



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NO
CUIDADOR INFORMAL: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**PREVENTION OF MUSCULOSKELETAL INJURIES IN
THE INFORMAL CAREGIVER: THE INTERVENTIONS OF
THE SPECIALIST NURSE IN REHABILITATION NURSING**

Joana dos Santos Afonso

Almada

2024



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS
NO CUIDADOR INFORMAL: INTERVENÇÕES DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

**PREVENTION OF MUSCULOSKELETAL INJURIES IN
THE INFORMAL CAREGIVER: THE INTERVENTIONS OF
THE SPECIALIST NURSE IN REHABILITATION NURSING**

Joana dos Santos Afonso

Orientador: Mestre Noélia Ferreira

Almada

2024

"Nós estamos além do debate se a enfermagem é ciência ou arte. O nosso compromisso é fazer a diferença!"

(Meleis, 1997)

DEDICATÓRIA

Dedicado a todos que caminham ao meu lado e aos que, mesmo partindo,
deixaram um legado de inspiração que nunca será esquecido.

AGRADECIMENTOS

Esta secção é dedicada a todos os que contribuíram para que este projeto fosse realizado.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Noélia Ferreira pela forma cordial e disponível como orientou este trabalho. Segundo lugar ao Professor Doutor Júlio Belo Fernandes pelo incentivo à procura de mais conhecimento em enfermagem de reabilitação.

Aos senhores enfermeiros orientadores, agradeço o apoio, a partilha de conhecimento e as valiosas contribuições para este trabalho. Acima de tudo, obrigado por me acompanharem nesta jornada e, por estimularem o meu interesse pelo conhecimento na área da enfermagem de reabilitação.

O meu profundo e sentido agradecimento a todos os doentes e cuidadores informais com quem intervimos, pois sem estes o percurso não teria sido possível.

Agradeço a todos os amigos que me apoiaram nas horas difíceis, em especial à Ana Rita Castro, Raquel Figueiredo, Ana Paula Barros, Carla Mascarenhas, Neuza Santos e Corália Pinto.

Às minhas amigas e colegas Joana Teodoro e Júlia Saraiva, agradeço o apoio, o companheirismo e amizade nesta jornada académica intensa de mestrado.

Aos meus pais Fernanda e Joaquim Afonso, agradeço o apoio, dedicação e a liberdade que me permitiu sempre arriscar e ir além.

E por fim, mas não menos importantes, agradeço aos meus avós Narcisa Esteves, Maria Gonçalves, Luís Afonso e António Gomes, que são a razão e propósito de tudo que faço.

A todos vós os meus mais sinceros agradecimentos.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

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

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVD - Atividades de Vida Diária
CDE - Código Deontológico do Enfermeiro
EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
IMC - Índice de Massa Corporal
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
LME - Lesões Musculoesqueléticas
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
Sra.- Senhora
VNI – Ventilação Não Invasiva
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UE - União Europeia



RESUMO

O presente relatório de estágio foi redigido com a temática “Prevenção de Lesões musculoesqueléticas no cuidador informal: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação”, problemática e intervenção de cada vez mais relevância tendo em conta o envelhecimento crescente da população e conseqüentemente o aumento do número de cuidadores informais que necessitam de capacitação de modo a dar resposta em contexto domiciliário da forma mais correta e ergonómica possível.

Os dois objetivos gerais deste relatório de estágio incidem sobre “Desenvolver as competências profissionais de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nas áreas da função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, e sexualidade, e Desenvolver as competências profissionais de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que previnam as LME no cuidador informal.

Nos mais distintos contextos de estágio diversas foram as oportunidades em que foi possível verificar a necessidade do cuidador informal se adaptar à sua nova condição e urgência em instruir e capacitar o mesmo para o pós-alta ou uma recém-chegada a casa. Tanto em contexto intra-hospitalar como em realidade comunitária a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação foi preponderante no processo de transição e prestação segura de cuidados à pessoa familiar em situação de dependência. Através da aplicação dos princípios de ergonomia e mecânica corporal na prática, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação potencia o conhecimento e maximiza a força e o movimento dos cuidadores informais, contribuindo assim para uma prestação de cuidados diretos eficaz e segura.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Prevenção; Lesões Musculoesqueléticas; Cuidadores Informais



ABSTRACT

The present internship report was drafted with the theme "Prevention of Musculoskeletal Injuries in Informal Caregivers: Intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing", an issue and intervention of increasing relevance considering the growing aging population and consequently the rise in the number of informal caregivers who require adequate training to respond correctly and ergonomically in a home setting. The two general objectives of this internship report focus on "Developing the professional intervention skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the areas of cardiac, respiratory, motor, sensory, and cognitive function, nutrition, bladder and bowel elimination, and sexuality, and Developing the professional intervention skills of the SNRN to prevent musculoskeletal injuries in informal caregivers. In various clinical teaching contexts, there were numerous opportunities to observe the need for caregivers to adapt to their new condition and the urgency to instruct and train them for post-discharge or newly arrived home care. Both in intra-hospital and community settings, the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing was crucial in the transition process and the safe provision of care to dependent family members. Through the application of ergonomics and body mechanics principles in practice, the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing enhances knowledge and maximizes the strength and movement of caregivers, thus contributing to effective and safe direct care provision.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Prevention; Musculoskeletal Injuries; Informal Caregivers



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. ENVELHECIMENTO	18
1.2. CARATERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE.....	19
1.3. CARATERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL.....	20
1.4. LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS	21
1.5. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS	22
2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS	24
3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DE ATIVIDADES	28
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA..	28
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	28
3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	33
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	37
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	39
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	41
3.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	42
3.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....	48
3.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvimento as capacidades da pessoa	52
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICES	



Apêndice 1: Projeto de Estágio

Apêndice 2: Referencial Enfermagem de Reabilitação - Teoria das Transições

Apêndice 3: Formação sobre Prevenção de LME

Apêndice 4: Formação sobre Ginástica Laboral

Apêndice 5: Poster Prevenção das LME

Apêndice 6: Poster Ginástica Laboral

Apêndice 7: Folheto de Prevenção das LME e Ginástica Laboral

Apêndice 8: Plataforma Digital de Escalas de Avaliação do EEER.

Apêndice 9: Sessão de Promoção Saúde Pulmonar

Apêndice 10: Folheto Cuidados a ter com a Saúde Pulmonar

Apêndice 11: Folheto de Administração de Broncodilatadores

Apêndice 12: Folheto Informativo sobre VNI

Apêndice 13: Folheto Informativo sobre Traqueostomia

Apêndice 14: Poster de Prevenção de Quedas- Segurança no Domicílio

Apêndice 15: Poster sobre prevenção de LME princípios de ergonomia e mecânica corporal.

Apêndice 16: Poster de Promoção de Ginástica Laboral

Apêndice 17: Website Peso das Mochilas

Apêndice 18: Jogo Quantos Queres

Apêndice 19: Folhetos coloridos de sensibilização dos pais

Apêndice 20: Poster sobre Profilaxia do Tromboembolismo Venoso em Cirurgia Ortopédica

Apêndice 21: Jornadas Científicas Poster

Apêndice 22: Jornadas Científicas Poster Error! Bookmark not defined.

Apêndice 23: Formação de Prevenção de Quedas Error! Bookmark not defined.

ANEXOS.....105

Anexo 1- Certificado de Participação nas Jornadas UCC como Preletora. 106

Anexo 2- Certificado de Participação nas Jornadas UCC como Preletora. 108

Anexo 3- Certificado de Participação nas III Jornadas de Enfermagem como Preletora. 114

Anexo 4- Certificado de Participação nas III Jornadas de Enfermagem como Comissão Organizadora. 116

Anexo 5- Certificado de Participação nas III Jornadas de Enfermagem..... 120

Anexo 6: Certificado de Participação no Digital Health Summit . 118

Anexo 7: Participação Poster Prevenção das LME em Saúde Ginástica Laboral Programa Reabilitar Quem Cuida 1.º Webinar e Encontro Digital..... 110

Anexo 8: Participação Poster Prevenção das Lesões Musculoesquéticas – Enfermagem de Reabilitação: Princípios de Ergonomia 1.º Webinar e Encontro Digital..... 112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Referencial Teórico de Afaf Meleis in Grandes Teorias de Enfermagem
.....25

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi realizado o presente relatório intitulado Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas (LME) no Cuidador Informal: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O relatório constitui-se como componente de avaliação da unidade curricular de Estágio e relatório, que tem como objetivo descrever e analisar as competências desenvolvidas durante o estágio, relacionando-as com os descritores de Dublin para o 2º. Ciclo de ensino para a obtenção do grau de mestre, em articulação com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a atribuição do título profissional de EEER.

O relatório é um elemento de avaliação curricular que tem o intuito de descrever a área de interesse que o estudante desenvolveu durante o estágio, bem como a sua relevância. Além disso, visa abordar a intervenção do EEER, de forma a minimizar a problemática em estudo. Durante o relatório, será apresentada a teoria que sustentou a intervenção, com o propósito de desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para providenciar cuidados de enfermagem especializados na área de Reabilitação.

A competência é, assim, o resultado da soma de um todo (saber-se, saber-fazer e saber-saber), nas quais se encontram o conhecimento, a habilidade, a aptidão (mentais, físicas e intelectuais) e a atitude. Os conhecimentos e a formação contínua assumem um papel muito importante na competência do enfermeiro, uma vez que constituem a base a partir da qual se desenvolve o saber-fazer, ou seja, as competências, sendo as mesmas desenvolvidas e treinadas diariamente e condicionadas com a transferência dos conhecimentos para a prática clínica (Hakvoort et al., 2022).

O avanço do conhecimento, aliado à crescente complexidade dos cuidados de saúde, impulsionou a necessidade de uma formação diferenciada e especializada no âmbito dos cuidados de saúde e da Enfermagem. Neste contexto, a formação especializada em Enfermagem desempenha um papel estratégico na qualificação dos recursos humanos, visando a otimização e racionalização dos cuidados de saúde. Isto é fundamentado na adaptação do perfil de competências dos profissionais às exigências e desafios do sistema de saúde português. Especificamente, a formação especializada em enfermagem de reabilitação assume uma importância particular, uma vez que promove a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências essenciais para enfrentar os principais desafios em saúde na contemporaneidade (Padilha et al., 2021).

O tema escolhido para desenvolvimento do projeto de estágio (Apêndice 1) foi a prevenção das LME no cuidador informal, que envolve alterações da independência no autocuidado em contexto domiciliário e capacitação da pessoa e/ou cuidador informal, áreas de intervenção muito prioritárias/ prioritárias para a enfermagem de reabilitação (OE, 2015). A relevância da temática abordada prende-se com a escassez de literatura sobre as repercussões do cuidado informal contínuo/sobrecarga não só na saúde mental mas também na saúde física, em concreto na origem das LME que podem ser desencadeadas por características individuais e/ou ambientais e as necessidades crescentes de uma população cada vez mais dependente (Vega-Vélez et al., 2021). Além disso, o tema vai ao encontro das preferências pessoais de aprofundar mais conhecimentos sobre a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal.

O aumento da esperança média de vida da população, bem como o aumento das doenças crónicas, tem vindo a ter um impacto significativo nos sistemas de saúde a nível global (Comissão Europeia, 2008; Organização Mundial de Saúde, 2022; PORDATA, 2020).

Como resultado, é possível verificar um aumento significativo no número de pessoas que necessitam de cuidados prestados em casa, tendo os cuidadores informais um papel crucial na prestação desses (Eurostat, 2021; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2023). No entanto, é importante salientar que a prestação de cuidados pelos cuidadores informais pode resultar numa sobrecarga objetiva, com consequências físicas e psicológicas adversas (McGilton et al., 2018). Entre essas consequências, destaca-se a prevalência de LME, que podem afetar significativamente não só a qualidade dos cuidados prestados às pessoas cuidadas como também a qualidade de vida dos próprios cuidadores informais (Swartz & Collins, 2019; (Viegas, 2020);

As LME definem-se como qualquer dano em estruturas como: os ossos, músculos, ligamentos, nervos ou tendões que inevitavelmente resultam em dor. Esta dor é geralmente distribuída pelo corpo, porém mais evidente na coluna, mãos e pulsos devido ao seu elevado nível de utilização e exposição (Stefanou et al., 2022).

Elevadas taxas de prevalência de sintomatologia algica sentida por profissionais de saúde (exemplo: enfermeiros) associadas à prestação de cuidados contínua, leva-nos a concluir que pela semelhança de alguns cuidados prestados os cuidadores informais também estes padecem de queixas e conseqüentemente de LME comuns. Literatura recente revela que a sintomatologia algica mais comum entre os cuidadores formais ou informais incide na região lombar (53%), a região dorsal (12%), região cervical (15%), ombro direito (10%) e no punho direito (5%)(Kulkarni et al., 2021).

O acumular de tarefas coloca o cuidador informal em risco de sobrecarga física devido ao elevado número de horas por dia envolvidas na mobilização e prestação de

cuidados, conseqüentemente originando lesões músculo-esqueléticas nos punhos/mãos, lombar, ancas/coxas causadas por movimentos repetitivos, posturas incorretas e aplicação de força desadequada (Matos & Araújo, 2021).

O cuidador principal está diretamente envolvido na satisfação das atividades de vida diária (AVD) da pessoa com dependência na transferência, higiene e a alimentação, podendo delegar a outros como por exemplo: cuidadores secundários ou profissionais de saúde (OE, 2013; Kuznecovienè et al., 2022). Contudo os cuidadores informais estão suscetíveis a solicitações biomecânicas e fisiológicas que excedem as suas capacidades funcionais o que não permite um período de recuperação adequado devido à elevada atividade física em esforço (Poh, 2022). Cuidar de pessoas é considerada uma atividade de risco, por estar associada a uma elevada prevalência de queixas álgicas musculoesqueléticas.

A enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental na prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores informais, através da implementação de estratégias preventivas baseadas nos princípios de mecânica corporal e ergonomia. É necessário que os enfermeiros estejam constantemente atualizados e conscientes destes princípios, para que possam melhor aconselhar os cuidadores informais sobre qual a forma mais correta e adequada de realizar as atividades de cuidado, reduzir o risco de lesões e antever acidentes (OE, 2013; Matos & Araújo, 2021).

Para além disso, o EEER pode realizar avaliações das condições do ambiente durante o desempenho das atividades de cuidado, identificando potenciais riscos ergonómicos e implementando propostas de soluções para reduzir a prevalência e gravidade das LME (Matos & Araújo, 2021; Powell-Cope et al., 2022).

O EEER distingue-se no âmbito profissional pelo seu conhecimento e capacidade diferenciados, permitindo-lhe decidir sobre a promoção da saúde, a prevenção de complicações adicionais, o tratamento e a reabilitação, realçando assim o potencial da pessoa cuidada (Regulamento n.º 392/2019).

Neste sentido, no decorrer do estágio foram delineados dois objetivos gerais, “Desenvolver as competências de intervenção do EEER nas áreas da função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, e sexualidade, e Desenvolver as competências de intervenção do EEER que previnem as LME no cuidador informal”.

Manter a independência funcional das pessoas, melhorar a sua capacidade funcional e proporcionar melhor qualidade de vida são objetivos da enfermagem de reabilitação (Regulamento n. 392/2019). A intervenção do EEER com a pessoa e na família poderá

contribuir para dar resposta às necessidades dos cuidadores, tendo como referência o modelo teórico: Teoria das Transições de Afaf Meleis (Apêndice 2).

O estágio foi realizado no período de 15 de maio a 28 de julho de 2023 e de 11 de setembro a 14 de janeiro de 2024, em 4 contextos de prática clínica, nomeadamente Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) - Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), hospital Serviço de Ortopedia e Medicina Física e Reabilitação e por fim UCC projeto de intervenção escolar.

O relatório de estágio estrutura-se iniciando com uma introdução, seguida do enquadramento teórico que justifica a seleção do tema e explora os principais contextos, relacionando as intervenções do EEER com a teoria de enfermagem que fundamenta a intervenção em análise. De seguida, baseando-se nos objetivos previamente estabelecidos, procede-se à descrição, análise e reflexão das atividades efetuadas durante o estágio, examinando a sua influência no desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e do EEER. Posteriormente, apresenta-se uma avaliação da jornada de aprendizagem e das contribuições pessoais e profissionais. Em sequência, encontra-se a conclusão do relatório, que contempla as reflexões finais e uma avaliação do trajeto percorrido. Para finalizar, mencionam-se as referências bibliográficas que suportam o relatório de estágio, os apêndices que e os anexos que foram fundamentais para a concretização do estágio.

A elaboração do presente relatório de estágio está em conformidade com o acordo ortográfico da língua portuguesa e orientações da norma da American Psychological Association, 7ª Edição (American Psychological Association, 2019).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o propósito de aprofundar conhecimentos, existiu a necessidade de explorar temas que são fundamentais à adequação e desenvolvimento das intervenções do EEER na temática escolhida.

1.1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional é uma problemática global, por esse motivo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Comissão das Comunidades Europeias (CEE), alertaram as sociedades para os problemas do envelhecimento e definiam medidas para sustentar as políticas públicas para a resolução de tais problemas (OMS, 2015; CEE 2008).

Nas últimas décadas do século passado, registou-se um aumento ininterrupto do número de pessoas idosas que reconfigurou por completo as sociedades mais desenvolvidas, transformando-as em sociedades envelhecidas. O panorama demográfico, avaliado através do rácio entre idosos (65+) e jovens (até 15 anos), revela que: a queda da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida aliados a uma imigração em massa nas décadas de 1960 e 1970, são o motivo de um aumento exponencial da população portuguesa com mais de 65 anos. Este facto é comprovado com as projeções demográficas que demonstram inalteração no padrão atual, prevendo que três em cada dez residentes em Portugal terão 65 ou mais anos em 2050 (Eurostat, 2021; PORDATA, 2020).

Face ao panorama instituído, Portugal comprometeu-se com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia, que contemplam a promoção do envelhecimento ativo e saudável (Despacho n.º 1400-A/2015).

O envelhecimento faz parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver feliz e de forma saudável com autonomia possível, ao longo da vida (Direção-Geral de Saúde, 2006).

Portugal comprometeu-se a incentivar envelhecimento ativo e saudável, criando a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 que visa: promover a saúde e bem-estar das pessoas idosas, importância do envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida e implementação de políticas com abordagem holística na construção de uma sociedade para todas as faixas etárias incluindo também as famílias que cuidam (Despacho n.º 12427/2016, 2016). Contudo com a longevidade assiste-se a

um declínio da capacidade funcional, ou seja, perda da autonomia da pessoa para a realização de AVD que fazem parte do seu quotidiano (Oliveira et al., 2019; Waris et al., 2022).

1.2. CARATERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

É possível constatar o célere envelhecimento da população através de indicadores como o aumento da percentagem de pessoas de idade avançada, o índice de dependência dos idosos e a idade média da população (OMS, 2022).

Os dados estatísticos revelam que Portugal, apresentou um agravamento do índice de envelhecimento em 42% na última década, ou seja, que por cada 182 idosos existiam 100 jovens e que projeções demográficas apontam para um aumento do índice de dependência nacional notável de 30% até ao ano 2050 (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2023).

As doenças crónicas, como problemas de saúde, persistem ao longo do tempo e exigem cuidados especializados, os quais se não forem geridos com sucesso tornam-se numa ameaça para a estrutura social e económica de um país.

A dependência consiste na *"situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária"* (Decreto-Lei n.º 101/2006, p.3857).

A capacidade funcional e a autonomia na realização das AVD são avaliadas através da análise do grau de independência da pessoa com doença crónica (Prince et al., 2021). O resultado desta observação traduz-se na classificação e atribuição de graus de dependência que podem variar entre reduzido a grave, sendo que em: grau reduzido - Existe a necessidade de supervisão/vigilância de terceiros; grau moderado - Necessidade de supervisão maior e apoio de terceiros; grau grave - Necessidade de ajuda permanente de terceiros (Tornero-Quiñones et al., 2020).

Para dar resposta às novas necessidades que advém da dependência, o EEER tem como uma das suas funções promover a autonomia, ajudar e/ou substituir a pessoa na situação de dependência bem como capacitar sempre que necessário a pessoa significativa/cuidador informal (Regulamento n.º 392/2019).

1.3. CARATERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Face ao aumento das necessidades de saúde das pessoas idosas, com o inevitável declínio da funcionalidade, obriga a que alguém de forma natural, ou não, assuma o cuidado, pelo que este ocorre essencialmente dentro da rede familiar, promovendo a solidariedade entre os membros familiares ou ao conflito entre os mesmos (Bárrios, 2017; McGilton et al., 2018).

A dinâmica criada na vida familiar pela emergência e urgência prestação de cuidados, ocorre a diferentes ritmos e com variabilidade no que se refere aos membros que constituem o grupo familiar. É um processo complexo que envolve os membros da família e exige também a participação ativa dos profissionais de saúde (Swartz & Collins, 2019).

Na esfera privada de cuidados na família, começa a surgir na literatura a referência à presença de um dos elementos que se destaca de entre os outros, no mesmo recai a responsabilidade de prestar cuidados a um familiar com dependência. Esta situação, que é resultado das dinâmicas familiares e agravada pela vertente económica, enfatiza a necessidade de cuidar do cuidador informal e da pessoa que recebe os cuidados (Smith et al., 2022).

Na sociedade portuguesa estima-se que existam cerca de 1.4 milhões de cuidadores informais. Um estudo realizado no âmbito nacional identificou que os cuidadores informais são na maioria são do sexo feminino (86%), com idades compreendidas entre os 45-64 (60%), que cuidam dos seus pais/sogros (51%), tem uma licenciatura (31%) e encontram-se a trabalhar a tempo inteiro (54%) (Movimento de Cuidar Cuidadores Informais, 2021).

Existem dois tipos de cuidadores informais: o cuidador informal principal e o cuidador informal não principal. O cuidador informal principal é aquele que acompanha e cuida da pessoa dependente de forma contínua, residindo com a mesma e não recebendo qualquer remuneração pela sua atividade ou pelos cuidados prestados. Por outro lado, o cuidador informal não principal é aquele que acompanha e cuida da pessoa dependente de forma regular, mas não permanente, podendo ou não receber remuneração pela sua atividade ou pelos cuidados prestados à pessoa dependente (Decreto-lei 100/2019).

A sobrecarga dos cuidadores informais trouxe consigo a necessidade de considerar a variabilidade individual, estabelecendo-se, assim, a noção de prestação de cuidados como um processo multifacetado, não apenas instrumental ou físico. Ao longo do tempo, verificou-se uma mudança no significado de ser cuidador informal, assim como na sua configuração e quais as repercussões que o seu desempenho pode produzir (Bijnsdorp et al., 2022).

1.4. LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

As LME referem-se a qualquer dano aos ossos, músculos, ligamentos, nervos ou tendões que resultam em dor. Esta dor pode ser geralmente distribuída pelo corpo, mas é muitas vezes sentida na coluna, mãos e pulsos devido ao seu elevado nível de utilização e exposição (Stefanou et al., 2022).

