de pé); - Atender continuamente no equilíbrio corporal (correção postural e oscilação do tronco);	01/06 - Índice de Tinetti (equilíbrio) 7 (16) 07/06 – Índice de Tinetti (equilíbrio) 8 (16)

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, so para a independência funcional

		- Executar técnica do treino de equilíbrio (colocar os joelhos da pessoa fletidos em ângulo reto, alinhados, mantendo os pés no chão com correção postural imprimir desequilíbrios, impulsionando e apoiando ao nível dos ombros).	
01/06	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de <b>equilíbrio corporal</b>	- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal [correção postural, equilíbrio estático e dinâmico sentado]; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural;	03/06 Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal melhorado
01/06	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de <b>equilíbrio corporal</b>	- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco); - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal; - Treinar técnica de equilíbrio corporal.	03/06 Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal melhorada
01/06	<b>Andar com auxiliar de marcha</b> comprometido	-Executar treino de marcha com auxiliar de marcha; carga parcial com o membro inferior esquerdo;	01/06 – Marcha conseguida com muito esforço, apenas uns passos; 03/06 – Distância melhorada (+/- 3 metros) com muito esforço da doente; 07/06 – Distância melhorada (+/- 6 metros) observando-se melhor tolerância ao esforço; 09/06- Treino de marcha comprometido por dor no pé esquerdo quando faz carga parcial;
01/06	Potencial para melhorar conhecimento sobre <b>andar com auxiliar de marcha</b>	-Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho); -Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho);	03/06 – Doente mostra conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho).

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, so para a independência funcional

01/06	Potencial para melhorar capacidade para <b>andar com auxiliar de marcha</b>	-Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho); -Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho); -Treinar a andar com auxiliar de marcha (andarilho);	03/06 – Doente demonstra capacidade na aprendizagem com motivação e reatividade; limitações físicas como a obesidade mórbida, a diminuição da força muscular e a intolerância ao esforço limitam a sua progressão.
01/06	<b>Pôr-se de pé</b> comprometido	- Avaliar pessoa a pôr-se e pé; - Incentivar a pôr-se de pé; - Orientar para pôr-se de pé; - Executar treino para pôr-se de pé;	07/06 - Consegue passar da posição de deitada a sentada com ajuda de equipamento (barras laterais da cama);
01/06	Potencial para melhorar conhecimento sobre <b>pôr-se de pé</b>	- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se e pé;	03/06 – Conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé melhorado;
01/06	Potencial para melhorar capacidade para <b>pôr-se de pé</b>	- Avaliar capacidade de executar pôr-se de pé; - Instruir sobre técnica de adaptação pôr-se de pé; - Treinar sobre técnica de pôr-se de pé;	07/06 – Capacidade para pôr-se de pé melhorada;
01/07	Dependente no <b>autocuidado: higiene</b> , em grau elevado (entende-se por grau elevado a pessoa que apresenta de acordo com a MIF = 2 no item banho)	- Monitorizar autocuidado: higiene (através da MIF); - Assistir no banho no leito metade inferior do corpo; - Incentivar a participação da pessoa no autocuidado: higiene.	

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, so para a independência funcional

01/07	Dependente no <b>autocuidado: vestuário</b> metade inferior em grau elevado (entende-se por grau elevado a pessoa que apresenta de acordo com a MIF=1 no item vestuário metade inferior)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir vestuário;</li> <li>- Assistir no vestuário;</li> <li>- Incentivar a participação no autocuidado: vestuário.</li> </ul>	03/06- Sem peças de vestuário que sirvam na metade inferior o que condiciona o seu treino; 07/06 – MIF=2 no item vestuário metade inferior
01/07	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para o <b>autocuidado: vestuário</b> (metade inferior)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento sobre o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário;</li> <li>- Incentivar para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário;</li> <li>- Ensinar para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário;</li> <li>- Validar conhecimento sobre autocuidado: vestuário.</li> </ul>	Conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade inferior) melhorado;
01/07	Potencial para melhor capacidade para usar técnica de adaptação para o <b>autocuidado: vestuário</b> (metade inferior)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade inferior)</li> <li>- Instruir sobre o uso de técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade inferior);</li> <li>- Treinar uso de técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade superior).</li> </ul>	Capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (metade inferior) melhorada contudo existe a dificuldade de não ter roupa da sua medida; 07/06 – MIF=2 no item vestuário metade inferior
01/06	<b>Intolerância à atividade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a intolerância à atividade (escala de Borg modificada; antes e após a sessão de reabilitação;</li> <li>- Avaliação dos sinais vitais antes e após sessão de reabilitação;</li> <li>- Supervisionar resposta ao exercício;</li> <li>- Gerir atividade física;</li> <li>- Planear atividade física;</li> <li>- Ensinar e Treinar técnica de conservação de energia;</li> </ul>	01/07 - Escala de Borg modificada 0 antes da sessão e de 6 após a sessão; 03/06 - Escala de Borg modificada de 0 antes da sessão e 5 após a sessão; 07/06- Escala de Borg modificada de 0 antes da sessão e 6 após; visivelmente menos cansada durante a

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, so para a independência funcional

			sessão mesmo com progressão da sua intensidade. 09/06 - Escala de Borg modificada de 0 antes e 4 após sessão.
01/06	<b>Dor</b> joelho esquerdo	- Monitorização da escala numérica da Dor; - Comunicação com o equipa pluridisciplinar para gestão da medicação; - Evitar mobilizações que despoletem a dor;	01/06 – Dor no joelho esquerdo à mobilização (sem dor em repouso) tendo-se evitado mobilizações que possam provocar a dor;
01/06	<b>Dor</b> pé esquerdo	- Monitorização da escala numérica da Dor; - Comunicação com o equipa pluridisciplinar para gestão da medicação; - Evitar mobilizações que despoletem a dor;	01/06 – Dor pé esquerdo à mobilização (sem dor em repouso) tendo-se evitado mobilizações que possam provocar a dor; andar com auxiliar de marcha sem carga total.
01/06	Risco de <b>queda</b> (escala de Morse=75 Alto risco $\geq$ 51 pontos)	- Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse; - Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação; - Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para o doente; - Orientar o doente quanto aos riscos e prevenção de quedas;	09/06 – Não se observaram quedas durante o período de intervenção
01/06	Risco de <b>úlceras de pressão</b> (escala de Braden=19 – Baixo risco)	- Monitorização do risco de úlcera de pressão utilizando a escala de Braden; - Vigilância de potenciais zonas de pressão.	09/06 – Não se observou incidência de úlceras de pressão durante o período de intervenção


Tabela nº 1 – Plano de cuidados

a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, so para a independência funcional

#### 4. ESQUEMATIZAÇÃO DO PLANO DE SESSÃO

Foram esquematizados os exercícios realizados com o principal enfoque na melhoria do movimento muscular, fortalecimento muscular e melhoria da tolerância ao esforço. Foi realizada a sua prescrição tendo em conta que deverá ter uma fase de aquecimento, de intensidade ligeira com exercícios aeróbios, seguindo-se a fase do condicionamento, uma fase de recuperação e arrefecimento e por fim alongamentos dos grandes músculos.