Elevadas taxas de prevalência de sintomatologia algica sentida por profissionais de saúde (exemplo: enfermeiros) associadas à prestação de cuidados contínua, leva-nos a concluir que pela semelhança de alguns cuidados prestados os cuidadores informais também estes padecem de queixas e consequentemente de LME comuns. Literatura recente revela que a sintomatologia algica mais comum entre os cuidadores formais ou informais incide na região lombar (53%), a região dorsal (12%), região cervical (15%), ombro direito (10%), punho direito (5%)(Kulkarni et al., 2021).

Os cuidadores informais estão suscetíveis a solicitações biomecânicas e fisiológicas que excedem as suas capacidades funcionais o que não permite um período recuperação adequado (Loo et al., 2022).

A acumulação de tarefas coloca o cuidador informal em risco de sobrecarga física devido ao elevado número de horas por dia envolvidas na mobilização e prestação de cuidados, consequentemente originando lesões músculo-esqueléticas nos punhos/mãos, região lombar, ancas/coxas causadas por movimentos repetitivos, posturas incorretas e aplicação de força desadequada (Matos & Araújo, 2021)

O cuidador principal está diretamente envolvido na satisfação das AVD da pessoa com dependência na transferência, higiene e a alimentação, podendo delegar a outros como por exemplo: cuidadores secundários ou profissionais de saúde (Kuznecoviené et al., 2022). No entanto, é ele que realiza a maior parte dos cuidados e sobre quem recai toda a responsabilidade pela prestação dos mesmos.

Cuidar de pessoas é considerada uma atividade de risco, por estar associada a uma elevada prevalência de queixas algicas músculo-esqueléticas. Ainda que escassa, a literatura recente demonstra que 80% dos cuidadores informais não possuíam algias antes de iniciar prestação de cuidados (Matos & Araújo, 2021).

Destacam-se ainda as relações significativas entre a prevalência das lesões em diferentes segmentos corporais e alguns fatores de risco como: hábitos tabágicos, idade, índice de massa corporal (IMC) e tempo de prestação de cuidados direta, são determinantes para a prevalência de lesões (Abate, 2013; Kulkarni et al., 2021).

1.5. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

O EEER "*concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas*" (Regulamento n.º 392/2019).

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

Os profissionais de saúde especializados constituem um grupo de excelência para a aplicação dos princípios da abordagem participativa da Ergonomia. Deter um conhecimento aprofundado na área da Ergonomia, é crucial no sentido, de dotar a sua prática de saberes específicos e no que diz respeito à prevenção das LME (Abdollahi et al., 2020). O EEER tem de avaliar as condições e o ambiente de desempenho das tarefas/atividades, a realização e a implementação de propostas de soluções que visem a redução dos riscos ergonómicos, reduzindo, a existência, frequência e/ou gravidade das lesões (Magalhães et al., 2021).

O principal objetivo prático da ergonomia é elevar a qualidade de vida do ser cuidador informal e, assim, aumentar o seu desempenho na assistência nas AVD, diminuindo a fadiga, evitando as doenças e os acidentes, tendo por consequência um melhor resultado qualitativo e quantitativo das tarefas realizadas (Pego & Nunes, 2018).

Para desenvolver esta ciência é necessário explorar as disciplinas da Anatomia, a Fisiologia, a Antropometria, a Biomecânica, a Gestão, a Economia, a Psicologia Cognitiva, entre outras. Os fatores de risco ergonómico merecem especial destaque, pois, ao contrário de outros tipos de riscos, estes estão quase sempre presentes em muitas das tarefas e atividades do dia-a-dia de cada pessoa (Fan et al., 2022).

Identificam-se cinco fatores de risco ergonómicos: posturas adotadas, esforço físico, movimentação de cargas, movimentos repetitivos e atividades monótonas. Relativamente às posturas adotadas e ao esforço físico, é importante compreender que a maior parte das atividades físicas e manuais obrigam à adoção de posturas inadequadas,

como a hiperflexão ou hiperextensão da coluna dorso-lombar; as sobrecargas musculares; e/ou a pressão sobre os nervos, plexos nervosos e cartilagens, entre outras (Xia et al., 2017). Princípios básicos de mecânica corporal permitem ao EEER contribuir para minimizar os efeitos da sobrecarga física, nomeadamente, na adoção de práticas seguras ao intervir na prevenção das lesões muscoesqueléticas relacionadas com as atividades que contenham fatores de risco ergonómicos anteriormente falados. A mecânica corporal contribui para movimentar corretamente as estruturas corporais, aumentar a eficácia e poupar energia (Douhal et al., 2024).

De modo a prevenir LME, EEER deve contribuir para a criação de um ambiente adequado que promova a eficiência, segurança e conforto dos indivíduos, famílias e comunidade em geral. Inserido numa intervenção multidisciplinar o EEER deve promover: A avaliação ergonómica eficaz; A observação/filmagem da atividade da pessoa durante a interação com os elementos de um sistema e posterior análise de comportamento; a adoção dos princípios básicos de mecânica corporal na movimentação manual de cargas; a limitação das cargas a transportar; A rotatividade de tarefas repetitivas, a gestão do tempo, a alteração de estilos de vida, através de sessões de educação para a saúde, alteração de hábitos de vida e a realização de sessões de ginástica através de planos de intervenção a curto e médio prazo para diminuir os níveis de exposição dos cuidadores informais a fatores de risco (Magalhães et al., 2021). A literatura descreve que os programas de reabilitação diminuem os níveis de sobrecarga do cuidador informal, bem como a percentagem de cuidadores informais que identificaram problemas nas regiões anatómicas avaliadas. Testemunhos de cuidadores informais referem que até beneficiarem dos programas de reabilitação não evitava esforços bruscos, nem a utilização dos músculos das costas e não executava exercícios de alongamento (Matos & Araújo, 2021).

Um conhecimento aprofundado na área da ergonomia, desempenha um papel central na prevenção das LME, pois permite a avaliação das condições e do ambiente de desempenho das atividades, o desenvolvimento de intervenção que previnam os riscos ergonómicos, reduzindo, deste modo, a existência, frequência e gravidade das lesões (Bronkhorst et al., 2018).

2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS

Assente sobre teorias de enfermagem implementadas com a finalidade de melhor analisar e interpretar a informação colhida sobre a pessoa cuidada e o conhecimento de enfermagem, a prática clínica, permite planejar e implementar os melhores cuidados de enfermagem (Roy, 2018).

A intervenção do enfermeiro deve priorizar a promoção do bem-estar tanto do cuidador informal quanto da pessoa dependente, concentrando-se na análise das experiências desses indivíduos e reconhecendo a significativa importância de capacitar o cuidador informal para promover os cuidados adequados à pessoa dependente (Martins et al., 2018) OE, 2001).

A Teoria das Transições foi concebida pela enfermeira Afaf Meleis na década de 1960. Afaf Meleis dedicou-se ao desenvolvimento desta teoria através da investigação sobre planeamento familiar e os seus processos associados, com foco nas intervenções que promovem as transições saudáveis e abordando também as transições não saudáveis. (Valentim, 2020).

É com base no referencial teórico de Afaf Meleis que EEER (Apêndice 2) identifica os problemas e as necessidades das pessoas, planeia, executa intervenções dirigidas para facilitar as transições. É por este meio que se sustentam os fenómenos de transição saúde-doença da pessoa dependente e transição do familiar para o papel de cuidador informal (Martins et al., 2018).

A transição é definida como uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro, sendo um processo desencadeado por uma mudança. Surge como conceito central de enfermagem, uma vez que, o propósito dos enfermeiros é facilitar os processos de transição das pessoas que cuidam ao longo ciclo vital, de forma a melhorar a sua saúde e bem-estar (Meleis, 2018).

A teoria sobre as experiências de transições proposta por Meleis (2018) constitui um conjunto de tipos de transição, padrões da transição, propriedades da transição, fatores pessoais e ambientais, padrões de resposta (indicadores de processo), indicadores de resultado e terapêuticas de enfermagem, representados na figura 1.

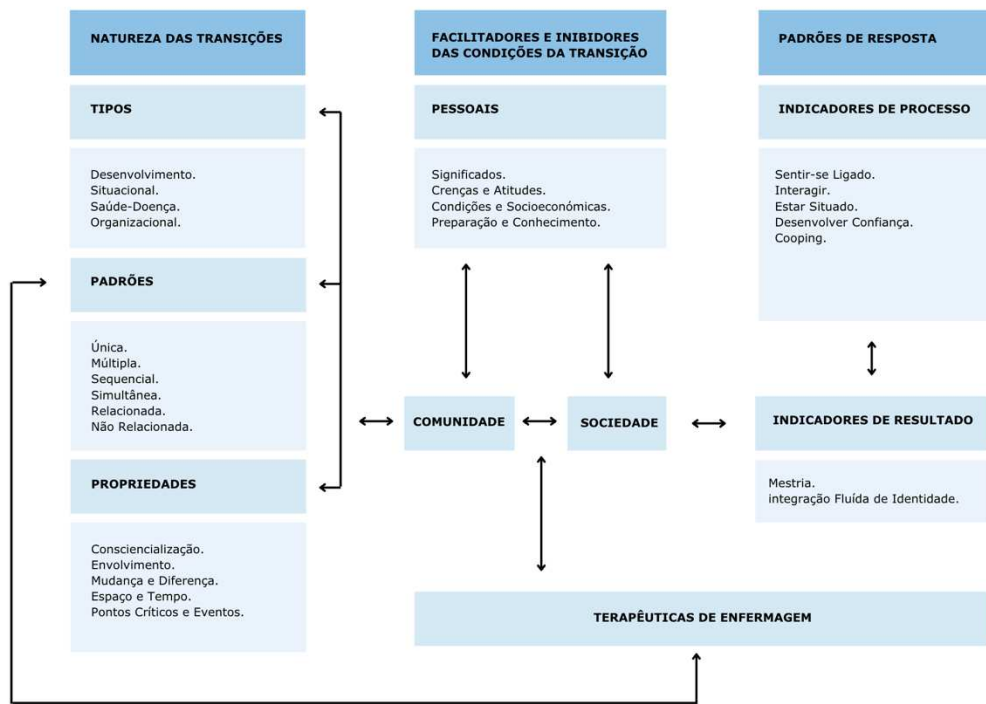


Figura 1. Teoria das Transições *in* Grandes Teorias de Enfermagem (Wills & McEwen, 2015).

No âmbito do referencial, (Meleis et al., 2000) refere que as transições podem ser de quatro tipos: desenvolvimento, situacionais, saúde-doença e organizacionais.

Transições de desenvolvimento- Fenómeno da transição da pessoa associado à dependência no autocuidado e o processo de envelhecimento.

Transições situacionais- Fenómeno de mudanças nos papéis/ padrões de comportamentos estabelecidos e aquisição de conhecimentos- como a transição para cuidador informal.

Transições saúde-doença- Pessoa deixa de ser autónoma na realização das atividades básicas do autocuidado pessoal e passa a depender de outros para a satisfação do seu autocuidado.

Transições organizacionais- transições de estados de saúde plena para situações de doença.

Quanto aos padrões podem ser: únicos, múltiplos, sequenciais, simultâneos, relacionados e não relacionados.

Caracterizadas como complexas e multidimensionais, as transições possuem diversas propriedades, frequentemente inter-relacionadas: a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a diferença, o período de tempo e eventos críticos.

Consciencialização: O reconhecimento e a aceitação da dependência no autocuidado é um processo de consciencialização e uma experiência individual para cada pessoa.

Envolvimento: Processo intrínseco à transição, em que a pessoa inicia o consumo de recursos próprios que levam à transição, como por exemplo, quando a pessoa com dependência no autocuidado começa a questionar o que deve aprender ou adquirir para chegar a uma determinada finalidade ou estado de saúde.

Mudança e diferença: Transições envolverem mudança, porém nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição.

Espaço de tempo: é considerado porque as transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo.

Pontos críticos e eventos: Nascimento, morte, diagnóstico da doença ou período imediato ao regresso a casa do familiar dependente (Meleis et al., 2000).

Nestes fatores incluem-se as condições pessoais, comunitárias e sociais. Os fatores pessoais e ambientais podem ser facilitadores ou inibidores das transições. Estes referem-se ao significado atribuído ao evento, podendo precipitar a transição e, deste modo, ser um fator facilitador ou inibidor da transição. Por outro lado, as crenças culturais e a atitude das pessoas dependentes do autocuidado e os seus cuidadores informais face à sua condição e aos produtos de apoio, podem condicionar as próprias transições (Meleis, 2017).

Preparação e o conhecimento: Antecipam e preparam a experiência da transição, agilizando a própria transição vivenciada pelos indivíduos.

Fatores associados à comunidade e sociedade dizem respeito aos recursos disponíveis, como o apoio e aconselhamento dos pares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde, os produtos de apoio, condições financeiras e os equipamentos sociais ou instituições de saúde (Meleis et al., 2000).

No âmbito dos padrões de resposta, emergem os indicadores de processo: sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e coping (Meleis, 2012).

Na interação, é importante que a pessoa dependente e os seus cuidadores informais em parceria com os profissionais de saúde, neste caso os EEER possam desenvolver confiança e mecanismos de coping. Estes refletem o grau de aproximação da experiência de transição com a qualidade de vida percebida pelos indivíduos, tais como, a mestria e a integração fluída da nova identidade.

Mestria: necessidade de desenvolver novos conhecimentos e comportamentos para gerir o processo de transição, tais como reconstrução da autonomia, tomar de decisões,

providenciar acesso aos recursos, capacidades instrumentais, trabalhar em colaboração com os profissionais de saúde e negociar com o sistema de saúde.

Integração fluida da identidade: Surge após a experiência da transição e a reformulação da identidade que permite a uma melhor adaptação das pessoas dependentes de novas competências e experiências culturais, económicas, sociais e políticas que proporciona melhores condições para que a experiência de transição seja saudável (Meleis, 2017). No entanto, a avaliação do momento em que a transição está completa é variável e depende do tipo de mudança ou do evento que dá início à transição, bem como, da natureza e os padrões da transição (Meleis, 2017).

As terapêuticas de enfermagem referem-se às ações implementadas pelos enfermeiros durante as experiências de transição, e os padrões de resposta constituem os resultados das transições. São um conjunto de intervenções realizadas pelo EEER que consistem na necessidade de antecipar o apoio necessário às famílias através da demonstração de disponibilidade profissional em tempo útil e sistematizado, promover a coesão familiar, promover a consciencialização do que mudou ou está a mudar dar um melhor sentido ao significado pessoal atribuído à aquisição de dependência (Meleis, 2017).

Quando a pessoa dependente experiencia uma transição do estado de saúde doença, existem alterações que podem gerar a passagem da independência no autocuidado para uma situação de dependência. Esta transição pode ser de instalação súbita e limitada no tempo ou de instalação gradual consoante o agente causal como as doenças crónicas, agudas, acidentes ou a diminuição das capacidades funcionais associadas ao envelhecimento. Enquanto, a pessoa dependente experiencia esta transição o cuidador informal também o cuidador informal vivencia uma transição de situação para membro prestador de cuidados (Meleis, 2012).

Contudo, para que os cuidados prestados pelos cuidadores informais sejam eficazes, os mesmos exigem conhecimentos e competências de enorme complexidade e intensidade (Meleis, 2018).

O EEER ao nortear a sua intervenção teoria das transições de Meleis, promove a aquisição de capacidades da pessoa com dependência funcional e contribui para uma transição saúde-doença saudável da pessoa após um acontecimento gerador de dependência no autocuidado, tornando os cuidadores informais mais competentes a gerir os novos desafios de saúde durante o ciclo vital (Sousa et al., 2020).

3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DE ATIVIDADES

Durante o período de estágio, tanto as competências comuns do enfermeiro especialista bem como as competências específicas do EEER delineadas pelos Regulamentos n.º 140/2019 e 392/2019 foram paulatinamente desenvolvidas através de atividades propostas. Com o intuito de enaltecer a prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação e de desenvolver as competências mencionadas, foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER nas áreas da função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, e sexualidade;
- Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER na prevenção das LME nos cuidadores informais.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

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

Estas competências exercem-se em quatro domínios distintos: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Com a finalidade de alcançar o desenvolvimento das competências neste domínio¹, estabeleceu-se como objetivo específico “*Otimizar a prática profissional baseada nos princípios éticos e deontologia profissional, normas legais e evidência científica, garantindo a melhor prática de cuidados de reabilitação*”.

¹ Neste domínio englobam-se as seguintes competências: A1- Desenvolve uma prática profissional baseada nos princípios éticos e deontologia profissional, normas legais e evidência científica, garantindo a melhor prática de cuidados de reabilitação; A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O enfermeiro especialista é um profissional detentor de direitos, mas, igualmente, de deveres e responsabilidades para com a comunidade e o indivíduo, enquanto ser único, e para com a própria profissão. Estes deveres são os alicerces da enfermagem e são fundamentais para a sua prática, constituindo um conjunto de normas deontológicas que definem as boas práticas caracterizadoras da profissão (OE, 2024).

Na base da realização destas atividades está a aplicação dos princípios implícitos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento das Competências Específicas do EEER.

A Deontologia é de extrema importância, sendo regulada e consagrada num documento de grande relevância para a prática da enfermagem, o Estatuto da OE. Este estatuto não só estabelece os deveres essenciais dos enfermeiros, mas também fundamenta a busca constante pela excelência na prática profissional (OE, 2001).

Tendo por base o Estatuto da OE, artigo 97º, o enfermeiro, de entre vários, tem o dever de *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem; Cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão”*(Decreto-Lei n.º 156/2015, p.8101).

Ao longo do tempo, a enfermagem tem-se destacado pela crescente diferenciação e relevância enquanto domínio científico. A sua evolução enquanto ciência e o aumento crescente de áreas de investigação que dela provêm têm contribuído para que os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação (Regulamento nº. 613/2022). Essa diferenciação reflete-se não apenas na complexidade das intervenções clínicas, mas também na compreensão mais aprofundada das necessidades das pessoas e na capacidade de fornecer cuidados de saúde mais eficazes e personalizados.

O enfermeiro especialista deve comprometer-se com a excelência e não se limitar a seguir as normas deontológicas. O intuito deve ser a constante procura de aperfeiçoamento das suas capacidades de tomada de decisão ética, assegurando que cada escolha seja guiada por princípios sólidos e fundamentados na melhor evidência (Nunes, 2016; Sastrawan et al., 2019).

Durante o desempenho o estágio, sustentou-se a intervenção nos princípios implícitos no REPE e no CDE. O assumir a função de futura especialista numa área, acarreta valorizar ainda mais estes pilares fundamentais da profissão. Ao longo do estágio aperfeiçoou-se a intervenção, adequando-a perante as situações do quotidiano e prática de cuidados.

Reflexo evidente da consciência dos princípios éticos e deontológicos na prática de enfermagem de reabilitação, através de um estudo de caso (Apêndice 3) que envolveu a Senhora (Sra.) A.A., uma Sra. internada em contexto hospitalar, no serviço de medicina física e de reabilitação pós Acidente Vascular Cerebral (AVC). A Sra. A.A. sofria de hipersedurese e valorizava a privacidade durante a higiene, algo que pela falta de recursos humanos no turno da manhã nem sempre era possível concretizar. A realização higiene no wc de forma pausada e gradual com momentos de incentivo à promoção da capacitação e maximização da autonomia da própria em participar nos autocuidados de despir, higienizar-se, secar-se pentear-se e vestir-se. De forma a respeitar a autonomia da pessoa e integrar o cuidador informal, neste caso o esposo, nos cuidados capacitando-o, procurou-se conciliar o horário de visita com a realização dos cuidados de higiene no wc. Esta alteração no plano de reabilitação pelas diversas vantagens que representava foi proposta e discutida junto da equipa de enfermagem em colaboração com a fisioterapia de modo a também ajustar o horário da intervenção e atender a todas as necessidades da Sra. AA.

Este caso, revela na prática o reconhecimento da autonomia da Sra. A.A. ao respeitar as suas preferências em relação aos cuidados de higiene. Ao adaptar o horário dos cuidados de higiene de acordo com as necessidades e desejos da mesma estabeleceu-se uma parceria, promovendo o seu envolvimento do planeamento dos cuidados.

Destaca-se igualmente a proteção da privacidade da Sra. A.A. ao garantir que as suas preferências e necessidades fossem discutidas apenas com os elementos da equipa multidisciplinar envolvidos nos seus cuidados, respeitando assim sua confidencialidade e privacidade. Após este ajuste foi possível garantir os princípios de justiça e equidade pois foram assegurados, cuidados personalizados e adequados às necessidades individuais (Bratz & Sandoval-Ramirez, 2018).

A tomada de decisão em equipa multidisciplinar, em prol dos benefícios da pessoa cuidada foi efetuada, pois a equipa de EEER demonstrou uma prática segura de cuidados de reabilitação, tomando decisões que foram ao encontro das suas competências profissionais, evidenciando o domínio de conhecimentos na avaliação sistemática das práticas de cuidados e preferências da pessoa (Regulamento n.º 140/2019).

Considerando o princípio de beneficência e não maleficência é relevante mencionar que ao garantir cuidados de higiene de uma forma tranquila e gradual, promoveu-se o bem-estar e evitou-se qualquer dano potencial que pudesse advir de uma abordagem mais apressada durante os cuidados. Ao reajustar o plano de reabilitação a Sra. A.A. tornou-se um ótimo exemplo de recuperação funcional e motora, que contribuiu para uma preparação de alta para o domicílio bem-sucedida. A motivação de cada pessoa e respetiva família foi sempre valorizada durante o decorrer do estágio, dado que é crucial no processo de

recuperação, uma vez que induz mudanças de comportamento positivas na pessoa e é considerada preditivo resultados funcionais positivos (DiClemente & Crisafulli, 2022).

Este exemplo destaca a importância da reflexão ética na tomada de decisão em enfermagem de reabilitação, visando o respeito pela autonomia, confidencialidade, justiça, beneficência e não-maleficência, bem como a advocacia pelos interesses da Sra., responsabilizando-me pelas decisões tomadas, atos que praticados e tarefas delegadas (Regulamento nº 613/2022).

Os valores éticos são pilares universais de conduta que fornecem uma base prática para identificar que tipos de ações, intenções e motivos são valorizados (Haddad & Geiger, 2024). O foco é guiar-nos sobre o certo e o errado das ações e abranger o processo de tomada de decisão para determinar as consequências finais dessas ações. Em enfermagem, a ética propõe que se reflita constantemente sobre si próprio e do modo como exerce a profissão, procurando princípios que justificam as suas intervenções diárias enquanto profissional de saúde, mas que simultaneamente, demonstram o respeito pela pessoa cuidada e família, permanecendo igualmente o respeito pela sua dignidade pessoal e profissional (Deodato, 2014).

No decorrer da prática de cuidados desenvolvida durante o estágio, foi sempre respeitada a dignidade humana das pessoas cuidadas, bem como a sua autonomia em todos os momentos ou tarefas, tais como nos autocuidados higiene e vestir-se. Perante a vontade e motivação das pessoas, procurou-se encontrar um equilíbrio entre respeitar a sua vontade e procurar o que seria melhor para o seu processo de reabilitação.

A título de exemplo, em contexto de UCCI, na Unidade de Cuidados de Longa permanência, realizou-se um estudo de caso (Apêndice 4) referente à Sra. T.M. que recusou várias vezes o levante para cadeirão e os cuidados de higiene. Na sequência de um diagnóstico de neoplasia da mama e consequente fratura patológica resultante em lesão vertebromedular e plégia dos membros inferiores, manifestava dor e ansiedade. Tratava-se de uma Sra. com Obesidade mórbida, Diabetes Mellitus e hipertensão, com um suporte familiar presente contudo com escassos recursos económicos. Tendo em consideração o cenário descrito procurou-se estabelecer uma pareceria no planeamento da intervenção (Ajibade, 2021; Moser et al., 2020). Assim, após anamnese procedeu-se à elaboração de um compromisso em que se discriminou que a Sra. T.M. iria aderir ao plano terapêutico com o intuito de gerir o quadro de dor e ansiedade. De forma, a estabelecer uma relação de confiança e segurança, foi exemplificado, com recurso a elevador automático, como seria realizado o levante, regulada a temperatura e luz do quarto e requisitada uma maca-banho de modo a promover o autocuidado higiene.

A estratégia desenhada permitiu que a Sra. T.M. verbalizasse sentimentos alívio, e motivação para aderir ao plano de reabilitação. A Sra. demonstrou gradualmente uma evolução positiva, a própria conseguiu compreender que a adesão ao plano lhe trouxe benefícios em saúde, melhorando a sua autoimagem e interação com familiares, fatores cruciais no seu processo de aceitação de diagnóstico e fase final de vida (Cardoso et al., 2020). Durante o estágio valorizou-se a motivação de cada indivíduo, pois é imprescindível induzir mudanças de comportamento de modo a ter resultados funcionais favoráveis (Kwame & Petrucka, 2021).

Os princípios, valores e deveres que regem a prática do enfermeiro são intrínsecos à relação que este estabelece com as pessoas alvo dos seus cuidados. Na área específica da enfermagem de reabilitação, onde os indivíduos enfrentam desafios únicos e complexos relacionados com a transição no processo de saúde-doença, é de importância reconhecer que estes indivíduos continuam a ser titulares de direitos fundamentais e de uma dignidade humana inalienável (Regulamento n. 392/2019). Estes são os pilares que orientam tanto o enfermeiro de cuidados gerais como o especialista no exercício ético da sua profissão (OE, 2015).

No decurso das suas atividades, o enfermeiro encontra-se frequentemente a lidar com indivíduos que enfrentam limitações funcionais, dependendo de um apoio dedicado para alcançar um sentimento de cuidado, realização pessoal e pleno bem-estar (International Council of Nurses, 2021). Ao intervir na tomada de decisão ou na prestação direta de cuidados, é essencial que o enfermeiro esteja em concordância com as necessidades reais da pessoa e respetiva família, planeando e executando os cuidados de enfermagem em total consonância com a sua vontade, crenças culturais, valores e aspirações de vida (Ajibade, 2021; Krist et al., 2017).

Neste contexto, o papel do enfermeiro transcende amplamente a mera execução de intervenções técnicas, assumindo-se também como um facilitador de apoio emocional, um defensor da autonomia e um promotor da dignidade de cada indivíduo sob a sua responsabilidade (Byrne et al., 2020).

Por meio de uma abordagem personalizada, o enfermeiro não trata apenas questões de saúde, mas também incentiva a capacitação e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, contribuindo para uma prestação de cuidados abrangente e humanizada. Assim, a prática da enfermagem não se reduz a uma série de intervenções clínicas, mas abraça igualmente a construção de relações empáticas, cruciais para o bem-estar integral dos que estão sob os seus cuidados (Moudatsou et al., 2020).

O respeito pela liberdade de tomada de decisão da pessoa sob cuidados de enfermagem é fundamental e está alinhado com o valor atribuído à autonomia individual.

Reconhecer e respeitar a capacidade de escolha de cada pessoa é essencial para promover uma prática de enfermagem ética e centrada no indivíduo. Deste modo, o dever de informação do enfermeiro, conforme expresso no artigo 105º do Código Deontológico dos Enfermeiros, implica não apenas transmitir informações claras sobre o estado de saúde da pessoa e as opções de tratamento disponíveis, mas também garantir que essas informações sejam compreendidas pela pessoa e que esta tenha a oportunidade de expressar as suas preferências, crenças e valores (OE, 2015).

Além disso, cabe ao enfermeiro criar um ambiente que promova a participação ativa da pessoa no processo de tomada de decisão, respeitando as suas escolhas, mesmo que estas possam ser diferentes das recomendações profissionais (Krist et al., 2017). Isso requer uma abordagem empática e sensível, que leve em consideração as necessidades, preferências e valores individuais de cada um. Ao respeitar e promover a liberdade de decisão da pessoa cuidada, o enfermeiro contribui para dignidade e autonomia como ser humano, e esta intervenção fortalece a relação terapêutica essencial para uma prática de cuidados (Ajibade, 2021).

Durante o estágio foi cultivada uma abordagem ética, priorizando a proteção dos direitos e a promoção da dignidade das pessoas. Este empenho reflete-se na garantia da segurança, privacidade e respeito pela autonomia de cada indivíduo.

Além disso, o ambiente de estágio promoveu a colaboração e empatia entre os profissionais de saúde, incentivando o trabalho em equipa e a resolução eficaz de conflitos. Esta abordagem científica e ética não apenas assegura a prestação de cuidados técnicos, mas também promove um ambiente empático e inclusivo, orientado para o bem-estar holístico da pessoa alvo dos cuidados.

3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No sentido de desenvolver as competências neste domínio², estabeleceu-se como objetivo específico *“Desenvolver projetos na área da reabilitação que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados”*.

É crucial que a avaliação, monitorização e apreciação dos cuidados de saúde sejam priorizadas para garantir o sucesso de qualquer organização de saúde. Devem ser desenvolvidos e relatados indicadores de qualidade para identificar prontamente falhas e

² Neste domínio englobam-se as seguintes competências: B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

lacunas nos padrões de cuidados (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2017).

Os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem são os critérios que refletem as mudanças no estado de saúde de um indivíduo, aos quais os cuidados podem influenciar diretamente. Estes indicadores formam a base para monitorizar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Por exemplo, podem ajudar a estabelecer uma referência comum para comparação e fornecer evidências da eficácia em termos de custo dos cuidados. No entanto, apesar do considerável impacto das intervenções de enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde, a avaliação da sua qualidade dos cuidados de enfermagem e dos seus efeitos na pessoa e nos sistemas de saúde constituem um desafio (Afaneh et al., 2021).

Os EEER devem assumir a liderança nos processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Ao compreender a necessidade de definir regras e procedimentos que facilitem o desenvolvimento das atividades é possível estabelecer diretrizes claras que contribuam para a gestão de conflitos, coesão da equipa, ambiente de trabalho propício à produtividade (Melo et al., 2017). Assim, a atuação dos enfermeiros especialistas como líderes na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados é essencial para capacitar e cultivar mais segurança juntos de outros profissionais e deste modo alcançar resultados positivos no processo de reabilitação (OE, 2001).

Cuidar de pessoas é considerada uma atividade de risco, por estar associada a uma elevada prevalência de queixas álgicas musculoesqueléticas (Matos & Araújo, 2021).

A intervenção do EEER “visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades” (Regulamento n.º 392/2019, p.13565).

Os EEER constituem um grupo de excelência para a aplicação dos princípios da abordagem participativa da Ergonomia. Dado que detêm um conhecimento aprofundado nesta área, devem dotar a sua prática de práticas específicas relativas à prevenção das LME (Eusébio et al., 2013).

Um conhecimento aprofundado na área da Ergonomia, desempenha um papel central na prevenção das LME, pois permite a avaliação das condições e do ambiente de desempenho das tarefas/atividades e a realização e a implementação de propostas de

soluções que previnam os riscos ergonómicos identificados, reduzindo, deste modo, a existência, frequência e gravidade das lesões (Bronkhorst et al., 2018).

No contexto da gestão de riscos, neste caso, associado ao risco de desenvolvimento de LME nos profissionais de saúde, em particular nos técnicos auxiliares de saúde, no estágio de comunidade, visitou-se uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), onde foi realizada uma sessão de prevenção das LME alertando para a importância da ginástica laboral (Apêndice 5) e distribuídos folhetos (Apêndice 6) de forma reforçar o conhecimento transmitido durante a sessão (Magalhães et al., 2021). Neste contexto, foi ainda realizada uma análise de incidentes de queda ocorridos no domicílio e diagnósticos de fratura. Mediante as necessidades, desenvolveu-se um plano de ação com medidas corretivas e sugestões a aplicar durante as visitas domiciliárias e em momentos oportunos como a visita à IPSS, promovendo a redução do risco de queda das pessoas residentes, e consequentemente, contribuir para o ambiente terapêutico e seguro. (Correia et al., 2019; Gomes et al., 2019; Regulamento n.º 140/2019).

No contexto de estágio hospitalar, no serviço de medicina física e reabilitação, existiu a oportunidade de colaborar com a EEER, pessoa responsável pela implementação do programa “Capacitar é cuidar”, no desenvolvimento de um plano de ação associado à prevenção das lesões musculoesqueléticas nos cuidadores formais ou informais (Apêndice 5). Este plano contemplou a implementação de medidas preventivas e sugestão de atividades como a realização diária de ginástica, sessões de formação destinadas a profissionais e cuidadores informais, que englobou momentos dinâmicos com sessão de ginástica (Apêndice 5). No final de cada ação foram entregues folhetos informativos (Apêndice 6) e afixados posters representativos (Apêndices 7 e 8) no serviço (Magalhães et al., 2021). De modo a promover a redução do risco tanto em cuidadores informais como formais, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019).

O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes e cuidadores informais deve incluir a identificação e classificação dos riscos, seguida pela definição de ações de melhoria necessárias. Assim, a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve assentar nestes princípios fundamentais, envolvendo a identificação das medidas preventivas existentes e a avaliação das intervenções implementadas. Além disso, requer a adoção de medidas reativas e corretivas após a ocorrência de incidentes (Fernandes & Almeida, 2017). De forma a cumprir com estas indicações foi ainda elaborado um poster sobre a segurança e a prevenção de quedas (Apêndice 9) no domicílio onde foram destacados os riscos e as barreiras arquitetónicas durante as visitas domiciliárias.

No seguimento da prevenção das LME, cooperou-se no projeto designado “Mochila às Costas” que, em parceria com a UCC, permitiu a sua implementação numa escola de 1.º ciclo. Esta intervenção consistiu numa dinâmica de grupo com as turmas do 1.º ao 4.º ano, onde se procedeu à pesagem das mochilas das crianças, e posteriormente se colheram dados, sobre peso da mochila e peso e altura da criança, para integrar no protocolo de projeto de intervenção, que se encontra em processo de revisão para publicação em revista científica. Durante a dinâmica, ensinaram-se as crianças a construir e a jogar *Quantos Queres?* (Apêndice 10), e entregaram-se folhetos (Apêndice 11) relacionados ao tema do peso das mochilas, posições a adotar quando sentados em ambiente de sala de aula, para sensibilização das crianças e pais (Matos et al., 2019). Foi ainda desenvolvido com recurso a competências digitais avançadas, uma plataforma web onde ficaram disponíveis todo o conteúdo distribuído (Apêndice 12).

No contexto da saúde escolar, é imperativo intervir na promoção da saúde durante o período escolar, focalizando-se na prevenção de doenças e no fortalecimento de fatores de proteção. Reconhece-se, adicionalmente, que para além da sua função pedagógica, a escola desempenha um papel social e político voltado para a transformação da sociedade, relacionado com o exercício da cidadania e o acesso às oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem, justificando assim intervenções direcionadas para a comunidade escolar em resposta às necessidades de promoção da saúde. No âmbito da saúde escolar, é crucial identificar dois aspetos fundamentais geradores de doenças, incapacidades e morbidades - as posturas inadequadas (por exemplo, enquanto se está sentado à secretária a escrever) e o transporte inadequado de cargas, como mochilas/pastas (Layuk et al., 2020). Tais condições podem resultar em posições viciosas, deformidades e patologias osteoarticulares e musculotendinosas que afetam significativamente a qualidade de vida das crianças e podem predispor futuros adultos a limitações e incapacidades, acarretando a curto prazo custos adicionais pela necessidade de cuidados de saúde, absentismo e limitação laboral (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, 2010).

A dinâmica em questão revelou-se altamente benéfica para o desenvolvimento das crianças, uma vez que, através da atividade, promoveu-se a sensibilização e a educação em saúde. Além disso, proporcionou uma experiência pessoalmente gratificante, na medida em que se perpetua a aprendizagem contínua através da interação com as crianças de cariz lúdico-pedagógica (van Gaalen et al., 2021). Destaca-se ainda que, durante a dinâmica, foram aplicados os princípios de ergonomia e mecânica corporal no ambiente escolar, contribuindo para a criação de uma base sólida de conhecimento e práticas corretas a serem implementadas diariamente junto das crianças. Esta abordagem visou

garantir que, no futuro, estas se tornem adultos saudáveis e conscientes dos riscos em saúde (Bull et al., 2020).

Durante o estágio no serviço de ortopedia, foi proposto o desafio de melhor compreender o uso adequado de terapia compressiva em pós-operatório. De forma colaborativa com equipa multidisciplinar (EEER, médicos e fisioterapeutas) procurou-se investigar na literatura as boas práticas em vigor sobre a temática.

Para o desenvolvimento do projeto, verificou-se a necessidade de identificar dados que justificassem a sua implementação. Através da pesquisa em base de dados identificou-se evidência científica que serviu de suporte para o desenvolvimento do projeto (Regulamento n.º 140/2019). Foi então elaborado um poster (Apêndice 13) em formato algoritmo, proposto a divulgação hospitalar, sobre Profilaxia do Tromboembolismo Venoso em Cirurgia Ortopédica.

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Para que fosse possível desenvolver as competências do presente domínio³, estruturou-se como objetivo específico, “Promover a liderança e gestão dos recursos fundamentais à qualidade dos cuidados de reabilitação”.

Para o EEER, enquanto prestador de cuidados, torna-se crucial a elaboração de planos de intervenção ajustados à individualidade de cada pessoa. O enfermeiro na sua prática diária deve reconhecer e respeitar a individualidade de cada pessoa, e assim proporcionar uma prestação otimizada dos cuidados característica de uma conduta profissional segura, justa e moralmente adequada. É com recurso ao planeamento correto e adequado dos cuidados que se alcançam melhores práticas e conseqüentemente resultados de qualidade (Eusébio et al., 2013; OE, 2015).

Em contexto de estágio, procurou-se gerir os cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo, mediante o seu estado clínico, motivação e expectativas para o processo de recuperação.

A título de exemplo no serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Sra. A.A. foi um caso de sucesso de adesão ao plano de cuidados devido à elevada motivação pessoal e competência da equipa multidisciplinar. Considerando este contacto, que constituiu, com o seu consentimento estudo de caso (Apêndice 3), foi possível a colheita de dados abrangentes que posteriormente foram utilizados para o desenvolvimento de um programa

³ Incluem-se as competências: C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

de reabilitação personalizado que envolveu todas as partes interessadas pessoa, família e profissionais de saúde (EEER, enfermeiros de cuidados gerais, médicos e terapeutas).

Diagnosticada com AVC isquémico, com as sequelas motoras evidentes, nomeadamente hemiplegia flácida, elaborou-se um programa de reabilitação que incidiu essencialmente sobre a reeducação motora, de acordo com a vontade e capacidades físicas da Sra. A.A.. A recuperação e inerentes progressos foram graduais contudo evidentes, somente alcançados com o recurso aos produtos de apoio e equipamentos disponíveis no serviço.

Numa perspetiva de potenciar o processo de recuperação e manter a autonomia e independência da Sra. A.A., foi decidido um programa de reabilitação que incluía sessões durante os sete dias da semana, asseguradas pela estudante e EEER orientador. Este programa foi articulado com a equipa multidisciplinar de forma, a otimizar a utilização de todos os recursos disponíveis. As expectativas da Sra. e respetiva família foram superadas durante o internamento, tendo-se verificado a eficácia da intervenção do EEER na otimização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

No âmbito da UCCI, desenvolveu-se outro estudo de caso acerca da Sra. T.M. (Apêndice 4). A gestão dos cuidados foi realizada também em equipa, e existindo a referência para outros profissionais de saúde, no caso a equipa de psicologia, que desempenhou em colaboração com o EEER um papel crucial no processo de aceitação e incentivo à valorização da autoimagem da pessoa em fim de vida.

É importante realçar que a cada sessão, foi reajustado o programa de reabilitação, mediante as capacidades demonstradas e o estado de espírito da senhora. O resultado foi bastante positivo e de acordo com os objetivos e as expectativas da pessoa, tendo-se verificado ganhos ao nível dos autocuidados de higiene, vestir e alimentação com consequente melhoria da qualidade de vida.

Após uma intervenção personalizada a pessoa conseguiu alcançar a funcionalidade e motivação que permitiam a realização dos cuidados de higiene, alimentação e exercícios de preventivos de espasticidade. O trabalho conjunto dinamizado devolveu à Sra. T.M. (Apêndice 4) a boa disposição para melhor receber os sobrinhos de tenra idade no período da visita.

A comunicação é um processo inerente à natureza humana, sendo uma parte essencial da existência das pessoas em todos os contextos sociais. É impossível separá-la dos diversos aspetos da vida (Sequeira, 2016). A comunicação e a capacidade de adaptação são características fulcrais na prestação direta de cuidados enfermagem, como tal a prática da enfermagem requer competências para interagir com diversos indivíduos, fundamentando-se nas relações humanas estabelecidas. Esta interação ocorre tanto com

a pessoa como com os seus familiares e a equipa multidisciplinar envolvida nos cuidados de saúde (OE, 2015).

O exercício da profissão de enfermagem implica saber interagir com diferentes indivíduos, fundamenta a sua prática nas relações humanas, estabelecendo relação tanto com a pessoa cuidada, quanto com os familiares e equipa multidisciplinar envolvida nos cuidados de saúde da pessoa. a comunicação e adaptação aos indivíduos emerge como uma ferramenta crucial na prática diária dos cuidados de enfermagem (Fernandes & Vareta, 2019).

Durante o estágio, no âmbito da UCC devido a um elevado número de doentes em necessidade de reabilitação e um tempo de contacto limitado disponível para cada um, a escassez de pessoal e a exigência de garantir cuidados adequados para todos os doentes, colaborou-se na organização e delegação das tarefas relacionadas com os cuidados de higiene. Assumi a responsabilidade de coordenar a equipa de auxiliares com o objetivo de garantir que as necessidades de cada doente fossem atendidas de forma eficaz e conforme o plano de reabilitação estabelecido. Planeei os cuidados de higiene, priorizando as intervenções com base na complexidade dos casos. Além disso, foi elaborado um plano de cuidados em articulação com a equipa multidisciplinar, o que permitiu otimizar o tempo e os recursos disponíveis, assegurando que todos os doentes recebessem a reabilitação necessária dentro dos prazos estabelecidos. Desta forma, foi possível melhorar a eficiência na prestação de cuidados, permitindo uma continuidade na qualidade dos cuidados oferecidos aos doentes.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De modo a desenvolver as competências neste domínio⁴, delineou-se como objetivo específico, "Desenvolver os conhecimentos técnico-científicos na área de intervenção do EEER, nomeadamente, na prevenção das LME em cuidadores informais e aplicar esses conhecimentos na prática profissional", Normas legais e evidência científica, garantindo a melhor prática de cuidados de reabilitação".

É no desenvolvimento das competências essenciais no contexto da prestação de cuidados de reabilitação, que surge a necessidade emergente de assertividade. A assertividade, como qualidade adquirida no processo de desenvolvimento do

⁴ Incluem-se as competências: D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

autoconhecimento e consciência, tanto na esfera pessoal como a académica, é fundamental nos momentos de adaptação e reflexão dos diferentes contextos da prática de cuidados de reabilitação, que não seriam possíveis sem o apoio e supervisão dos enfermeiros orientadores.

Adotar uma postura assertiva durante o decorrer da prática permitiu um aumento da adaptabilidade individual que consequentemente resultou na melhor gestão do tempo de cuidados, eficácia na negociação dos mesmos, em prol da melhor satisfação e qualidade de vida da pessoa e do cuidador informal (Bannur, 2023).

O EEER deve fundamentar as decisões tendo em conta a melhor evidência, ao mesmo tempo em que consideram a sua experiência prática e as preferências da pessoa, tudo dentro das limitações dos recursos disponíveis. Através da integração dos conhecimentos e intervindo mediante as necessidades de cada pessoa, considerando os diversos contextos de ação, este profissional atua como prestador de cuidados, coordenador responsável ou gestor de equipa (Pinto & Mota, 2023)

Durante o estágio, na prestação de direta de cuidados de reabilitação, recorreu-se diariamente à evidência, por meio de consulta bases de dados científicas sobre as diferentes práticas de cuidados, e através da consulta de regulamentos e normas orientadoras à regulação e excelência profissional. De modo a desenvolver os conhecimentos sobre a temática escolhida para o projeto, foi realizada uma revisão de *scoping* sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação utilizadas nas LME, no qual se encontra em apêndice o protocolo correspondente (Apêndice 14).

Surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos técnico-científicos sob os cuidados à pessoa com patologia do foro cognitivo, sensorial, motor, cardiorrespiratório, alimentar, eliminação e sexual. Assim sendo, ao longo dos estágios foram realizados estudos de caso, tanto no âmbito da reabilitação funcional motora como da reabilitação funcional respiratória.

Como descrito anteriormente, no seguimento de projetos nos locais de estágio, realizou-se o protocolo de projeto de intervenção, assente na promoção da educação postural nas crianças. Desenvolveu-se a norma de procedimento no serviço de medicina física e reabilitação, realizou-se formação em contexto de serviço, desenvolveu-se uma fundamentação teórica no âmbito de um projeto em desenvolvimento no serviço de ortopedia. Projetos que contribuem para o conhecimento recente e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento n.º 140/2019).

No seguimento da realização do 1.º Webinar e Encontro Digital 2023/2024: "Reabilitação e Cuidados Respiratórios", participou-se com a divulgação e exposição do póster sobre prevenção de LME (Apêndice 15), do póster sobre a ginástica laboral (Apêndice 16),

participou-se na qualidade de preletora (Certificado em Anexo 1) sobre o tema referente à prevenção de quedas e LME em contexto de estágio comunitário, nas Jornadas de UCC (Certificado de presença em Anexo 2).