		01/06 (2 sessões por dia de manhã e à tarde)	03/06 (2 sessões por dia de manhã e à tarde)	07/06 (2 sessões por dia de manhã e à tarde)	09/06 (2 sessões por dia de manhã e à tarde)
<b>Aquecimento</b>			X	X	X
<b>Movimentos musculares (MM) membros superiores</b>		MM ativos-resistidos com banda elástica de média resistência (1 série de 10 repetições)	MM ativos-resistidos com banda elástica de média resistência (1 série de 10 repetições)	MM ativos-resistidos com banda elástica de média resistência (1 série de 15 repetições)	MM ativos-resistidos com banda elástica de alta resistência (1 série de 10 repetições)
<b>Movimentos musculares (MM) membros inferiores</b>		MM ativos-assistidos (1 série de 10 repetições)	MM ativos-assistidos (1 série de 10 repetições)	MM ativos-assistidos (1 série de 15 repetições)	MM ativos-resistidos (1 série de 10 repetições)
<b>Exercícios isométricos</b>	<b>Abdómen</b>	Contração 5s de 2 séries de 3 repetições	Contração 5s de 2 séries de 5 repetições	Contração 5s de 2 séries de 5 repetições	Contração 5s de 2 séries de 5 repetições
	<b>Glúteos</b>	Contração 5s de 2 séries de 3 repetições	Contração 5s de 2 séries de 5 repetições	Contração 5s de 2 séries de 5 repetições	Contração 5s de 2 séries de 5 repetições
	<b>Quadrícipites</b>			Contração 5s de 2 séries de 5 repetições	Contração 5s de 2 séries de 10 repetições
<b>Levantar/sentar</b>		1x	1x	2x	3x
<b>Andar com andarilho</b>		1m		3m	



a com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
so para a independência funcional

---

## 4 NOTA FINAL

Tendo em conta as limitações físicas da utente podemos aferir que a que mais condiciona a sua independência funcional neste momento é o seu peso. A sua constituição física foi sem dúvida um desafio na hora de programar um plano de reabilitação individualizado. Não existem disponíveis no serviço estruturas físicas adaptadas à sua estatura, onde a utente pudesse estar sentada ou mesmo ir ao sanitário numa cadeira higiénica o que acabou por limitar o plano de reabilitação.

Foi elaborado um plano de reabilitação adaptado às limitações da utente e indo de encontro aos seus objetivos. O principal objetivo foi a melhoria da força e tónus muscular, melhoria do equilíbrio e melhoria à intolerância à atividade. À medida que estes objetivos foram sendo alcançados conseguiu progredir em atividades como pôr-se de pé e andar com auxiliar de marcha.


As sessões de enfermagem de reabilitação foram realizadas duas vezes por semana, duas sessões por dia, durante duas semanas. Não foi continuado plano de reabilitação por transferência da doente para RNCC.

Desde a minha primeira abordagem a utente mostrou-se motivada com adesão ao regime de reabilitação, tendo sido um fator indispensável para os resultados alcançados. Fica a esperança que o plano de reabilitação da utente tenha continuidade para que se continue a ter resultados que permitam a melhoria da qualidade de vida e a sua reintegração na comunidade.

A elaboração deste plano de cuidados foi sem dúvida mais um momento de aprendizagem no Ensino Clínico I, cumprindo o seu principal objetivo académico.

## BIBLIOGRAFIA

- Ordem Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. 1-60. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Apóstolo, J., L., A. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Hoeman, S. P. (2008/2011). Rehabilitation Nursing [Enfermagem de Reabilitação]. Lusodidacta.
- Sir Graham Teasdale (2015). Escala de coma de Glasgow. Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. [www.glasgowcomasacale.org](http://www.glasgowcomasacale.org)
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema músculoesquelético. In Olga Ribeiro (Ed.), Enfermagem de reabilitação conceções e práticas (1 ed., p. 281-328). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Ministério da Saúde (2011). Orientação nº17/ de 19/05/2011. Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). Norma nº054/2011 de 27/12/2011. Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2019). Norma nº 008/2019 de 09/12/2019. Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. Direção-Geral da Saúde.
- Novo, A., Delgado, B., Gaspar, L., Loureiro, M., Cunha, M., Garcia, S., Vaz, S. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa com doença crónica: especificidades do exercício físico. In Olga Ribeiro (Ed.), Enfermagem de reabilitação conceções e práticas (1 ed., p. 281-328). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boas práticas. Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.



A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional

---

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolha-DadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolha-DadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)