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O EEER diferencia-se por possuir uma formação académica específica e vasta experiência prática no cuidado de pessoas com necessidades especiais ao longo da vida. Estes profissionais oferecem cuidados especializados que permitem capacitar os indivíduos com deficiência, limitações de atividade e restrições de participação, visando a sua reintegração na sociedade e a maximização da funcionalidade (Cardoso et al., 2020; Martins, 2021) o adotar uma abordagem holística no cuidado, considerando não só as necessidades físicas, mas também emocionais, sociais e ambientais da pessoa, o EEER destaca-se como gestor de cuidados que reconhece a importância da família e da comunidade no processo de reabilitação. Segue modelos de competências e valoriza a educação para a saúde, tanto para os utentes como para suas famílias e comunidades, ajustando constantemente suas práticas para promover a saúde e prevenir complicações (Martins, 2021; Regulamento nº. 392/2019).

Estes profissionais possuem competências específicas que possibilitam a elaboração, implementação e acompanhamento dos planos de cuidados de reabilitação personalizados, adaptados às necessidades reais e potenciais da pessoa. Graças ao seu elevado nível de conhecimento e experiência, os EEER são capazes de tomar decisões que visam promover a saúde, prevenir complicações secundárias, tratar e reabilitar, com o objetivo de maximizar o potencial do indivíduo (Regulamento nº. 392/2019).

Estas competências são categorizadas em três domínios: cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados; capacitar indivíduos com deficiência, limitação de atividade e/ou restrição de participação para a reintegração e exercício da cidadania, maximizando a funcionalidade e desenvolvendo as capacidades do indivíduo.

De modo a desenvolver estas competências, foram estabelecidos objetivos específicos. Posteriormente, serão descritas e analisadas as atividades realizadas durante o estágio, com o propósito de concretizar esses objetivos e permitir o desenvolvimento das competências específicas do EEER e cumprimento dos descritores de Dublin do 2º Ciclo.

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

De modo a desenvolver as competências neste domínio⁵ delineou-se como objetivo específico “Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida.”

A enfermagem de reabilitação define-se como uma disciplina que em si inclui a simbiose de conhecimento e procedimentos com a finalidade de prestar auxílio às pessoas portadoras de doenças agudas, crónicas ou sequelas de modo a maximizar o potencial funcional e independência (OE, 2001).

Com vista à melhoria da função, à promoção da independência e à satisfação pessoal, visando preservar a autoestima, o EEER tem como missão a conceção, implementação e monitorização de planos de saúde individualizados desenhados em concordância com as necessidades reais diárias e potenciais das pessoas (OE, 2015).

Durante o estágio com recurso ao conhecimento diferenciado foram tomadas decisões com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações e reabilitação. A intervenção foi planeada precocemente com a supervisão dos EEER orientadores de forma a diagnosticar e agir com ações preventivas na manutenção das capacidades funcionais, prevenção de complicações e incapacidades demonstradas pela pessoa, além de providenciar intervenções terapêuticas para melhorar executar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD e minimizar o impacto das incapacidades, utilizando técnicas específicas de reabilitação e envolvendo a literacia em saúde das pessoas e respetivas famílias, o planeamento da alta, a continuidade dos cuidados e a reintegração na comunidade, garantindo assim o direito à dignidade e à qualidade de vida tal como preconizado pela OE (Regulamento n.o 392/2019).

Para que tal acontecesse foram realizadas avaliações iniciais personalizadas que permitiram o desenvolvimento dos processos de enfermagem de reabilitação, fundamentais na garantia da qualidade dos cuidados prestados, tendo em consideração que só assim é possível estabelecer uma intervenção sustentada com a pessoa portadora de doença, deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação e respetiva família, sendo que esta é facilitadora da identificação de necessidades e prioridades no

⁵ Neste domínio englobam-se as seguintes competências: Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1.1); Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (J1.2); Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade (J1.3); Avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4).

planeamento das intervenções de enfermagem nas suas diferentes abordagens: motora, cognitiva, cardíaca, respiratória, e ainda escolha da dieta, padrões de eliminação, repouso e sexualidade (Regulamento nº. 392/2019).

Para além da sustentação nos instrumentos reguladores da profissão, a intervenção durante o estágio foi sustentada nos referenciais teóricos da disciplina (Martins et al., 2018). Deste modo, a conceção dos cuidados para a execução do projeto, foram enquadrados na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

De modo a alcançar uma avaliação rigorosa da pessoa, foram utilizadas escalas validadas que são imprescindíveis na documentação dos cuidados especializados. Ao utilizar estes instrumentos de colheita é garantida a melhoria contínua da qualidade e segurança, na medida em que permitem identificar e mapear o estado de saúde dos indivíduos de forma clara e objetiva (OE, 2015).

O processo de saúde-doença é uma fase de transição desafiante para o indivíduo em situação de doença e respetiva família que se deparam com novas formas de dependência, colocando sobre o EEER a responsabilidade de criar estratégias e apoio para a família ou comunidade e assim ser um agente facilitador do cuidado e promovendo um processo saudável de transição de cuidados (Petronilho et al., 2017)

As escalas proporcionam uma compreensão detalhada da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia, bem como dos processos terapêuticos ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (OE, 2015).

Assim, durante a intervenção foram utilizadas várias escalas de avaliação. Para a avaliação neurológica, foi empregue a Escala de Coma de Glasgow, que descreve de forma objetiva a extensão do comprometimento da consciência em todas as pessoas e avalia três parâmetros de responsividade: abertura ocular, respostas motoras e respostas verbais (Jain & Iverson, 2024; Teasdale & Jennett, 1974)

A nível da motricidade, foi avaliada a força muscular através da escala Medical Research Council (Medical Research Council, 1976), o tônus muscular utilizando a Escala Modificada de Ashworth (Bohannon & Smith, 1987), a coordenação motora através do prova Índice-nariz e prova Calcanhar-joelho, a avaliação da sensibilidade superficial, térmica e dolorosa e da sensibilidade profunda, a avaliação do equilíbrio corporal utilizando a Escala de Equilíbrio de Berg (Berg et al., 1992) , que avalia o equilíbrio funcional através da execução de 14 tarefas de dificuldade variada (Menoita, 2012). Foi realizada a avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse (Morse et al., 1989), a avaliação da independência da pessoa através do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), que avalia o nível de independência para a realização de dez atividades básicas de vida e de Medida de Independência Funcional que avalia o grau de capacidade/incapacidade

funcional da pessoa avaliando o seu desempenho e a necessidade de cuidados exigida para a realização de determinadas tarefas de vida diária (Norma 008/2019). Para avaliar a função respiratória foi aplicada a Escala de Borg modificada que avalia a intensidade da sensação de dispneia (Borg, 1982).

Os recursos a estes instrumentos de avaliação proporcionaram uma visão holística da pessoa, permitindo identificar alterações nos domínios motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentar e de eliminação, além de comparar a sua evolução ao longo dos programas de reabilitação. Além disso, permitiram fornecer dados quantificáveis para o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade contribuindo para a construção de práticas baseadas em evidências e para o avanço do conhecimento na área da Enfermagem de Reabilitação.

Destaca-se a intervenção realizada com a Sra. A.A (Apêndice 3) durante o estágio hospitalar no serviço de Medicina Física e Reabilitação, com o diagnóstico de AVC isquémico. Esta encontrava-se consciente, orientada e colaborante. Foi realizada a avaliação inicial, identificadas as alterações presentes, bem como fatores de risco. Foram elaborados planos de intervenção em parceria com a pessoa e o esposo, o seu cuidador informal, de forma a reeducar as funções alteradas, eliminar e/ou minimizar as incapacidades instaladas e os fatores de risco identificados. Todo o processo teve em conta o bem-estar da Sra. A.A., a sua segurança, qualidade de vida, preferências, objetivos e expectativas. As intervenções planeadas foram discutidas com o EEER orientador e restante equipa multidisciplinar, de forma a garantir uma intervenção personalizada e adequada.

No primeiro contacto foram detetadas várias incapacidades, nomeadamente a nível do equilíbrio corporal, coordenação motora, diminuição da força do hemicorpo direito e da motricidade fina. Estes défices impossibilitavam a pessoa de ser autónoma, apenas deambulava de cadeira de rodas ou de tripé com muita dificuldade e necessidade apoio lateral de terceiros, apresentado assim um elevado risco de queda. Para os autocuidados vestir e despir, higiene, uso de sanitário e transferências, a utente necessitava de ajuda total dos cuidadores informais.

No treino de equilíbrio corporal numa fase inicial foram realizados exercícios no leito com recurso a exercícios isotónicos, anteroversão-retroversão da bacia, elevação pélvica, rolamentos e oscilação pélvica (Cabanas-Valdés et al., 2021). Na posição de sentada foram realizados exercícios em cadeira, apoio de cotovelo bilateralmente, facilitação cruzada, transferência de peso unilateral, alcance de um objeto em várias direções, aplicação de uma resistência para estimular a pessoa a regressar à posição inicial e ainda correção postural em frente ao espelho (Menoita, 2012). Na posição ortostática, foram realizados exercícios como o sentar-levantar, cadeias cinéticas abertas e fechadas com exercícios nos

membros inferiores e correção postural em frente ao espelho, em contexto de ginásio, e junto às grades da cama no quarto (Menoita, 2012).

De forma a melhorar a coordenação motora, foram realizados exercícios como passar a bola de uma mão para a outra com aumento gradual da velocidade, lançar a bola para o enfermeiro e vice-versa, exercícios com elásticos para aumentar a resistência, e a execução do exercício de bicicleta, com recurso a pedaleira estática.

De modo maximizar a força muscular procurou-se incentivar a realização de exercícios musculares de forma ativa e ativa-resistida no hemicorpo direito e de forma resistida no hemicorpo esquerdo, na totalidade dos segmentos.

Para melhorar a força muscular foram realizados exercícios musculares ativos e ativos resistidos no hemicorpo direito e resistido no hemicorpo esquerdo, em todos os segmentos. Para aprimorar a motricidade fina foram realizados exercícios com molas, desenhos e recorte de papel.

De forma a treinar a marcha e as AVD foi fundamental o treino de equilíbrio corporal e reforço muscular que garantiu maior segurança na pessoa.

Ao longo das diversas sessões de reabilitação, foram realizados ensinamentos à mesma e ao esposo, identificados fatores de risco e delineadas intervenções que permitiram eliminar ou diminuir o seu efeito. Todas as intervenções, permitiram cuidar da pessoa, capacitá-la na adaptação às limitações que apresentava, evidenciando ganhos na autonomia e menor grau de dependência. Com o decorrer das sessões a Sra. conseguiu permanecer sentada com equilíbrio estático e em pé com apoio mínimo, deambular, subir e descer escadas com apoio do corrimão e tripé, conseguia fazer uso de sanitário de forma vigiada, os cuidados de higiene sentada em cadeira de banho, vestir e despir com ajuda parcial do cuidador, informal também capacitado para o efeito, necessitando de apoio nas transferências por terceiros.

No âmbito da alimentação, foi realizada uma capacitação detalhada da pessoa com o auxílio de diversos produtos de apoio. Estes produtos desempenham um papel fundamental na recuperação de funcionalidades e na promoção da autonomia durante as refeições (Araújo et al., 2023). Entre os produtos de apoio utilizados destacam-se os talheres adaptados, que possuem cabos mais largos ou angulados para facilitar o manuseio por pessoas com limitações motoras. Os pratos e tigelas antiderrapantes, com bases de borracha ou ventosas, evitam que os utensílios se movam durante a refeição, proporcionando maior estabilidade. Para a ingestão de líquidos, foram utilizados copos e canecas com tampa e bico adaptados, que ajudam a prevenir derramamentos. Além disso, foram implementados apoios de braço e almofadas de posicionamento para oferecer suporte adicional e ajustar a posição do corpo, aumentando o conforto e o controlo durante

a alimentação. Ferramentas como “abre” frascos e garrafas também foram introduzidas para facilitar a abertura de recipientes. Através da prescrição e do treino específico com estes produtos, a pessoa conseguiu readquirir a funcionalidade perdida e alcançar uma maior independência e qualidade nas suas refeições (Araújo et al., 2023; Decreto-Lei n.º 93/2009).

Todo este processo permitiu preparar o seu regresso a casa, facilitando a transição e readaptação ao domicílio, o que se traduziu na melhoria qualidade de vida e bem-estar.

Ainda em contexto hospitalar foi possível planear e prestar cuidados a um jovem utente paraplégico necessitado de capacitação relativamente à promoção dos autocuidados. Durante a sua permanência no serviço, por se encontrar numa transição de saúde-doença, demonstrando um maior grau de dependência foi necessário ensinar, instruir e treinar as AVD, cuidados de higiene, o vestir e despir, transferências do leito para a cadeira de rodas e vice-versa, a alimentação e a eliminação vesical e intestinal, nomeadamente técnica de esvaziamento vesical, promovendo assim uma aceitação e adaptação ao seu novo estado de saúde. Para o treino das AVD, acompanhado sempre que possível de pessoa significativa, a noiva, foi fundamental ter em conta os hábitos do mesmo e a disposição arquitetónica a nível do domicílio, para garantir a reintegração da sua rotina diária.

A promoção do autocuidado em AVD como higiene, vestir e despir, transferências e eliminação evidencia o papel crucial da intervenção do EEER. Esta intervenção não só permitiu prestar os cuidados essenciais, como também capacitar a pessoa, contribuindo para a redução do risco de quedas. É essencial avaliar as necessidades das pessoas e o seu potencial para realizar o autocuidado, tendo em conta os seus aspetos físicos, cognitivos, sociais e psicológicos. Com estas avaliações, foi possível identificar os recursos necessários que facilitaram o autocuidado, como os produtos de apoio, promovendo uma maior independência e apoiando o papel do prestador de cuidados (Eusébio et al., 2013).

Quanto ao domínio de reeducação funcional respiratória, nos diferentes campos de estágio foi necessária a elaboração de planos de cuidados com foco na recuperação e maximização da função respiratória, nomeadamente em situações de tolerância ao esforço e treino de técnicas de limpeza das vias aéreas. A título de exemplo em contexto comunitário, e no decorrer das visitas domiciliárias, foram desenvolvidas em várias pessoas nonagenárias programas que consistiam em técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, reeducação diafragmática, reeducação das hemicúpulas diagramáticas sem resistências e reeducação costal global e seletiva. Na limpeza das vias aéreas apenas foi possível realizar a drenagem postural, manobras acessórias com percussão, vibração e

compressão pela diminuída colaboração das utentes. Quando prescrito, foram ainda realizados ensinamentos sobre utilização de aspirador de secreções, junto dos cuidadores informais. Com o decorrer das semanas a intervenção resultou em mobilizações de secreções mais eficazes, maior adesão ao regime terapêutico, otimização da administração da terapêutica, maior tolerância ao esforço e inclusive num dos casos o regresso a uma vida ativa possibilitada pela tolerância à subida e descida de escadas com aporte de oxigenioterapia de modo a ter acesso ao café que frequentava com as amigas.

As estratégias de reabilitação neurosensorial para pessoas nas fases iniciais de reabilitação após uma lesão neurológica grave são essenciais, pois visam melhorar a atenção e estimular a consciência da pessoa sobre si mesma e o ambiente ao seu redor, permitindo-lhe interagir com este (Matos & Simões, 2020). Relativamente a esta área de intervenção, foi realizada estimulação sensorial ao nível visual, auditivo, tátil, do paladar e do olfato na Sra. A.A., já mencionada anteriormente (Apêndice 3). Foram colocadas fotografias dos netos na mesa de cabeceira da mesma, que serviram de incentivo durante todo o processo de reabilitação. Além disso, Sra. A.A. tinha, a pedido do EEER, um lenço perfumado do marido que trazia sempre consigo e que a acalmava quando apresentava dificuldade em realizar algum exercício. Esta reação emocional à estimulação visual e olfativa revelou-se positiva no processo de recuperação e processo de criação de mecanismos de incentivo e coping face à exigência do treino de autocuidado necessário para a preparação para a alta. Para a estimulação auditiva recorreu-se e em distintas circunstâncias e contextos de estágio, a sessões de musicoterapia de acordo com preferências pessoais durante a realização da massagem terapêutica, mobilizações ou cuidados de higiene revelando ser um ótimo contributo para a melhoria do estado de espírito, colaboração e relaxamento das utentes. É importante ainda realçar o efeito notável da prestação dos cuidados de higiene e conforto com maca de banho assistido, de forma a estimular os recetores táteis da pele através da passagem da água e massagens relaxantes.

O envelhecimento é um processo natural e prevalente na sociedade, podendo acarretar limitações funcionais, cognitivas e até mesmo quadros depressivos. Tais condições aumentam o risco de ocorrência de quedas, que por sua vez podem resultar em consequências graves para os indivíduos (Silva et al., 2022). A manutenção da função cognitiva desempenha um papel crucial na preservação da independência funcional à medida que as pessoas envelhecem. Assim, é de suma importância promover o estímulo cognitivo como medida preventiva contra o seu declínio (Organização Mundial de Saúde, 2015). Durante o estágio hospitalar, com a Sra. A.A. (Apêndice 3), foram ainda realizados vários jogos de memória, compreensão e correspondência, que permitiram realizar a

estimulação cognitiva e a promoção de um ambiente de interação entre a pessoa, o EEER e agradável convivência com outras pessoas (Margarido, 2023).

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

De modo a desenvolver as competências neste domínio⁶ delineou-se como objetivo específico, “Potenciar a autonomia funcional das pessoas com incapacidades e limitações nas AVD, capacitando-as para alcançar maior independência e participação na sociedade, promovendo a sua reinserção na vida familiar e social.”

A implementação de práticas sustentadas em referenciais teóricos é fundamental para a capacitação e o bem-estar das pessoas que experienciam processos de transição (Ribeiro et al., 2021). No campo da enfermagem, a transição ocorre quando um indivíduo passa de um estado estável para outro que exige a aquisição de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos e a transformação do próprio eu (Santos et al., 2020).

O referencial teórico de Afaf Meleis permitiu a identificação das transições enfrentadas pelos indivíduos, bem como as suas necessidades. A partir dessa identificação, foram planeadas e implementadas intervenções que capacitaram a pessoa para transição saudável (Ribeiro et al., 2021).

O enfermeiro desempenha um papel crucial na transmissão de conhecimentos que promovem a readaptação funcional da pessoa dependente. No entanto, o cuidador informal só é competente quando consegue, no seu ambiente, prestar os cuidados essenciais. Isto reforça a necessidade de capacitar tanto a pessoa dependente quanto o seu cuidador informal para o autocuidado (Menoita, 2012).

A deficiência é um problema na função ou estrutura do corpo que se manifesta como desvios significativos ou perdas e estas podem ser temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas, estáveis, intermitentes ou contínuas. A gravidade do desvio em relação ao padrão populacional pode variar de leve a grave e pode oscilar ao longo do tempo. Embora possam estar associadas a uma condição de saúde, a deficiência não indica necessariamente a presença de uma doença ou que a pessoa seja considerada doente. Além disso, uma deficiência pode levar a outras deficiências. Por exemplo, a redução da força muscular pode afetar as funções motoras, as funções cardíacas podem influenciar as

⁶ Neste domínio englobam-se as seguintes competências: Elabora e implementa programa de treino de AVD`s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (J2.1); Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (J2.2).

funções respiratórias, e uma percepção comprometida pode afetar as funções cognitivas (OMS, 2015).

Tendo por base a Teoria das Transições procurou-se uma abordagem aos cuidados a indivíduos com deficiência, como uma estrutura teórica abrangente para compreender as mudanças significativas que esses indivíduos enfrentam. Procurou-se compreender e agir de forma a facilitar a transição para a vida com uma deficiência, fosse esta adquirida ou congénita, envolvendo uma série de adaptações complexas nos âmbitos físico, emocional e social. Deste modo foi importante considerar fatores pessoais, como a resiliência e as competências de *coping*, bem como fatores contextuais, como o apoio social e a acessibilidade, que influenciam o processo de transição. Ao identificar os diferentes tipos de transições e as condições que facilitavam ou dificultavam este processo, a teoria ofereceu uma base sólida para a formulação de intervenções terapêuticas eficazes. Estas intervenções foram projetadas para promover a autonomia, melhorar a qualidade de vida e incitar a inclusão social da pessoa com deficiência, assegurando uma abordagem holística e personalizada nos cuidados de saúde (Meleis, et al., 2000; Meleis, 2017; 2018).

A capacidade de comunicar, compreender e adaptar-se às pessoas tornam-se ferramentas importantes na prática diária da enfermagem de reabilitação, algo que se sobrepõe aos descritores *Dublin* e conseqüentemente permitem a atribuição do grau de mestre e a conclusão com aproveitamento do segundo ciclo de formação (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks., 2005).

Os EEER têm a responsabilidade de prevenir e minimizar o impacto dos riscos biomecânicos e psicossociais que afetam o desempenho dos profissionais de saúde. Para tal, é imperativo intervir na prevenção das LME, através da aplicação dos princípios de uma abordagem participativa de ergonomia, promovendo a formação dos profissionais e cuidadores informais em conhecimentos sobre LME e incentivando a adoção de comportamentos preventivos (Matos & Araújo, 2021). Aplicando os conhecimentos adquiridos no primeiro e segundo ciclos de formação e com o intuito de desenvolver os EEER devem desenvolver competências de autoaprendizagem ao longo da vida, procurou-se capacitar outros profissionais de saúde para a adoção de comportamentos corretos e seguros durante a prática de prestação de cuidados de saúde.

No período de estágio, em contexto de hospitalar, no serviço de medicina física e de reabilitação, identificou-se a necessidade acentuada de promoção de comportamentos preventivos de risco para o desenvolvimento de LME não só por parte da equipa multidisciplinar, mas também nos cuidadores informais, na maioria com idades acima dos 40 anos limitações físicas que agravavam com a prática dos cuidados.

Nesse sentido, desenvolveram-se ações de formação para os profissionais de saúde e cuidadores informais, que incluíram a prática de através de exercícios de aquecimento, treino de fortalecimento muscular e alongamento. Estas sessões tiveram o objetivo de sinalizar comportamentos de risco e informar sobre as estratégias preventivas das LME, uma vez que a prestação de cuidados à pessoa com alterações da mobilidade deve ser assegurada sem prejudicar a saúde de quem cuida (OE, 2011, 2013, 2015).

Ao longo do estágio, as intervenções desenvolvidas foram fundamentadas na Teoria das Transições de Meleis de forma a contribuir para a prevenção de LME, fornecendo uma estrutura que permitiu explicar os comportamentos e os processos de adaptação que ocorreram durante as transições de saúde vivenciadas. Considerando o conceito apresentado de bem-estar subjetivo como um indicador de transições de saúde eficazes (Meleis, 2018). Quando uma pessoa experiencia uma transição, esta relata uma sensação de satisfação e melhoria na qualidade de vida. Promover o bem-estar subjetivo pode envolver educar e capacitar a pessoa a adotar comportamentos saudáveis, incluindo práticas ergonómicas adequadas e técnicas de transferência seguras (Meleis, 2017; Meleis et al., 2000).

Através da componente da Mestria e Domínio de Atividades Meleis compreende-se que a capacidade de uma pessoa para realizar atividades com confiança e competência durante transições de saúde. No contexto da prevenção de LME, isso pode implicar o treino e a capacitação para desenvolver competências de movimento adequadas, postura correta e técnicas de transferência de carga segura (Meleis, 2017, 2018; Meleis et al., 2000).

Relativamente à importância de relações saudáveis e apoio social durante transições de saúde, este aspeto inclui a adaptação, a integração e a interação familiar. O apoio na transição é crucial na prevenção de LME, fornecendo acompanhamento emocional e prático, que encoraja comportamentos saudáveis e ambientes de trabalho e domésticos seguros e ergonómicos (Meleis, 2017, 2018; Meleis et al., 2000).

Primeiramente em contexto hospitalar e posteriormente contexto comunitário, pretendeu-se capacitar as pessoas portadores de limitação funcional conjuntamente com o respetivo cuidador informal de modo a alcançar a reintegração em sociedade e regresso ao domicílio após a alta.

Tanto no serviço de Medicina Física e Reabilitação, como em Ortopedia potenciou-se a implementação o treino de AVD direcionado à higiene pessoal, vestuário, controlo da eliminação, tanto vesical e intestinal e uso de sanitários bem como a transferência e locomoção autónoma.

Com a finalidade de incentivar a capacitação do indivíduo para o autocuidado autónomo após a alta hospitalar, avaliaram-se as limitações funcionais, e em colaboração

com a equipa médica, de modo a ser possível a comparticipação económica dos produtos de apoio necessários, prescreveu-se as barras de apoio no chuveiro, banco/cadeira de duche, escova de cabo comprido para utilizar nos cuidados de higiene, andarilho sem rodas, tripé ou canadianas (Despacho n.º 7197/2016).

Em contexto de UCC, a título de exemplo, importa destacar que na Sra. A.M., a qual se encontrava em recuperação de uma fratura o colo do fémur foi realizada a avaliação holística da pessoa, em colaboração com a assistente social. Durante a avaliação, identificaram-se barreiras arquitetónicas que provocavam inacessibilidade ao WC, contribuindo para a limitação da funcionalidade e desenvolvimento de incapacidades. A existência de móveis dispostos em locais de passagem, tapetes escorregadios e degraus entre as divisões do domicílio também foram sinalizados, tendo sido recomendada a sua eliminação ou transferência para locais mais convenientes, permitindo a mobilidade da pessoa em segurança.

Procurou-se sensibilizar a Sra. A.M. e esposo para a importância de reduzir os fatores desencadeantes da ocorrência de quedas. Os tapetes foram removidos, para segurança de ambos, evitando escorregar e tropeçar. No sentido de melhorar a adaptação aos degraus existentes em casa, optou-se por treinar a subida e descida de escadas, em segurança e com calçado adequado, integrando o treino de exercícios diários (Dautzenberg et al., 2021).

A acessibilidade é um fator chave na qualidade de vida das pessoas com dificuldades de mobilidade e é fundamental para a implementação do treino das AVD. O EEER desempenha um papel importante na promoção da acessibilidade em diferentes ambientes de cuidados devido à sua capacidade de formar pessoas com mobilidade reduzida para a reintegração na sociedade e o exercício da cidadania (Regulamento nº. 392/2019; Silva et al., 2019)

A título de exemplo, em contexto de UCCI, a Sra. T.M. (Apêndice 4) recusou várias vezes o levante para cadeirão e os cuidados de higiene, tal como descrito anteriormente. Esta Sra. na sequência de um diagnóstico de neoplasia da mama e consequente fratura patológica resultante em lesão vertebromedular e plégia dos membros inferiores, manifestava dor e ansiedade. Constitui-se um desafio motivar a Sra. T.M. para realização das AVD. Esta adiou várias vezes os cuidados de higiene na casa de banho, apresentando baixa adesão ao plano de reabilitação. Respeitou-se a sua vontade e o tempo para interagir, reforçando que seria fundamental treinar os autocuidados de forma a recuperar a sua autonomia. Após reforço positivo e incentivo, a Sra. T.M. mostrou maior adesão em realizar os cuidados de higiene na casa de banho com apoio da maca-banho.

3.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

De modo a desenvolver as competências neste domínio⁷ delineou-se como objetivo Específico “Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

O EEER é responsável por elaborar, implementar e monitorizar planos de cuidados diferenciados com base em problemas reais e potenciais. Um elevado nível de conhecimento e experiência permite tomar decisões sobre a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, assim como a restauração da função pessoal, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando as capacidades pessoais (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005).

O foco do treino e da instrução assente nos planos implementados de reabilitação respiratória, motora e cardíaca, foi o fortalecimento muscular, adaptado à capacidade funcional e aos objetivos de cada indivíduo, melhorando, em última instância, a sua qualidade de vida geral. A importância da marcha e da realização das AVD foi muito valorizada tanto pela pessoa como pela família, sendo alcançada através de exercícios motores que promoveram o autocuidado. Foram utilizados diversos ambientes de prática para ensinar e treinar o equilíbrio corporal, com ênfase no desenvolvimento da capacidade da marcha e subir/descer escadas, com e/ou o auxílio de produtos de apoio (Rodrigues, 2023).

Nos programas de reabilitação desenvolvidos em contexto de domicílio, incentivou-se a prevenção de LME nos cuidadores informais, destacando-se a importância da prática de exercício físico, que apresenta diversos benefícios tanto para a pessoa com limitações e alterações funcionais quanto para o próprio cuidador informal na realização das AVD.

Considerando que as transições eficazes são caracterizadas por indicadores como o bem-estar subjetivo, a mestria nas atividades diárias e a existência de relações saudáveis, é importante que o EEER incentive a independência e a maximização da funcionalidade para a realização de AVD, através do treino das capacidades existentes e do uso de estratégias adaptativas. A utilização de dispositivos de compensação ou produtos de apoio contribui para a adaptação eficaz às novas necessidades funcionais, promovendo a autonomia e o bem-estar tanto das pessoas em cuidados quanto dos cuidadores informais (Meleis, et al., 2000; Meleis, 2017; 2018).

⁷ Neste domínio englobam-se as seguintes competências: Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorespiratório (J3.1); Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorespiratório em função dos resultados esperados (J3.2).

Além disso, é notório sublinhar a importância das relações saudáveis e do apoio social durante as transições. Ao maximizar a funcionalidade das pessoas permitiu-se um maior nível de autonomia reduzindo a sobrecarga sobre o cuidador informal, melhorando a qualidade das relações e promovendo um ambiente de cuidado mais equilibrado e sustentável. O treino adequado do cuidador informal, incluindo a aquisição de conhecimento sobre princípios de ergonomia e mecânica corporal, é uma componente crucial dos programas de prevenção, pois facilita a adaptação a novas funções e responsabilidades (Meleis, 2018; Meleis et al., 2000).

Ao implementar a intervenção o EEER, que enfatiza a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades individuais, os indivíduos tornam-se capacitados para tomar decisões informadas e aplicar os seus conhecimentos em situações práticas. Isso permite-lhes enfrentar eficazmente os desafios diários, aumentar a sua autonomia, facilitar o desempenho das atividades da vida quotidiana, melhorar a sua participação social e, em última análise, aperfeiçoar a sua perceção da qualidade de vida ao longo do processo de transição saúde-doença (Meleis et al., 2000).

Ao implementar planos de reabilitação funcional, os benefícios dos programas só se concretizam plenamente quando a pessoa se compromete com sessões adicionais de treino, para além do seu regime diário de exercícios. Portanto, é crucial instruir tanto os indivíduos quanto as famílias; a informação transmitida deve culminar no desenvolvimento de competências que lhes permitam autogerir-se e ter controlo sobre as suas vidas. Durante planeamento das sessões de reabilitação funcional, onde tanto a pessoa quanto o seu cuidador informal foram devidamente orientados sobre os exercícios a serem realizados, assim como sobre a quantidade e duração das sessões. As questões relacionadas com as condições médicas existentes foram esclarecidas, abordando também as complicações associadas à inatividade física. Essa abordagem ressaltou a importância de manter uma alimentação saudável, moderar o consumo de álcool e abandonar o tabagismo.

Durante o estágio, incentivou-se a maximização dos benefícios para a saúde documentando integralmente o estado funcional da pessoa, utilizando instrumentos que registaram os cuidados de reabilitação e a sua continuidade e as revisões em programas de treino. A avaliação e implementação de planos centrados na reeducação motora, cardíaca e respiratória foram todas previamente consideradas no âmbito do ciclo de vida "Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida. (OE, 2015; Regulamento nº. 392/2019).

De modo a maximizar a funcionalidade da pessoa para, além da prescrição ensino instrução e treino de técnicas para melhorar o desempenho motor, cardíaco e respiratório,

tendo em conta os objetivos pessoais, colaborou-se na dinamização de sessões de formação, que envolveu a parceria entre a UCC e a instituição com estrutura residencial para pessoas idosas. No decorrer das sessões interligou-se a componente formativa com a dinâmica, através da formação em prevenção de quedas (Apêndice 17) e saúde pulmonar, no âmbito do Dia do Pulmão (Apêndice 18). Aos participantes foram entregues posters informativos que serviram como guias orientadores na sensibilização aos riscos de queda (Apêndice 9) e posteriormente num segundo momento formativo folhetos sobre estratégias de boa saúde pulmonar (Apêndice 19), administração de terapêutica broncodilatadora (Apêndice 20), correta utilização de ventilação não invasiva (VNI) (Apêndice 21) e para dois casos concretos, os cuidados a ter com a traqueostomia (Apêndice 22).

O desenvolvimento de competências requer a consolidação do conhecimento adquirido nos módulos teórico-práticos lecionados no primeiro ano do curso de mestrado, a revisão de artigos científicos e a consulta de obras de referência sobre a disciplina, além da interação com EEER orientadores e professora orientadora. Durante este processo, os orientadores partilham as suas experiências e conhecimentos. Este ciclo de aprendizagem permitiu aprofundar ainda mais o conhecimento e fundamentar as intervenções de reabilitação realizadas em evidência científica.

As atividades desenvolvidas no estágio permitiram não só atingir os objetivos específicos já analisados, como também os seguintes objetivos gerais: Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER nas áreas da função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, e sexualidade; Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER que promovam a prevenção das lesões muscoesqueléticas nos cuidadores informais.

CONCLUSÃO

Para a conclusão do relatório de estágio, realizou-se uma avaliação global do percurso de desenvolvimento pessoal e acadêmico verificado durante a frequência do curso de mestrado. Para isso, utilizaremos a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) para identificar quais os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças experimentados ao longo deste percurso realizado.

Strengths

Com a realização do relatório de estágio foi possível integrar conceitos teórico-práticos adquiridos no primeiro ano do curso, e assim consolidar conhecimento e práticas recomendadas na prestação direta de cuidados, além de desenvolver competências basilares para a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de EEER.

A prática de cuidados, assente em conhecimentos adquiridos no processo de aprendizagem e no recurso a fontes bibliográficas para a elaboração do relatório de estágio, contribuiu para o desenvolvimento das competências do EEER baseadas na evidência científica. De modo a ter acesso a profissionais experientes e interações interdisciplinares que contribuíssem no processo de desenvolvimento de competências, foram realizados estágios, nomeadamente meio hospitalar e comunitário: serviço de MFR, serviço de ortopedia, UCC e UCCI. No âmbito dos estágios realizados em meio hospitalar, nos serviços de Medicina Física e Reabilitação e Ortopedia, e em meio comunitário UCC, foi possível intervir e desenvolver um programa de reabilitação e diversas sessões sobre princípios de mecânica corporal e ergonomia e assim possibilitar uma melhor compreensão de estratégias para a prevenção de LME no cuidador informal.

Weaknesses

Durante o percurso académico foi possível identificar como fraqueza a limitação de atuação dos EEER orientadores, que por não se encontrarem unicamente alocados aos cuidados de reabilitação, tinham menos tempo disponível para intervenção direta junto da pessoa condicionando de certa forma a obtenção de ganhos em saúde. Destaca-se igualmente, em contexto comunitário, a larga extensão de território sobre a alçada de um só EEER, o que dificulta acentuadamente a sua disponibilidade e frequência com que foram realizadas as visitas/intervenção no domicílio, principalmente logo após alta.

Opportunities

Nos diferentes contextos de estágio, identificaram-se as reais limitações de estado de saúde e, frequentemente, a ausência de suporte socioeconómico da pessoa, o que constituiu um desafio no planeamento adequado e personalizado das intervenções de reabilitação. Foi exigida uma constante capacidade de resiliência e adaptação, suportada na evidência científica, durante a prestação dos cuidados de reabilitação, o que contribuiu para a diferenciação da prática avançada em enfermagem do EEER. Em contexto hospitalar, verificou-se a oportunidade de desenvolver uma série de formações de sensibilização e capacitação para cuidadores informais e profissionais de saúde, alinhadas com o tema do projeto de estágio. Essas formações contribuíram para a implementação de um projeto fundamental para a equipa de EEER, reforçando a melhoria da qualidade dos cuidados e a prevenção de LME. Além destas formações, foram também criados instrumentos de informação em diversos formatos, que suportaram as atividades baseadas em evidência. A pesquisa realizada contribuiu inevitavelmente para o desenvolvimento de conhecimentos diferenciados, que se estenderam a toda a equipa do serviço. Durante a avaliação das necessidades da pessoa, foram aplicados diversos instrumentos e escalas de avaliação, através da digitalização das mesmas (Apêndice 24) foi possível a otimização da recolha de resultados das intervenções realizadas.

A base teórica fornecida pela Teoria das Transições de Afaf Meleis orientou a prestação dos cuidados de reabilitação, permitindo uma intervenção diversificada, especialmente junto de cuidadores informais vulneráveis a LME. Dessa forma, enquanto estudante e futura EEER, foi possível aplicar na prática um cuidado holístico.

Threats

Durante o estágio na UCCI, previa-se uma intervenção mais contínua nos cuidados à utente escolhida para a realização do estudo de caso. No entanto, devido à elevada rotatividade dos EEER orientadores, e à intensa solicitação da enfermeira orientadora principal para funções de gestão, isso não foi possível. O percurso realizado foi marcado por uma avaliação geral muito positiva.

Através da realização do projeto de estágio, identificou-se a prevenção das LME nos cuidadores informais como uma área prioritária de intervenção pelo EEER e de grande interesse pessoal, devido à sua exigência e à obtenção de ganhos em saúde visivelmente

rápidos. Com base na problemática identificada, foram desenvolvidas e aplicadas em estágio as estratégias e métodos de trabalho adequados.

Durante o decorrer do estágio foram alcançadas as competências definidas pela OE para a atribuição do título profissional de EEER, bem como as competências traçadas pelos descritores de Dublin para o 2.º ciclo de ensino, a que confere o grau de Mestre. Através da articulação com a equipa multidisciplinar e da partilha de resultados das intervenções realizadas, foi possível validar a capacidade de tomada de decisão em situações complexas. Verificou-se, assim, que os conhecimentos adquiridos contribuíram para uma melhoria exponencial na prática dos cuidados.

Em parceria com a pessoa, planearam-se e implementaram-se intervenções de reabilitação que permitiram atender aos seus objetivos pessoais, ajudando-a a compreender a sua situação de doença aguda ou crónica. Para isso, foram implementados programas de prevenção e tratamento de LME, incluindo treino motor, cardiorrespiratório e de AVD, com o objetivo de maximizar o seu potencial funcional e independência. No processo de cuidar, foi essencial desenvolver uma relação empática com a pessoa, realizando uma avaliação holística das suas necessidades, com o auxílio de instrumentos e escalas de avaliação que permitiram dar visibilidade aos resultados obtidos.

À pessoa com alterações na mobilidade, consequência de alteração/lesão neurológica, foram avaliadas as motivações pessoais. Desenvolveram-se estratégias que permitiram prestar cuidados especializados na área de enfermagem de reabilitação, focando-se também na prevenção e tratamento de LME associadas aos cuidadores informais. As intervenções abrangeram a reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, respiratória, cardíaca, da alimentação e da eliminação, bem como o treino de AVD, possibilitando o desenvolvimento das competências específicas do EEER.

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, relacionadas com o "Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal", foi essencial garantir os direitos humanos e promover um cuidado holístico, exercendo a prática de acordo com os princípios éticos e as normas deontológicas da profissão.

No "Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade", colaborou-se na implementação de sessões de formação dinâmicas sobre as LME e ginástica laboral (Apêndice 4), com entrega de folhetos informativos, a dois grupos profissionais: profissionais de saúde e cuidadores informais. Participou-se no projeto escolar "Mochila às Costas" que envolveu uma atividade dinâmica com o jogo "quantos queres?", com crianças do 1.º ano ao 4.º ano, sensibilizando os pais para a importância da educação postural das crianças.

No “Domínio da gestão dos cuidados”, organizaram-se cuidados de reabilitação assentes nas necessidades da pessoa, assumindo a liderança e gestão dos cuidados de qualidade através do trabalho em equipa, tendo delegado e supervisionado as tarefas.

O “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” destacou a importância da reflexão pessoal sobre todos os conhecimentos teórico-práticos adquiridos e desenvolvidos neste percurso académico. No período de estágio desenvolveu-se um póster (Apêndice 13), assente no projeto sobre o uso de terapia compressiva, no serviço de ortopedia. Destacando a capacidade de autoaprendizagem e comunicação, participou no 1.º Webinar e Encontro Digital 2023/2024: “Reabilitação e Cuidados Respiratórios” com a exposição de póster sobre as lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (Certificado em Anexo 3), sobre ginástica laboral (Certificado em Anexo 4) e ainda nesta mesma qualidade nas Jornadas Científicas da Escola Superior Egas Moniz (Certificado em Anexo 5).

A capacidade de julgamento e tomada de decisões em equipa de trabalho foi evidente durante a participação nas Jornadas Científicas da Escola Superior Egas Moniz, como membro da comissão organizadora (Anexo 5). Participou-se no Health Summit, nas Jornadas Científicas da Escola Superior Egas Moniz e nas Jornadas UCC no sentido de reforçar os conhecimentos teórico-práticos não lecionados, mas aplicados na prática dos cuidados aliados à tecnologia (Anexo 6, 5 e 2). Nas Jornadas de UCC foi possível conhecer e experienciar técnicas de intervenção de reabilitação diferenciadas no domicílio. Procurou-se enriquecer os conhecimentos através da participação em cursos de formação e sessões de esclarecimento que em conjugação com a evidência científica, permitiram complementar o conhecimento adquirido na especialidade de enfermagem de reabilitação, nomeadamente o curso Prática Baseada na Evidência.

Durante o relatório de estágio, foram claros os resultados alcançados com base nas intervenções planeadas e executadas, conforme demonstrado nos estudos de caso. O objetivo foi dar resposta às necessidades da pessoa como um todo, obtendo ganhos em saúde e promovendo a sua satisfação e bem-estar.

Através do desenvolvimento das competências específicas do EEER, foi possível prestar cuidados à pessoa com necessidades especiais em diversos contextos de prática. Capacitou-se a pessoa com deficiência ou limitação funcional, com o objetivo de reintegrá-la na sociedade, e maximizou-se as suas capacidades funcionais em benefício da qualidade de vida.

Na pessoa com alterações na mobilidade, o foco principal incidiu no treino motor e cardiorrespiratório, juntamente com o treino de AVD, com o intuito de fortalecer a capacidade de autocuidado e prevenir LME. Esta abordagem não só visa promover a saúde

e a independência do indivíduo, como também pretende proteger os cuidadores de possíveis lesões relacionadas com a prestação direta de cuidados contínua. Os estudos de caso evidenciaram melhorias significativas na saúde e na autonomia em caminhar e/ou realizar as AVD, contribuindo, assim, para a prevenção de LME nos cuidadores.

O fortalecimento muscular, o treino de equilíbrio e coordenação foram elementos fundamentais para implementar o treino de marcha, com ou sem auxílio. A motivação pessoal, como complemento ao treino motor e cardiorrespiratório, mostrou-se crucial na obtenção de resultados positivos, o que se traduziu numa capacidade de locomoção independente.

Para obter resultados positivos, é essencial valorizar o papel do principal cuidador informal e/ou da família no processo de adaptação à saúde e à doença. Estes desempenham um papel crucial ao fornecerem apoio emocional, físico e prático à pessoa em situação de doença durante todo o processo de recuperação. Além disso, o cuidador e a família desempenham um papel fundamental na reintegração da pessoa na sua comunidade. Assim, reconhecer e envolver ativamente esses elementos no processo de cuidados é fundamental para garantir uma recuperação completa e uma readaptação bem-sucedida à vida quotidiana.

Na enfermagem de reabilitação, a prevenção de LME é crucial. O objetivo primordial é promover a independência funcional e autónoma e no autocuidado independente, mesmo que seja necessário recorrer a dispositivos de apoio. O intuito fundamental é otimizar a qualidade de vida da pessoa e respetivos cuidadores, expostos à prática contínua e exaustiva de cuidados.

A especialização em enfermagem de reabilitação agrega um valor significativo ao campo da enfermagem de cuidados gerais. Esta área do conhecimento instrui os profissionais a considerarem a pessoa com doença como um ser holístico, capaz de desempenhar funções independentemente das suas capacidades e limitações funcionais. Cada intervenção realizada, apoiada numa prática avançada, diferenciada e científica, em benefício da pessoa, representa um conjunto de competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso académico. Tais competências são consideradas essenciais para melhorar os cuidados de enfermagem de reabilitação e a qualidade de vida das pessoas e repetivas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abate, M. (2013). Cigarette smoking and musculoskeletal disorders. *Muscle, Ligaments and Tendons Journal*. <https://doi.org/10.11138/mltj/2013.3.2.063>
- Abdollahi, T., Pedram Razi, S., Pahlevan, D., Yekaninejad, M. S., Amaniyan, S., Leibold Sieloff, C., & Vaismoradi, M. (2020). Effect of an Ergonomics Educational Program on Musculoskeletal Disorders in Nursing Staff Working in the Operating Room: A Quasi-Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 7333. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197333>
- Afaneh, T., Abu-Moghli, F., & Ahmad, M. (2021). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Nursing Management*, *28*(3), 28–33. <https://doi.org/10.7748/nm.2021.e1982>
- Ajibade, B. (2021). Assessing the patient's needs and planning effective care. *British Journal of Nursing*, *30*(20). <https://www.britishjournalofnursing.com/content/clinical/assessing-the-patients-needs-and-planning-effective-care/>
- American Psychological Association. (2019). *Manual de Publicação da American Psychological Association* (Artmed, Ed.; 7.^a ed.). American Psychological Association. <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/9889/10/NormaAPA7W.pdf>
- Araújo, C., Santos, L., Ferreira, O., Sousa, J., Lopes, J., & Delgado, B. (2023). Guia Orientador De Boas Práticas: Prescrição De Dispositivos E Produtos De Apoio No Âmbito Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*, *1*, 5–138. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2010). Maximizar os ganhos em saúde da população: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde. . *Plano Nacional de Saúde 2011-2016* . <https://www.aper.pt/wp-content/uploads/2023/04/aper2.pdf>
- Bannur, S. (2023). Assertiveness in nursing-increasing the level of confidence among nursing professionals: A review. *World Journal of Advanced Engineering Technology and Sciences*, *14*(1), 261–265. <https://doi.org/10.30574/wjbphs.2023.14.1.0193>
- Bárrios, M. (2017). Políticas De Envelhecimento Ao Nível Local Análise E Avaliação De Programas A Partir Do Paradigma De Envelhecimento Ativo. *Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa*. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14078/1/Tese%20na%20%C3%8Dntegra%20MJB%C3%A1rrios.pdf>
- Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health - Revue Canadienne de Sante Publique*, *83*(2), 7–11.
- Bijnsdorp, F., Onwuteaka-Philipsen, B., Boot, C., van der Beek, A., & Pasman, H. R. (2022). Caregiver's burden at the end of life of their loved one: insights from a longitudinal qualitative study among working family caregivers. *BMC Palliative Care*, *21*(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01031-1>
- Bohannon, R., & Smith, M. (1987). Interrater Reliability of a Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. *Physical Therapy*, *67*(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Bologna Working Group on Qualifications Frameworks. (2005). Framework for Qualifications of the European Higher Education Area. *Copenhagen: Ministry of Science, Technology and Innovation* .

- https://www.ehea.info/media.ehea.info/file/WG_Frameworks_qualification/71/0/050218_QF_EHEA_580710.pdf
- Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14(5), 377–381. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7154893/>
- Bratz, J., & Sandoval-Ramirez, M. (2018). Ethical competences for the development of nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 4), 1810–1814. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0539>
- Bronkhorst, B., Tummers, L., & Steijn, B. (2018). Improving safety climate and behavior through a multifaceted intervention: Results from a field experiment. *Safety Science*, 103, 293–304. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.12.009>
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.-P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Byrne, A.-L., Baldwin, A., & Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLOS ONE*, 15(3), e0229923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>
- Cabanas-Valdés, R., Boix-Sala, L., Grau-Pellicer, M., Guzmán-Bernal, J., Caballero-Gómez, F., & Urrútia, G. (2021). The Effectiveness of Additional Core Stability Exercises in Improving Dynamic Sitting Balance, Gait and Functional Rehabilitation for Subacute Stroke Patients (CORE-Trial): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126615>
- Cardoso, M. F., Faria Fonseca, E., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., & Pimenta Lopes Ribeiro, O. M. (2020). Atitudes Dos Enfermeiros Especialistas Face À Morte: Particularidades Dos Enfermeiros Especialistas Em Enfermagem De Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 75–82. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.10.5772>
- Comissão das Comunidades Europeias. (2008). Demography Report - Towards better societies for families and older people. *Comissão das Comunidades Europeias*. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=419>
- Comissão Europeia. (2008). *Demography Report - Towards better societies for families and older people*. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=419>
- Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O Treino Propriocetivo e de Equilíbrio Postural no Idoso para a Prevenção de Quedas: Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 66–77. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573>
- Da Silva Moser, G., Lima Gelbcke, F., Moser Aguiar, D., Dornelles Schoeller, S., & Santana Castro, F. (2020). Independência Funcional Da Pessoa Com Lesão Medular: Do Trauma À Primeira. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 67–74. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.9.5764>
- Dautzenberg, L., Beglinger, S., Tsokani, S., Zevgiti, S., Raijmann, R., Rodondi, N., Scholten, R., Rutjes, A., Di Nisio, M., Emmelot-Vonk, M., Tricco, A., Straus, S., Thomas, S., Bretagne, L., Knol, W., Mavridis, D., & Koek, H. (2021). Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(10), 2973–2984. <https://doi.org/10.1111/jgs.17375>
- Decreto-Lei 100/2019. (2019). Estatuto do Cuidador Informal. *Diário da República*, 1.^a série.

- https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3144&tabela=leis&so_miolo=
- Decreto-Lei n.º 93/2009. (2009). Aprova o sistema de atribuição de produtos de apoio a pessoas com deficiência e a pessoas com incapacidade temporária. *Diário da República n.º 74/2009, Série I de 2009-04-16, páginas 2275 - 2277.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/93-2009-603884>
- Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 156/2015. (2015). Decreto-Lei n.º 156/2015. *Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 - 8105.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem Do problema aos fundamentos: Vol. I* (1.ª ed.). Almedina.
- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.* Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho n.º 12427/2016. (2016). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. *Diário da República n.º 199/2016, Série II de 2016-10-17.* <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/despacho/12427-2016-75533168>
- DiClemente, C., & Crisafulli, M. (2022). Relapse on the Road to Recovery: Learning the Lessons of Failure on the Way to Successful Behavior Change. *Journal of Health Service Psychology, 48*(2), 59–68. <https://doi.org/10.1007/s42843-022-00058-5>
- Direção-Geral de Saúde. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Direção-Geral de Saúde.* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Douhal, H., Jarrah, S., Masa'deh, R., & Shudifat, R. (2024). Nurses' Knowledge and Practice of Appropriate Techniques of Body Mechanics and Non-specific Back Pain. *Cureus.* <https://doi.org/10.7759/cureus.56478>
- Eurostat. (2021). Eurostat Statistics Explained. Estrutura Populacional e Envelhecimento. *Eurostat Statistics.* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&oldid=3
- Eusébio, A. T. M. C. L. R. J. V. de A. B., Carinhas, M., Carvalho, L., & Lopes, T. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação, I,* 4–78. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Fan, L. J., Liu, S., Jin, T., Gan, J. G., Wang, F. Y., Wang, H. T., & Lin, T. (2022). Ergonomic risk factors and work-related musculoskeletal disorders in clinical physiotherapy. *Frontiers in Public Health, 10.* <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1083609>
- Fernandes, J., & Vareta, D. (2019). *Enfermagem Avançada: Vol. I* (Papa-Letras, Ed.; 1.ª ed.). Papa-Letras Edições.
- Gomes, J., Soares, C., & Bule, M. (2019). Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 2*(1), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- Haddad, L., & Geiger, R. (2024). *Nursing Ethical Considerations* (1.ª ed.). StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/>
- Hakvoort, L., Dikken, J., Cramer-Kruit, J., Nieuwenhuyzen, K. M.- van, van der Schaaf, M., & Schuurmans, M. (2022). Factors that influence continuing professional development over a nursing career: A scoping review. *Nurse Education in Practice, 65.* <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103481>

- International Council of Nurses, International Council of Nurses Code (2021). https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf
- Jain, S., & Iverson, L. (2024). *Glasgow Coma Scale*.
- Krist, A., Tong, S., Aycock, R., & Longo, D. (2017). Engaging Patients in Decision-Making and Behavior Change to Promote Prevention. *Studies in health technology and informatics*, 240, 284–302.
- Kulkarni, P., Ray, M., Shyam, A., & Sancheti, P. (2021). Prevalence of musculoskeletal problems in caregivers handling non-ambulatory spinal cord injury patients. *International Journal of Scientific Reports*, 7(9), 454. <https://doi.org/10.18203/issn.2454-2156.IntJSciRep20213260>
- Kuznecovienė, J., Butkevičienė, R., Harrison, W. D., Peičius, E., Urbonas, G., & Astromskė, K. (2022). What does it mean to be the main caregiver to a terminally ill family member in Lithuania?: A qualitative study. *PLOS ONE*, 17(5), e0265165. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265165>
- Kwame, A., & Petrucka, P. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Layuk, S., Martiana, T., & Bongakaraeng, B. (2020). School Bag Weight and the Occurrence of Back Pain among Elementary School Children. *Journal of Public Health Research*, 9(2), jphr.2020.1841. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1841>
- Leite, M. (2019). *O gestor de unidades de saúde privadas e a gestão de tempo*. [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28134/1/Tese%20Mestrado%20Maria%20Jos%c3%a9%20Leite.pdf>
- Loo, Y., Yan, S., & Low, L. (2022). Caregiver burden and its prevalence, measurement scales, predictive factors and impact: a review with an Asian perspective. *Singapore Medical Journal*, 63(10), 593. <https://doi.org/10.11622/smedj.2021033>
- Magalhães, A., Chamusca, D., Leitão, I., Capelo, J., Silva, M., & Pereira, V. (2021). Reabilitar Quem Cuida. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 73–82. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.173>
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Margarido, C. (2023). Promoção das Capacidades Cognitivas em idosos: Aplicação de um programa de estimulação cognitiva. *Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social da Escola Superior de Educação de Coimbra*, 23–100. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44094/1/CELIA_MARGARIDO.pdf
- Martins, M. (2021). Afinal o que nos diferencia dos outros enfermeiros e dos outros profissionais? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 4–5. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.181>
- Martins, M., Ribeiro, O., & Ventura Da Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- Matos, M., & Araújo, C. (2021a). Prevenção De Lesões Músculo-Esqueléticas Nos Cuidadores Informais De Doentes Dependentes No Domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 56–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>
- Matos, M., & Araújo, C. (2021b). Prevenção De Lesões Músculo-Esqueléticas Nos Cuidadores Informais De Doentes Dependentes No Domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 56–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>

- Matos, M., Barreiras, C., & Festas, C. (2019). Peso máximo da mochila recomendado para crianças (6-12 anos) em contexto escolar: protocolo de scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 49–52. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4575>
- Matos, M. de F., & Simões, J. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- McGilton, K., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Commisso, E., Ploeg, J., Andrew, M., Ayala, A., Gray, M., Morgan, D., Chow, A., Parrott, E., Stephens, D., Hale, L., Keatings, M., Walker, J., Wodchis, W., Dubé, V., McElhaney, J., & Puts, M. (2018). Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatrics*. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0925-x>
- Medical Research Council. (1976). Special credit - Medical Research Council. *Muscle scale is licensed by the Medical Research Council under the Open Government License*. <https://www.ukri.org/councils/mrc/>
- Meleis, A. (2017). *Theoretical Nursing Development & Progress* (Lippincott William & Wilkins, Ed.; 6.^a ed.). Wolters Kluwer.
- Meleis, A. (2018). *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (2.^a ed.). Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., Parreira, P., Rezende, H., Duarte, A., Zapata, D., Traver, A., Gondim, S., Alberton, G., Cervo, C., Hutz, C., Campos, I., & Lousã, E. (2017). *Liderança e seus Efeitos* (1.^a ed.). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.esenfc.pt/pt/download/3862/ATxTd7gXJOqMMIC0j21B>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC* (Vol. 1). Lusociência.
- Morse, J., Morse, R., & Tylko, S. (1989). Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillessement*, 8(4), 366–377. <https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- Movimento de Cuidar Cuidadores Informais. (2021). O que é ser Cuidador Informal em Portugal? *Embracing Cares - Merck*. https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadoresinformais_infografia_2021_A4.pdf
- Nora, C., Deodato, S., Vieira, M., & Zoboli, E. (2016). Elements And Strategies For Ethical Decision-Making In Nursing. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Norma 008/2019. (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. *Direção Geral de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Ministério da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Nunes, L. (2016, Março). Os limites éticos no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*, 7–16. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro_%20Rev%20Servir_2016.pdf
- OE. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento e Enunciados Descritivosconceptual. *Ordem dos Enfermeiros*, 7–21.

- <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Áreas de Intervenção Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Em *Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação* (pp. 1–7). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- OE. (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Oliveira, A., Nossa, P., & Mota-Pinto, A. (2019). Assessing Functional Capacity and Factors Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study. *Acta Médica Portuguesa*, 32(10), 654–660. <https://doi.org/10.20344/amp.11974>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Irmãs Hospitaleiras Casa de Saúde da Idanha-a-Nova*, 1, 4–35. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_de_Saude_da_Idanha.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; 7.^a ed., Vol. 1). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Core De Indicadores Por Categoria De Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). Da Deontologia à Prática. *Os Enfermeiros e... ? Açoriano Oriental*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32699/28_01_2024-22154-p%C3%A1gina-1-geral.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). Cuidados Inovadores para Condições Crónicas. Componentes Estruturais de Ação. *Organização Mundial de Saúde*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2017). *Caring for Quality in Health*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2023). Old-age Dependency Ratio. *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico*. <https://data.oecd.org/pop/old-age-dependency-ratio.htm>
- Padilha, J., Martins, M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os Processos Formativos em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>
- Pego, M., & Nunes, C. (2018). Aging, Disability, and Informal Caregivers: A Cross-sectional Study in Portugal. *Frontiers in Medicine*, 4. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00255>
- Petronilho, F., Pereira, F., & Paiva e Silva, A. (2017, Fevereiro). Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado: estudo longitudinal. *Revista Investigação de Enfermagem. Edições Sinais Vitais*, 33–45. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/63436/1/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20e%20destino%20das%20pessoas%20dependentes%20no%20autocuidado_estudo%20longitudinal_RIE%20n%C2%BA18_fev%202017%20%282%29.pdf

- Pinto, A., & Mota, L. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Poh, K. (2022). SMJ Best Research Paper Award 2019. *Singapore Medical Journal*, 63(10), 563. <https://doi.org/10.4103/0037-5675.361665>
- PORDATA. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses — envelhecimento, saúde, idadeismo*. https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7409/1/2020_como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadeismo-pdf.pdf
- Powell-Cope, G., Pippins, K., & Young, H. (2022). Teaching Family Caregivers to Assist Safely with Mobility Methods for safe patient handling can and should be used in the home. *AARP Public Policy Institute*. <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/01845097-202205000-00003.pdf>
- Prince, M. J., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K. S., Jimenez-Velazquez, I. Z., Jotheeswaran, A. T., Llibre Rodriguez, J. J., Salas, A., Sosa, A. L., Acosta, I., Mayston, R., Liu, Z., Llibre-Guerra, J. J., Prina, A. M., & Valhuerdi, A. (2021). Intrinsic capacity and its associations with incident dependence and mortality in 10/66 Dementia Research Group studies in Latin America, India, and China: A population-based cohort study. *PLOS Medicine*, 18(9), e1003097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003097>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, 2019.
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento n.º 613/2022. (2022). Regulamento que define o Ato do Enfermeiro. *Diário da República n.º 131/2022, Série II de 2022-07-08, páginas 179 - 182*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. (1.ª ed., Vol. 1). LIDEL.
- Rodrigues, N. (2023). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Promoção da Capacidade Funcional da Pessoa Pós Acidente Vascular Cerebral* [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48594/1/MEReab_4405_original.pdf
- Roy, C. (2018). Key Issues in Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 81–92. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000266>
- Santos, G., Costal, R., Gouveia, M., & Fernandes, M. (2020). Transições da prática profissional da enfermagem no enfrentamento do novo coronavírus. *Enfermagem em Foco*, 11(2), 84–88. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4270/988>
- Sastrawan, S., Newton, J., & Malik, G. (2019). Nurses' integrity and coping strategies: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 733–744. <https://doi.org/10.1111/jocn.14702>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda: Vol. I* (Lidel, Ed.; 1.ª ed.). Lidel Edições Técnicas.
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (2019). Novos Desafios Para Velhos Problemas: O Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação Na Promoção Da Acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem Reabilitação*, 2(2). <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/121/76>
- Silva, C., Pita, J., Ribeiro, M., Parrela, R. F., & Tourinho, L. de O. S. (2022). Depressão em idosos: um estudo de revisão bibliográfica de 2013 a 2020. *Research, Society and Development*, 11(7), e47611730429. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30429>

- Smith, L., Morton, D., & van Rooyen, D. (2022). Family dynamics in dementia care: A phenomenological exploration of the experiences of family caregivers of relatives with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(6), 861–872. <https://doi.org/10.1111/jpm.12822>
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem De Reabilitação No Empoderamento E Capacitação Da Pessoa Em Processos De Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63–68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Stefanou, N., Arnaoutoglou, C., Papageorgiou, F., Matsagkas, M., Varitimidis, S. E., & Dailiana, Z. H. (2022). Update in combined musculoskeletal and vascular injuries of the extremities. *World Journal of Orthopedics*, 13(5), 411–426. <https://doi.org/10.5312/wjo.v13.i5.411>
- Swartz, K., & Collins, L. (2019). Caregiver Care. *American Family Physician*, 99(11), 699–706. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0601/p699.html>
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of Coma and Impaired Consciousness. *The Lancet*, 304(7872), 81–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0)
- Tornero-Quiñones, I., Sáez-Padilla, J., Espina Díaz, A., Abad Robles, M. T., & Sierra Robles, Á. (2020). Functional Ability, Frailty and Risk of Falls in the Elderly: Relations with Autonomy in Daily Living. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1006. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031006>
- Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. (2016). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7197-2016-74587625>
- Valentim, I. (2020). *Melhorar as competências dos cuidadores informais* [Instituto Politécnico de Portalegre]. <http://hdl.handle.net/10400.26/33527>
- van Gaalen, A., Brouwer, J., Schönrock-Adema, J., Bouwkamp-Timmer, T., Jaarsma, A., & Georgiadis, J. (2021). Gamification of health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 26(2), 683–711. <https://doi.org/10.1007/s10459-020-10000-3>
- Viegas, L. (2020). Promoção da qualidade dos cuidados familiares e de saúde do cuidador: uma intervenção estruturada de enfermagem. *Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem*. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/44170/1/ULSD886225_td_Laura_Viegas.pdf
- Waris, M., Upadhyay, A. D., Chatterjee, P., Chakrawarty, A., Kumar, P., & Dey, A. B. (2022). Establishment of Clinical Construct of Intrinsic Capacity in Older Adults and Its Prediction of Functional Decline. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 17, 1569–1580. <https://doi.org/10.2147/CIA.S371793>
- Wills, E., & Mcewen, M. (2015). *Bases Teóricas de Enfermagem* (4.ª ed.). Artmed Editora.
- Xia, N., Wang, X., Griffin, M., Wu, C., & Liu, B. (2017). Do we see how they perceive risk? An integrated analysis of risk perception and its effect on workplace safety behavior. *Accident Analysis & Prevention*, 106, 234–242. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2017.06.010>

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Projeto de Estágio

Prevenção Das Lesões Musculoesquéticas No Cuidador Informal: Intervenção Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação Na

Prevention of Musculoskeletal Injuries in the Informal Caregiver: Intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in the

Joana dos Santos Afonso

**Almada
2023**



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Projeto de Estágio

**Prevenção Das Lesões Musculoesquéticas No Cuidador
Informal: Intervenção Do Enfermeiro Especialista Em
Enfermagem De Reabilitação Na**

**Prevention of Musculoskeletal Injuries in the Informal
Caregiver: Intervention of the Nurse Specialist in
Rehabilitation Nursing in the**

Joana dos Santos Afonso

Docente Orientadora: Noélia Ferreira

**Almada
2023**



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

AVD - Atividades de Vida Diária

CE - Comissão Europeia

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

DGS - Direção Geral de Saúde

LME - Lesões Musculoesqueléticas

MSI - Musculoskeletal Injuries

NSRN - Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing

OCDE - Organization for Economic Cooperation and Development

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

UE - União Europeia

RESUMO

O desenvolvimento de competências para alcançar o grau de Mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é obtido através de um processo formativo que inclui um estágio profissional. Durante este período de estágio, o estudante deve revelar que adquiriu a competência e o conhecimento necessário, de acordo com os padrões estabelecidos pelo colégio de especialidade.

Nesse sentido, foi realizado um projeto de estágio com o objetivo de planejar atividades e intervenções que visam abordar uma problemática previamente identificada. A área de interesse selecionada para este projeto é a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de Lesões Musculoesqueléticas (LME) no Cuidador Informal.

Palavras-Chave: LME; EEER; Cuidador Informal



ABSTRACT

The development of skills to achieve the master's degree and the professional title of Specialist Nurse is obtained through a formative process that includes a professional internship. During this internship period, the student must demonstrate that they have acquired the competence and necessary knowledge according to the standards established by the specialty college.

In this context, an internship project was carried out with the aim of planning activities and interventions aimed at addressing a previously identified issue. The area of interest selected for this project is the intervention of the specialist nurse in rehabilitation nursing in the prevention of Musculoskeletal Injuries (MSI) in Informal Caregivers.

Keywords: MSI; NSRN; Informal Caregiver

ÍNDICE

RESUMO	73
INTRODUÇÃO	76
PLANO DE ATIVIDADES	80
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas” foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio, inserida no 1º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

O projeto de estágio constitui um elemento de avaliação curricular que tem como objetivo descrever a área de interesse que pretendo desenvolver durante o estágio, bem como a sua relevância. Além disso, visa abordar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, de forma a minimizar a problemática em estudo. Durante o estágio, será apresentada a teoria que sustenta a minha intervenção, com o propósito de adquirir competências científicas, técnicas e humanas para providenciar cuidados de enfermagem especializados na área de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Com a implementação deste projeto, pretendo desenvolver as competências referentes aos quatro domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, p.4745) bem como as competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, p.13566) : *“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.*

Neste sentido, foram elaborados objetivos gerais e planeadas atividades que proporcionem o desenvolvimento destas competências: 1- Desenvolver competências no planeamento, implementação e avaliação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação na prevenção das lesões musculoesqueléticas no cuidador informal. 2- Desenvolver competências do EEER na área motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, tendo em vista a promoção do autocuidado.

Para a execução deste projeto, serão realizados vários estágios, efetuados em cinco fases. A primeira fase decorrerá de 15 de maio a 28 de julho de 2023 em contexto hospitalar. A segunda fase decorrerá de 11 de setembro a 13 de outubro de 2023 numa Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC). A terceira fase decorrerá de 16 de outubro a 17 de novembro de 2023 num Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). A quarta fase decorrerá de 20 de novembro a 1 de dezembro de 2023 com contexto

comunitário. A quinta fase decorrerá de 4 de dezembro a 14 de janeiro de 2024 em contexto hospitalar especificamente em serviço de Ortopedia.

O presente trabalho intitulado “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas” foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio, inserida no 1º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

A escolha do tema do projeto prende-se pela necessidade identificada na minha prática clínica diária em informar, instruir e capacitar cuidadores informais que pela sobrecarga sentida contraem um elevado número de lesões musculoesqueléticas.

O aumento da esperança média de vida da população, bem como o aumento das doenças crónicas, tem vindo a ter um impacto significativo nos sistemas de saúde a nível global (PORDATA 2020, Organização Mundial de Saúde, 2015; Comissão Europeia, 2008). Como resultado, é possível verificar um aumento significativo no número de pessoas que necessitam de cuidados prestados em casa, tendo os cuidadores informais um papel crucial na prestação desses cuidados (Trindade et al., 2017; Dardengo & Mafra, 2018; Eurostat, 2021; Gomes, 2022; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2023). No entanto, é importante salientar que a prestação de cuidados pelos cuidadores informais pode resultar numa sobrecarga objetiva, com consequências físicas e psicológicas adversas (Bárrios, 2017; MacGilton et.al., 2018). Entre essas consequências, destaca-se a prevalência de lesões musculoesqueléticas, que pode afetar significativamente não só a qualidade dos cuidados prestados às pessoas cuidadas, como também qualidade de vida dos próprios cuidadores (Swartz & Collins, 2019; Viegas, 2020; Smith et al., 2022).

A enfermagem de reabilitação deve ter um papel fundamental na prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores informais, através da implementação de estratégias preventivas baseadas nos princípios de mecânica corporal e ergonomia. É necessário que os enfermeiros estejam constantemente atualizados e conscientes destes princípios, para que possam melhor aconselhar os cuidadores sobre qual a forma mais correta e adequada de realizar atividades de cuidado, reduzir o risco de lesões e antever acidentes (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Day et al. 2018; Araújo & Matos, 2021).

Para além disso, o EEER deve realizar avaliações das condições do ambiente durante o desempenho das atividades de cuidado, identificando potenciais riscos ergonómicos e implementando propostas de soluções para reduzir a prevalência e gravidade das lesões musculoesqueléticas (Powell-Cope et al. 2022; Araújo & Matos, 2021).

A escolha deste tema revela-se ainda pertinente na medida em que está intrinsecamente relacionado com a área de Capacitação da Pessoa e/ou Cuidador Informal,

uma área prioritária para estudo de acordo com a análise dos documentos orientadores da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE, nomeadamente as Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2014)

O EEER desempenha um papel fundamental, uma vez que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite prevenir LME nos cuidadores informais, maximizando o seu potencial funcional e independência na prestação de cuidados (Regulamento n.º 392/2019 pág. 13565).

Compreender as intervenções do EEER é fundamental para garantir a eficácia do cuidado prestado, prevenir a sobrecarga e consequentemente desenvolver a sua máxima autonomia prevenindo as LME.

A Ordem dos Enfermeiros, em 2019, referiu que manter a independência funcional das pessoas, melhorar a sua capacidade funcional e proporcionar melhor qualidade de vida são objetivos da enfermagem de reabilitação (Regulamento nº. 392/2019). A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa e na família poderá contribuir para dar resposta às necessidades dos cuidadores, tendo como referência o modelo teórico: Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Com base neste modelo, a dependência no autocuidado é definida por um estado em que a pessoa vivencia um processo de transição saúde-doença, uma vez que, deixa de ser autónoma para a realização das atividades básicas do autocuidado pessoal e passa a depender de outros para a satisfação do seu autocuidado (Rocha, 2015).

A fundamentação do projeto foi realizada através de uma revisão scoping utilizando a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (Peter et al., 2015) com recurso às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, da plataforma EBSCOhost. ScienceDirect. Foi ainda realizada pesquisa na ScienceDirect; Scielo; PubMed Biblioteca do conhecimento online; Google Académico. Recorreu-se às palavras-chave AVC; Reabilitação; Equilíbrio Postural; Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiros;

Este trabalho está dividido em seis partes distintas. Inicialmente, encontra-se a Introdução, seguida de um Enquadramento Teórico sobre a temática, incluindo o envelhecimento, a caracterização da pessoa dependente do cuidador informal e caracterização das LME. Além disso, é abordado o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e os resultados da revisão de Scoping, bem como a Teoria de Enfermagem que sustentou a minha intervenção.

De seguida, é apresentado o Plano de Atividades, elaborado com o intuito de desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do EEER.

Por fim, conclui-se o trabalho, seguido das referências bibliográficas. Este trabalho foi redigido de acordo com o Acordo Ortográfico da língua portuguesa e segue a norma da American Psychological Association (APA) 7ª Edição.



PLANO DE ATIVIDADES

É fundamental desenvolver os objetivos do projeto que vão ao encontro do problema identificado inicialmente e dos resultados que devem ser obtidos. Estes têm por base as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019). Com o objetivo de possibilitar o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER delimitou-se objetivos gerais e específicos que passo a enumerar:

Objetivos Gerais

1. Desenvolver competências do EEER na prevenção das lesões Muscoesqueléticas no cuidador informal.
2. Desenvolver competências do EEER na área motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, tendo em vista a promoção do autocuidado.

Objetivos Específicos do EEER

- 1- Desenvolver uma prática profissional suportada em princípios éticos, deontológicos e no conhecimento científico de maior evidência.
- 2- Integrar a equipa multidisciplinar e desenvolver práticas de qualidade, dinamizando o desenvolvimento de programas de melhoria contínua nos locais de estágio.
- 3- Desenvolver competências de gestão de cuidados de Enfermagem de Reabilitação otimizando a resposta da equipa de saúde, garantindo a qualidade dos cuidados.
- 4- Praticar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação às pessoas com necessidades especiais bem como a família/ cuidador.
- 5- Promover a autonomia funcional e a inclusão social das pessoas com deficiência e limitações nas Atividades de Vida Diária (AVD), capacitando-as para alcançar maior independência e participação na sociedade.
- 6- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

OBJETIVO GERAL	Desenvolver competências do EEER na prevenção das lesões musculoesqueléticas.	
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS (COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEER)	<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de Enfermagem de Reabilitação, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</p> <p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p>C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;</p> <p>D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 - Baseia a sua <i>praxis</i> clínica especializada em evidência científica;</p> <p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 - Capacita a pessoa com deficiências, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	
ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	
<p>- Adquirir e aplicar os conhecimentos teóricos baseados na melhor evidência científica, sobre as complicações decorrentes das lesões musculoesqueléticas, particularmente nos cuidadores informais;</p>	<p>- Realizou pesquisa para adquirir conhecimentos teóricos baseados na melhor evidência científica, sobre as complicações decorrentes das lesões musculoesqueléticas, particularmente nos cuidadores informais;</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver projetos de melhoria contínua na área da ergonomia e mecânica corporal e programas de enfermagem de reabilitação nas lesões musculoesqueléticas; - Desenvolver programas de reeducação funcional motora e ergonómica dedicados aos cuidadores informais; - Realizar a avaliação neurológica - Estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, linguagem); 12 Pares Cranianos (funções e respetiva avaliação); Tónus muscular, força muscular, coordenação motora e equilíbrio; Sensibilidade superficial e profunda; - Basear as intervenções de EEER junto do cuidador informal através da Teoria das Transições de Afaf Meleis; - Planear, aplicar e avaliar programas de reabilitação para cuidadores informais, permitindo a prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas aos cuidados prestados e consequentemente melhor qualidade de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolveu projetos de melhoria contínua da qualidade na área da ergonomia e mecânica corporal e programas de enfermagem de reabilitação sobre lesões musculoesqueléticas; - Aplicou programas de reeducação funcional motora e ergonómica dedicados aos cuidadores informais; - Realizou a avaliação neurológica, avaliação das capacidades funcionais, nível de sobrecarga do cuidador informal através de escalas de avaliação; -Adquiriu e aplicou os conhecimentos teóricos e práticos sobre estimulação neurosensorial e reeducação funcional motora (posicionamento, transferência, levante, exercícios de reforço muscular) no cuidador informal; - Baseou a prática clínica na Teoria das Transições de Afaf Meleis; - Planeou, aplicou e avaliou programas de reabilitação para cuidadores informais, permitindo assim a prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas aos cuidados prestados e consequentemente melhor qualidade de vida.
Recursos Temporais	Cronograma
OBJETIVO GERAL	Desenvolver competências do EEER na área motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, tendo em vista a promoção do autocuidado.
OBJETIVO ESPECÍFICO	1. Desenvolver uma prática profissional suportada em princípios éticos, deontológicos e no conhecimento científico de maior evidência científica.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS (COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA)	A - Responsabilidade Profissional, Ética e Legal A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

	<p>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p>
ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de enfermagem baseados nos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional; - Prestar cuidados à pessoa e família, respeitando as suas decisões, os valores, costumes, crenças pessoais, religiosas, abstendo-se de juízos de valor; -Garantir o direito de acesso à informação e manter a confidencialidade; -Demonstrar consciência dos limites e competências profissionais e pessoais, gerindo emoções e sentimentos para respostas eficientes; -Agir de forma eficaz na resolução de conflitos, utilizando estratégias de comunicação assertiva com a equipa multidisciplinar, a pessoa cuidada e respetiva família/cuidador informal; - Demonstrar conhecimento sobre os recursos humanos, físicos e materiais existentes nos diferentes locais de ensino clínico, que possam ser utilizados durante a prática clínica; -Identificar necessidades de intervenção através da recolha de dados junto da pessoa/família/cuidador informal, e consultar o processo clínico e exames complementares de diagnóstico; - Manifestar proatividade e autonomia na tomada de decisão nas situações de prática clínica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolveu uma prática de cuidados de enfermagem baseada nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão; - Garantiu o respeito pelos valores, costumes, as crenças pessoais e religiosas; - Assegurou o direito da pessoa à escolha e à autodeterminação, abstendo-se de juízos de valor; - Garantiu o respeito pelo direito do acesso à informação, à confidencialidade e à privacidade; - Demonstrou consciência dos seus limites pessoais e profissionais, gerindo os seus sentimentos e emoções para conseguir obter respostas eficientes; - Agiu de forma eficaz na resolução de conflitos, utilizando as melhores estratégias possíveis de comunicação assertiva com a equipa e a pessoa cuidada; - Utilizou durante a prática clínica os recursos humanos, físicos e materiais existentes nos diferentes locais de estágio; - Identificou as necessidades de intervenção e selecionou as intervenções mais apropriadas para a alta/reintegração na comunidade da pessoa, família e/ou cuidador informal;

<ul style="list-style-type: none"> - Identificar práticas de risco e implementar medidas preventivas que garantam a segurança, privacidade e dignidade da pessoa; - Reunir regularmente com a professor (a) e com o enfermeiro (a) orientador (a) de modo a analisar o seu percurso, progresso e as práticas desenvolvidas; - Identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; - Contribuir para novos conhecimentos para o desenvolvimento da prática clínica especializada da intervenção do EEER, através de pesquisa em base de dados científica e apresentação dos trabalhos desenvolvidos; - Aplicar os conhecimentos provenientes dessa pesquisa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participou na construção da tomada de decisão em conjunto com a equipa multidisciplinar; - Identificou práticas de risco e adotou uma abordagem preventiva garantindo segurança, privacidade e dignidade da pessoa; - Reuniu regularmente com o professor e o enfermeiro orientador de modo a analisar o seu percurso, progresso e as práticas desenvolvidas; - Identificou lacunas do conhecimento e oportunidades de investigação; - Realizou pesquisas em bases de dados e contribui para novos conhecimentos da prática clínica; - Aplicou e apresentou trabalhos desenvolvidos com base na melhor evidência científica no âmbito da prática clínica especializada da intervenção do EEER; - Aplicou os conhecimentos adquiridos após a pesquisa.
Recursos Temporais	Cronograma
OBJETIVO ESPECÍFICO	2. Integrar a equipa multidisciplinar e desenvolver práticas de qualidade, dinamizando o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS (COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA)	<p>B - Melhoria da Qualidade</p> <p>B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>
ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO

<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a equipa multidisciplinar do serviço; - Conhecer a dinâmica, protocolos, normas, instrumentos de registo e avaliação, nos diferentes locais de ensino clínico; - Identificar necessidades de formação/melhoria de práticas clínicas através da realização de entrevista com o enfermeiro chefe, enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem; - Participar nos projetos de melhoria contínua da qualidade; - Identificação dos principais fatores de risco que possam comprometer o bem-estar da pessoa e envolver a família/ cuidador informal para uma prática de cuidados segura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrou a equipa multidisciplinar, participou nas atividades do serviço e demonstrou conhecer a sua dinâmica, normas, instrumentos de registo e avaliação e protocolos de cuidados; - Entrevistou a equipa de enfermagem, enfermeiro chefe e enfermeiro orientador dos locais de ensino clínico para incorporar projetos existentes e identificar necessidades de formação; - Participou em projetos de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente na criação de posters, cartazes, folhetos informativos suplementares a formações realizadas e plataformas digitais; - Identificou fatores de risco que comprometem o bem-estar e a segurança da pessoa; - Envolveu a família na prevenção de fatores de risco e promoveu uma prática de cuidado segura.
Recursos Temporais	Cronograma
OBJETIVO ESPECÍFICO	3. Desenvolver competências de gestão de cuidados de Enfermagem de Reabilitação otimizando a resposta da equipa de saúde, garantindo a qualidade dos cuidados.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS (COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA)	<p>C - Domínio da gestão dos cuidados</p> <p>C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p>C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>
ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a complexidade da situação de saúde da pessoa e das suas necessidades e referenciar para outros profissionais de saúde quando necessário; - Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliou as necessidades da pessoa e referenciou para outros profissionais de saúde quando necessário; - Colaborou nas decisões da equipa multidisciplinar;

<ul style="list-style-type: none"> - Gerir cuidados em função dos recursos existentes e das necessidades da pessoa/ família/ cuidador informal; -Envolver a equipa multidisciplinar na continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação; - Garantir a segurança e qualidade dos cuidados delegados noutros profissionais de saúde bem como na família/ cuidador informal, através da supervisão e orientação; -Promover um ambiente positivo e estratégias de motivação e envolvimento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Geriu os cuidados em função dos recursos existentes e as necessidades da pessoa/família/ cuidador informal; - Envolveu a equipa multidisciplinar na continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Demonstrou capacidades de suporte, delegação, orientação e supervisão de outros profissionais, garantindo a segurança e qualidade das intervenções delegadas; - Promoveu um ambiente positivo e aplicou estratégias de motivação e envolvimento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados.
Recursos Temporais	Cronograma
OBJETIVO ESPECÍFICO	4. Praticar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação às pessoas com necessidades especiais bem como à família/ cuidador informal.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS (ESPECÍFICAS DO EEER)	J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.
ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Recolher informação que permitam identificação de necessidades especiais da pessoa/ família/ cuidador informal; - Avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD, bem como fatores que facilitam ou impedem a independência da sua realização; - Avaliar o impacto psicossocial que advém das alterações da capacidade funcional e que interfere nos processos adaptativos e na qualidade de vida da pessoa cuidada; -Identificar necessidades de intervenção que existam a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e sexualidade, e desenvolver 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificou necessidades especiais da pessoa/ família/ cuidador informal através da colheita de dados; - Avaliou a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD bem como fatores que facilitam ou impedem a independência da sua realização; - Avaliou o impacto psicossocial que advém das alterações da capacidade funcional e que interfere nos processos adaptativos e na qualidade de vida da pessoa cuidada;



programas de reabilitação individualizados para a otimização e reeducação das capacidades funcionais;

- Discutir e definir com o Enfermeiro orientador as intervenções mais adequadas e prioritárias para reeducar/ otimizar a funcionalidade;

- Englobar a pessoa/ família/ cuidador informal, na definição das intervenções a implementar para promover o seu bem-estar e qualidade de vida;

- Avaliar os resultados após execução das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas, com recursos a instrumentos / escalas de avaliação.

- Identificou as necessidades de intervenção para otimização e reeducação das capacidades funcionais a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e sexualidade e desenvolveu programas de reabilitação individualizados;

- Discutiu e definiu com o Enfermeiro orientador as intervenções mais adequadas e prioritárias para reeducar/ otimizar a funcionalidade;

- Englobou a pessoa/ família/ cuidador informal, na definição das intervenções a implementar para promover o seu bem-estar e qualidade de vida;

- Avaliou os resultados após execução das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas, com recursos a instrumentos/escalas de avaliação;

- Geriu os recursos necessários para realizar as diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos facilitadoras para a transição saúde/doença e incapacidade.

- Implementou ensinamentos e treino de técnicas baseadas nos programas de reabilitação, que promovem o autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos (domicílio/comunidade);

- Promoveu a monitorização e reformulação necessária dos programas de reabilitação assentes na redução do risco, otimização e reeducação da capacidade funcional e treino.

- Envolveu a família/ cuidador informal no planeamento precoce da alta e identificou as necessidades no regresso a casa;

	- Elaborou registos de enfermagem que demonstram a intervenção efetuada pelo EEER.
Recursos Temporais	Cronograma

OBJETIVO ESPECÍFICO	5. Promover a autonomia funcional e a inclusão social das pessoas com deficiência e limitações nas AVD, capacitando-as para alcançar maior independência e participação na sociedade.	
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS (ESPECÍFICAS DO EEER)	J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.	
ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar alterações que resultem em limitações da atividade e/ou restrição na participação e reintegração na sociedade; - Identificar problemas que possam limitar a funcionalidade no contexto de vida da pessoa, englobando a família/ cuidador informal sobre quais as alterações a realizar e estratégias a implementar com recurso a técnicas e tecnologias específicas facilitadoras do autocuidado; - Utilizar produtos de apoio como dispositivos de compensação para o treino das AVD e treinos de exercício físico; -Aconselhar, treinar e ensinar sobre produtos de apoio de forma a promover a independência funcional, diminuindo os fatores de risco e promovendo um ambiente seguro e terapêutico; - Discutir e definir com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção; - Elaborar, implementar e monitorizar planos de treino, supervisionados pelo Enfermeiro Orientador, visando a adaptação às limitações identificadas para a realização das AVD e maximizando o bem-estar e qualidade de vida; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliou alterações que levaram a limitações da atividade e/ou restrição na participação e reintegração na sociedade; - Identificou problemas que limitaram a funcionalidade no contexto de vida da pessoa, englobando a família/ cuidador informal sobre quais as alterações a realizar e estratégias a implementar com recurso a técnicas e tecnologias específicas facilitadoras do autocuidado; - Utilizou produtos de apoio como dispositivos de compensação para o treino das AVD e treinos de exercício físico; -Aconselhou, treinou e ensinou sobre produtos de apoio de forma a promover a independência funcional, diminuindo os fatores de risco e promovendo um ambiente seguro e terapêutico; - Discutiu e definiu com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção; - Elaborou, implementou e monitorizou planos de treino, supervisionados pelo Enfermeiro Orientador, visando a adaptação às limitações identificadas para a realização das AVD e maximizando o bem-estar e qualidade de vida; 	

<ul style="list-style-type: none"> - Definir com a pessoa/família/ cuidador informal os resultados esperados; - Colaborar com outras instituições e organizações de saúde para a continuidade do programa de enfermagem de reabilitação; - Procura na comunidade dos recursos disponíveis, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definiu com a pessoa/família/ cuidador informal os resultados esperados; - Colaborou com outras instituições e organizações de saúde para a continuidade do programa de enfermagem de reabilitação; - Procurou na comunidade os recursos disponíveis, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família.
Recursos Temporais	Cronograma
	6. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS (ESPECÍFICAS DO EEER)	J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Basear a prática clínica em bibliografia com a melhor evidência científica sobre as funções cardíaca, respiratória e motora; - Realizar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa tendo em conta a sua complexidade e vulnerabilidade, com vista à promoção da saúde e à prevenção de lesões musculoesqueléticas; - Avaliar os resultados dos programas de reabilitação implementados, recorrendo à aplicação de instrumentos/ escalas de avaliação precisas e validadas; - Ensinar, instruir e treinar técnicas para maximizar o desempenho funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baseou a prática clínica em bibliografia com a melhor evidência científica sobre as funções cardíaca, respiratória e motora; - Realizou intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa tendo em conta a sua complexidade e vulnerabilidade, com vista à promoção da saúde e à prevenção de lesões musculoesqueléticas; - Avaliou os resultados dos programas de reabilitação implementados recorrendo à aplicação de instrumentos/ escalas de avaliação precisas e validadas; - Ensinou, instruiu e treinou técnicas para maximizar o desempenho funcional. - Procurou na comunidade dos recursos disponíveis, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família.
Recursos Temporais	Cronograma



		2023																			2024									
MESES		MAIO JUNHO			JUNHO JULHO				JULHO				SETEMBRO OUTUBRO					OUTUBRO NOVEMBRO				NOVEMBRO DEZEMBRO		DEZEMBRO JANEIRO						
SEMANAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
DIAS		15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8
		21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	28	17	24	1	8	13	22	29	5	12	17	26	1	10	17	24	31	7	14
LOCAL		Serviço Medicina Física e Reabilitação - Hospital											UCC					UCCI				Comunidade		Serviço Ortopedia-Hospital						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBJETIVOS GERAIS	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	



CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto de estágio na especialidade de enfermagem de reabilitação foi de uma importância incontornável ao longo do mesmo, fornecendo um guia sólido para orientar o desenvolvimento das minhas competências do enfermeiro especialista em reabilitação. Ao refletir sobre o processo de trabalho, tornou-se evidente que os objetivos estabelecidos na introdução foram alcançados com sucesso. Através deste projeto, foi possível analisar e aprimorar as minhas práticas proporcionando uma visão aprofundada no âmbito reabilitação.

No entanto, é crucial reconhecer que durante o desenvolvimento do ensino clínico foram identificadas algumas limitações significativas. Entre estas, destacam-se as restrições de tempo, recursos disponíveis e o acesso limitado a determinados utentes, que tiveram um impacto considerável na execução completa das atividades planeadas. Estas limitações influenciaram o ritmo de alcance dos objetivos estabelecidos, exigindo adaptações e flexibilidade ao longo do processo de estágio. Perante as adversidades, procurei, em conjunto com meu enfermeiro orientador, adaptar o planeamento de cuidados e as intervenções necessárias às circunstâncias que surgiram ao longo das semanas.

A obtenção dos objetivos propostos na introdução demonstra o compromisso e a dedicação em adquirir conhecimentos teóricos e práticos nesta área de especialidade. Através do estágio e da reflexão constante, tive a oportunidade de aplicar as minhas competências adquiridas em aula de forma assertiva e ética, garantindo a qualidade do cuidado prestado em processos de reabilitação.

Para atingir os objetivos a que me propus, dinamizei várias sessões de ginástica, elaborei posters científicos e folhetos informativos, todos focados na prevenção das lesões musculoesqueléticas em saúde. Estas iniciativas visaram a capacitação sobre a importância do autocuidado e de práticas adequadas para a manutenção da saúde física e qualidade de vida na prestação direta de cuidados.

Estas ações proporcionaram uma oportunidade única para aplicar os conhecimentos teóricos na prática, permitindo-me desenvolver competências essenciais na interação com os prestadores de cuidados, enquanto contribuí para o seu bem-estar e a promoção de uma vida saudável. Ao longo do processo, também aprendi a avaliar a eficácia dessas intervenções e a adaptá-las conforme necessário, reforçando ainda mais a minha formação profissional e o impacto positivo na área de reabilitação.

Em suma, a elaboração deste projeto de estágio na especialidade de enfermagem de reabilitação proporcionou uma valiosa experiência de aprendizagem e desenvolvimento profissional. Superando desafios e alcançando objetivos, o enfermeiro especialista em reabilitação fortalece-se como agente facilitador no processo de recuperação e reintegração dos utentes na sociedade, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida daqueles que necessitam de cuidados especializados. A contínua procura por aprimoramento dos cuidados, aliada à reflexão constante sobre as práticas clínicas, foram elementos fundamentais para a evolução e excelência da enfermagem de especialidade de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amini Pay, N., Sommerich, C. M., & Lavender, S. A. (2021). Assessment of alternative methods for informal caregivers to perform patient repositioning tasks. *Applied ergonomics*, 93, 103360. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2021.103360>

Bárrios, M. (2017). Políticos de Envelhecimento ao Nível Local Análise e Avaliação de Programas a Partir do Paradigma de Envelhecimento Ativo. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Política Social. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa. Consultado em julho de 2023: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14078/1/Tese%20na%20%20C3%8Dnteg%20ra%20MJB%20C3%A1rrios.pdf>

Bijnsdorp, F., Onwuteaka-Philipsen, B., Boot, C., Van der Beek, A., & Pasman, H. (2022). Caregiver's burden at the end of life of their loved one: insights from a longitudinal qualitative study among working family caregivers. *BMC Palliative Care*, N21 Vol.1 p. 142. Consultado em julho de 2023: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01031-1>

Comissão Europeia. (2008). Demography Report - Towards better societies for families and older people. Consultado em julho de 2023: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=419>

Dardengo, C. & Mafra, S. (2018). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?. *Revista de Ciências Humanas. Área de concentração: Família e Sociedade. Universidade Federal de Viçosa. Vol. 18. N.2.* Consultado em julho de 2023: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>

Diário da República (2016). Despacho nº. 12427/2016. 2.ª Série — N.º 26. *Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável.* Consultado em julho de 2023: <https://dre.tretas.org/dre/2762142/despacho-12427-2016-de-17-de-outubro>

Diário da República (2006). Decreto de Lei n.º 101/2006. Série I-A — N.º 26. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.* Consultado em julho de 2023: <https://dre.tretas.org/dre/198529/decreto-lei-101-2006-de-6-de-junho>

Diário da República (2019). Decreto de Lei n.º 100/2019. 2.ª Série — N.º 26. *Estatuto do Cuidador Informal.* Consultado em julho de 2023: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Diário da República (2019). Regulamento n.º 140/2019. 2.ª Série — N.º 26. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Consultado em julho de 2023: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Diário da República (2019). Regulamento n.º 392/2019. 2.ª Série — N.º 26. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Consultado em julho de 2023: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Direção Geral de Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas. Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Gráfica Maiadouro S. A. Consultado em julho de 2023: <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2017/04/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>



Eurostat. (2021). Eurostat Statistics Explained. Estrutura Populacional e Envelhecimento. Consultado em julho de 2023: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&%20did=3%2064975

Instituto Nacional de Estatística. (2021). Projeções de População Residente em Portugal. Consultado em julho de 2023: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest%20boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Gokcin Eminel, A., Kahraman, T., & Genc, A. (2021). Physical workload during caregiving activities and related factors among the caregivers of children with cerebral palsy. *Irish journal of medical science*, 190(2), 701–709. <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02337-w>

Gomes, V. (2022). Necessidades em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação dos Cuidadores de Pessoas Dependentes no Autocuidado admitidas numa ECCI. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Consultado em julho de 2023: <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Martins, M., Ribeiro, O. & Ventura, J. (2018). Orientações Concetuais dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Hospitais Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Consultado em julho de 2023: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/96>

Matos, M., & Araújo, C. (2021). Prevenção De Lesões Músculo-Esqueléticas Nos Cuidadores Informais De Doentes Dependentes No Domicílio. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 56-63. doi: 10.33194/rper.2021.v4.n1.157

McGilton, K., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Commisso, E., & Ploeg, J. et al. (2018). Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 18(1). doi: 10.1186/s12877-018-0925-x

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger-Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Advances in Nursing Science*. N23. Vol. 1. pp. 12–28. Consultado em Julho de 2023: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle_Range.6.aspx

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York Springer Publishing Company. New York. United States of America. ISBN: 9780 8261 0535 6

Meleis, A. (2012) *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5th Edition, Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer, Philadelphia. [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1382498](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1382498)

Moreira, M. (2020). *Como envelhecem os portugueses envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA. RTP. PÚBLICO. Editora

Lidergraf. ISBN 978 989 9004 535. Consultado em julho de 2023:
https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7409/1/2020_como-envelhecem-os-%20portugueses-envelhecimento-saude-idadismo-pdf.pdf

Movimento de Cuidar Cuidadores Informais. (2021). O que é ser Cuidador Informal em Portugal?. Embracing Cares. Merck. Consultado em janeiro de 2023:
https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_2021_A4.pdf

Nobakht, Z., Rassafiani, M., & Hosseini, S. A. (2018). A Web-Based Caring Training for Caregivers of Children with Cerebral Palsy: Development and Evaluation. *Iranian journal of child neurology*, 12(4), 65–84.

Kitagawa K, Nagasaki T, Nakano S, Hida M, Okamatsu S, Wada C. Optimal foot-position of caregiver based on muscle activity of lower back and lower limb while providing sit-to-stand support. *J Phys Ther Sci*. 2020;32(8):534-540. doi: 10.1589/jpts.32.534. Epub 2020 Aug 8. PMID: 32884176; PMCID: PMC7443548.

Kuznecovienė, J., Butkevičienė, R., Harrison, W., Peičius, E., Urbonas, G., & Astromskė, K. (2022). What does it mean to be the main caregiver to a terminally ill family member in Lithuania: A qualitative study. *PLOS ONE Journal*. N17. Vol. 5. Consultado em julho de 2023:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0265165>

Loo, Y., Yan, S., & Low, L.(2022). Caregiver burden and its prevalence, measurement scales, predictive factors and impact: a review with an Asian perspective. *Singapore Medical Journal*. N63. Vol. 10. pp. 593–603. Consultado em janeiro de 2023:
https://journals.lww.com/smj/Fulltext/2022/10000/Caregiver_burden_and_its_prevalence_measurement.7.aspx

OECD. (2023). Old-age Dependency Ratio. Indicador. Consultado em julho de 2023:
<https://data.oecd.org/pop/old-age-dependency-ratio.htm>

Oliveira, A., Nossa, P., & Mota-Pinto, A. (2019). Assessing Functional Capacity and Factors Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study. *Acta Médica Portuguesa*. N32. Vol. 10. pp. 654–660. Consultado em julho de 2023:
<https://doi.org/10.20344/amp.11974>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade -posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Cadernos da OE. Série 1. N Lisboa. Consultado em julho de 2023:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEERReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2014). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Consultado em julho de 2023:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em julho de 2023:



https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatu_o_REPE_29102015_VF_site.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2008). Relatório Mundial de Saúde - Cuidados de Saúde Primários. Consultado em julho de 2023: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43949/9789244563731_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Consultado em julho de 2023: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=8B092D5A87268A4D1B35DCA55D34DC0A?sequence=6

Owlia, M., Kamachi, M., & Dutta, T. (2020). Reducing lumbar spine flexion using real-time biofeedback during patient handling tasks. *Work* (Reading, Mass.), 66(1), 41–51. <https://doi.org/10.3233/WOR-203149>

Pereira, D. (2021). As Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho nos Enfermeiros, em Cuidados de Saúde Diferenciados. Tese de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Saúde de Coimbra. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal. Consultado em julho de 2023: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1254724>

Peters, M., Godfrey, C., Mcinerney, P., Baldini, C., Khalil, H., Parker, D. (2015). Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews. Joana Briggs Institute Reviewers Manual. Aromataris, E., Munn, Z., Administration of The Joanna Briggs Institute: Adelaide. Australia pp. 141–146. Consultado em julho de 2023: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26134548/>

Piccenna, Loretta & Lannin, Natasha & Scott, Katherine & Bragge, Peter & Gruen, Russell. (2016). Guidance for community-based caregivers in assisting people with moderate to severe traumatic brain injury with transfers and manual handling: Evidence and key stakeholder perspectives. *Health & Social Care in the Community*. Consultado em julho de 2023: 25. n/a-n/a. 10.1111/hsc.12327.

PORDATA. (2020). População residente: Total e por grandes grupos etários. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Consultado em julho de 2023: <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-390>

Powell-Cope, G., Thomason, S., Bulat, T., Pippins, K. M., & Young, H. M. (2022). Preventing Falls and Fall-Related Injuries at Home: Teaching family caregivers about home modification and what to do if a fall occurs. *Home healthcare now*, 40(3), 128–132. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000001077>

Prince, M., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K., Jimenez-Velazquez, I., Jotheeswaran, A., Llibre Rodriguez, J., Salas, A., Sosa, A., Acosta, I., Mayston, R., Liu, Z., Libre-Guerra, J., Prina, A., & Valhuerdi, A. (2021). Intrinsic capacity and its associations with incident dependence and mortality in 10/66 Dementia Research Group studies in Latin America. India and China: A population-based cohort study. *Journal PLOS Medicine*. N18. V ol. 9. Consultado em janeiro de 2023: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003097>

Rocha, M. (2015). Dependência no Autocuidado Em Contexto Familiar – Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho da Maia. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Consultado em julho de 2023: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82488/2/113361.pdf>

Rodrigues, L. (2018). Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal - minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico Bragança. Consultado em julho de 2023: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18079/1/Fernandes_Alexandra.pdf

Smith, L., Morton, D., & Van Rooyen, D. (2022). Family dynamics in dementia care: A phenomenological exploration of the experiences of family caregivers of relatives with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. N29. Vol. 6. pp. 861–872. Consultado em julho de 2023: <https://doi.org/10.1111/jpm.12822>

Smith, T., Khoury, R., Ashford, P.-A., Hanson, S., Welsh, A., Clark, A., Dures, E., & Adams, J. (2023). Informal caregiver training for people with chronic pain in musculoskeletal services (JOINT SUPPORT): protocol for a feasibility randomized controlled trial. *BMJ Open*, 13(1), e070865. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070865>

Stefanou N, Arnaoutoglou C, Papageorgiou F, Matsagakos M, Varitimidis S., Dailiana & Z.. Update in combined musculoskeletal and vascular injuries of the extremities. *World Journal Orthopedics*.N13. Vol.5. pp. 411- 426 Consultado em Janeiro de 2023: <https://www.wjgnet.com/2218-5836/full/v13/i5/411.htm>

Suzuki, Kishiko & Tamakoshi, Koji & Sakakibara, Hisataka. (2016). Caregiving activities closely associated with the development of low-back pain among female family caregivers. *Journal of clinical nursing*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13167>

Swartz, K., & Collins, L. (2019). Caregiver Care. *American Family Physician*. N99. Vol. 11. pp. 699–706. Consultado em julho de 2023: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0601/p699.html>

Revista Portuguesa de Medicina Geral Família. N33. pp. 178-186. Consultado em julho de 2023: <https://scielo.pt/pdf/rpmgf/v33n3/v33n3a03.pdf>

Trindade, I., Almeida, D., Romão, M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V. Braga, M. (2017). Caracterização do Grau de Sobrecarga dos Cuidadores de Utentes Dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas.

Vatwani A. (2017). Caregiver Guide and Instructions for Safe Bed Mobility. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(9), 1907–1910. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.03.003>

Viegas, L. (2020). Promoção da qualidade dos cuidados familiares e de saúde do cuidador: uma intervenção estruturada de enfermagem. Tese de Doutoramento em Enfermagem. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Universidade de Lisboa. Lisboa.

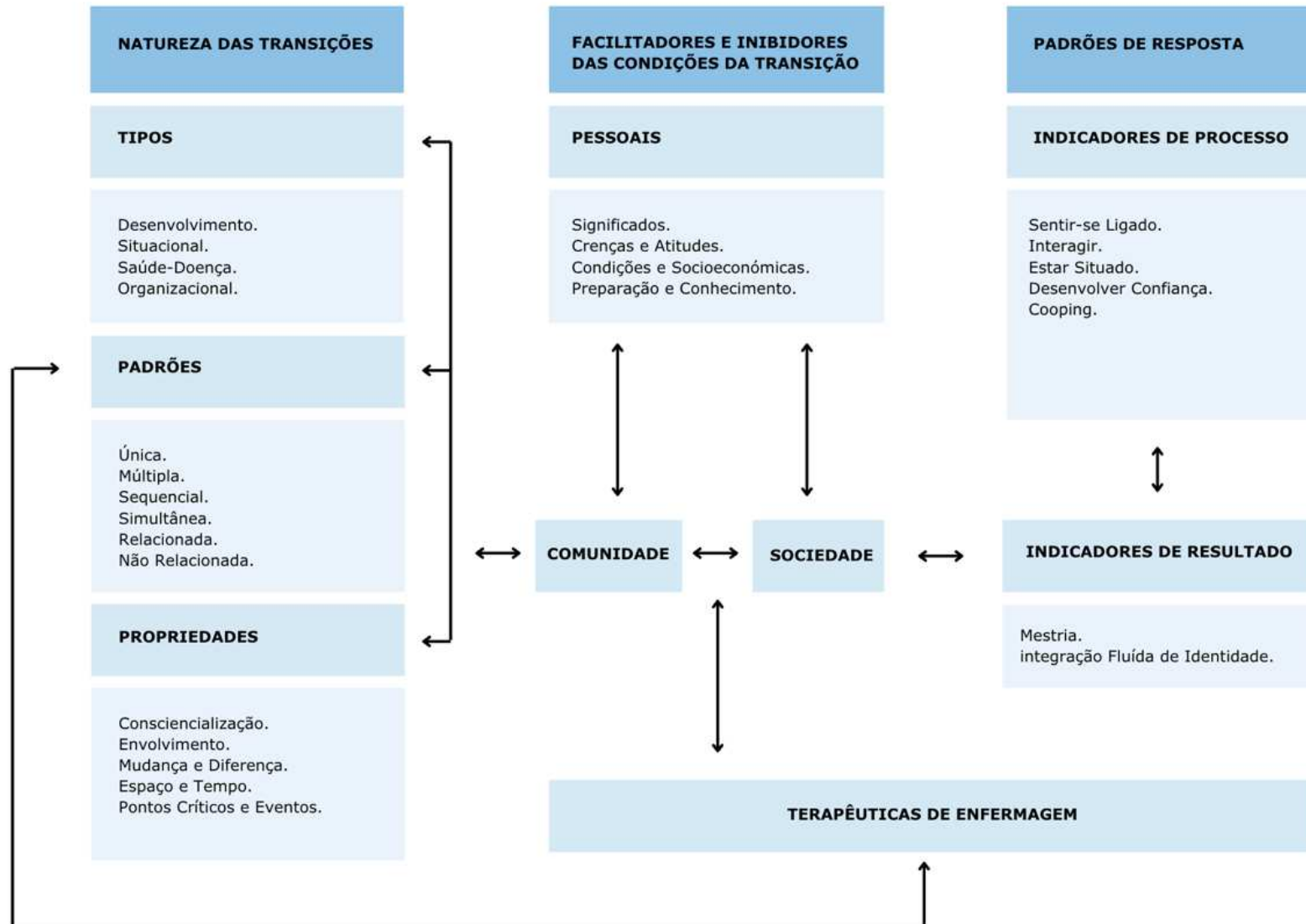


Portugal. Consultado em janeiro de 2023:
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/44170/1/ULSD886225_td_Laura_Viegas.pdf

Waris, M., Upadhyay, A., Chatterjee, P., Chakrawarty, A., Kumar, P., & Dey, A. (2022). Establishment of Clinical Construct of Intrinsic Capacity in Older Adults and Its Prediction of Functional Decline. *Clinical interventions in Aging*. Department of Geriatric Medicine & Biostatistics. All India Institute of Medical Sciences. New Delhi. Delhi. India. N17. pp. 1569–1580. Consultado em janeiro de 2023:
<https://doi.org/10.2147/CIA.S37179>

Wills, E. & M. McEwen. (2016). *Grandes teorias da enfermagem baseadas nas necessidades humanas*. Bases Teóricas de Enfermagem. 4.a Edição. Porto Alegre: Artmed. pp. 133-161. ISBN: 9788 58271 2870

Apêndice 2: Referencial Enfermagem de Reabilitação - Teoria
das Transições



Apêndice 3: Estudo de Caso - Reabilitação da pessoa após
Acidente Vascular Cerebral

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

REABILITAÇÃO DA PESSOA

PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Joana dos Santos Afonso

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

REABILITAÇÃO DA PESSOA

PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Joana dos Santos Afonso

Docente Orientador: Noélia Ferreira

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividade De Vida Diária
Bpm- Batimentos Por Minuto
CIPE- Classificação Internacional Para A Prática Da Enfermagem
Cpm- Ciclos Por Minuto
ECG- Eletrocardiograma
EEB- Escala De Equilíbrio De Berg
EEER- Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
EQM- Escala De Quedas De Morse
GUSS - Gugging Swallowing Screen
MIE – Membro Inferior Esquerdo
MIF- Escala De Medida De Independência Funcional
mmHg- Milímetros De Mercúrio
MRC- Medical Research Council
MSE – Membro Superior Esquerdo
PBE – Prática Baseada na Evidência
RM CE- Ressonância Magnética Crânio-Encefálica
RX Tórax- Radiografia Do Tórax
Spo2- Saturações Periféricas De Oxigênio
TAC CE- Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica
UML - Serviço de Urgência Metropolitana de Lisboa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. COLHEITA DE DADOS	5
3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	8
4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	8
4.1. Estado Mental	8
4.2 Pares Cranianos	9
4.3 Avaliação da Pessoa com AVC	Error! Bookmark not defined.
.....	Error! Bookmark not defined.
4.4 Avaliação de Disfagia	15
.....	15
5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE	16
5.1. Força Muscular	16
5.2. Tônus Muscular	18
5.3. Coordenação motora	20
5.4. Sensibilidade	21
5.5. Equilíbrio Corporal associado ao Risco de Queda	21
5.6. Avaliação da Marcha	23
6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	25
7. PLANO DE CUIDADOS	29
7.1. Análise de acordo com a Teoria do Autocuidado de Orem	29
CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	49
Anexo 1- Escala de Borg modificada	49
Anexo 2- Escala de Coma de Glasgow	49
Anexo 3- Escala de Força Muscular MRC	51
Anexo 4- Escala Modificada de Ashworth	51
Anexo 5- Escala de Equilíbrio de Berg	52
Anexo 6- Escala de Quedas de Morse	53
Anexo 7- Categorias Funcionais de Marcha	54
Anexo 8- Índice de Barthel	55
Anexo 9- Escala de MIF	57
Anexo 10- Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS)	58

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso será elaborado no âmbito do 1.º Ensino Clínico, no 2.º Semestre do 1.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

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

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

O estudo de caso aborda o tema da "Reabilitação da Pessoa Pós-Acidente Vascular Cerebral" tem como foco a reabilitação da senhora A.C. que até ao evento era autónoma e ativa nas suas atividades de vida diária. A mesma foi admitida não só para a sua recuperação mas também capacitação da respetiva família face à sua nova condição de dependência em grau moderado.

Deste modo e após nomear o tema escolhido, o principal objetivo deste estudo de caso é aplicar os conhecimentos científicos e teórico-práticos adquiridos ao longo do curso, através da avaliação de necessidades da senhora A.C. e do desenvolvimento do plano de cuidados de reabilitação baseado na Teoria do Autocuidado de Orem. O plano de cuidados de reabilitação é elaborado mediante a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Durante o processo de colheita de informações clínicas foram aplicados os princípios éticos e legais da profissão, garantindo a privacidade da senhora A.C. Foi realizado um acompanhamento diário dos cuidados de enfermagem e consultado o processo clínico de modo a permitir o desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação baseado nas necessidades da mesma.

1. COLHEITA DE DADOS

História de Vida:

Identificação:

Nome: A.C. | Data de Nascimento: 29.06.1952 - Idade: 70 Anos

Casada há 45 anos.

Mãe de 2 Filhos (1 Faleceu em 2022).

Tem um cão como animal de estimação.

Reformada (Funcionária de Posto de Correios).

Reside com o marido na Alemanha. Visita Portugal (Ponte de Sôr) nas férias. Autónoma nas atividades de vida diárias e ativa em atividades de lazer desde o início da reforma.

Condições Habitacionais:

Residia com o marido na Alemanha.

1ª. Habitação Própria – Apartamento. Com elevador. Sem Escadas. Eletricidade e Saneamento disponível.

Visita Portugal (Ponte de Sôr) nas férias.

2ª. Habitação Própria – Vivenda Térrea. Eletricidade e Saneamento disponível.

Autónoma nas atividades de vida diárias e ativa em atividades de lazer desde o início da reforma.

Antecedentes Pessoais:

Hipertensão Arterial;

Diabetes Mellitus Insulino-tratada;

Hipotireoidismo;

Osteoporose;

Síndrome Depressivo;

Hábitos tabágicos há 30 anos (5 Cigarros/dia);

Sem alergias conhecidas.

Posologia:

Insulina via Bomba Infusora;

Quantidade	Medicamento	Dosagem	Pequeno-Almoço	Almoço	Jantar
1 Comp.	Levotiroxina	0,1mg	X		X
1 Comp.	Pantoprazol	40 mg	X		
1 Comp.	Pregabalina	50mg	X	X	X
½ Comp.	Mirtazapina	15mg	X		X

Motivo de Admissão:

14.05.2023

Início de queixas durante a viagem de avião para Portugal.

Manhã: Cefaleias e Visão Turva.

Tarde: Perturbação sensitiva positiva, sensação formigueiro do membro superior esquerdo, diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo.

17Horas

Recorreu ao Hospital Trofa Amadora

Consciente calma e orientada na pessoa, tempo e espaço. Sinais Vitais: Tensão Arterial 168/75

mmHg Frequência Cardíaca: 95 bpm Temperatura Corporal: 36.6°C Saturação Periférica: 96%NIHSS 5 – Hemihipostesia do membro superior, queda, teste de Mingazzini positivo e (PFC) à esquerda. Realizou TC-CE relatada como normal + TC sem evidência de oclusão. Contactado CODU-Ativada Via Verde AVC- Alta Hospitalar às 18H:16Min.

19H:00Min

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE

Hospital São Francisco Xavier – Serviço de Urgência: Neurologia

Utente transferida para o Serviço de Urgência, sem contacto prévio com equipa de neurologia e sem instituição de terapêutica de fase aguda (trombólise) ou profilaxia secundária atendendo a hipótese de AVC isquémico no hemisfério direito.

Observação:

Glicémia 165mg/dL Respondeu a questões. Sem afasia. Sem disartria. PBE com pronação e queda (1). Prova Mingazzini sem queda. Hemihipostesia esquerda (1). Hemiataxia esquerda (1+1). Hemianopsia homónima esquerda inferida por campimetria por confrontação (2). Extingção sensitiva (1). Anosognosia.

>NIHSS: 8 Analiticamente: Sem alterações. ECG: Ritmo Sinusal. Contactada Urgência Metropolitana de Lisboa (UML) do Hospital de São José que pede novo Angio-TC na ausência de imagens da Angio-TC do Hospital da Trofa que confirma oclusão de P1.

Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

Hospital de São José

Serviço de Urgência Metropolitana de Lisboa (UML)

Aceita-se transferência de utente para realização de Trombólise Endovenosa (TEV) Sob anestesia local e sedo-analgésia, por via percutânea e artéria femoral direita, foi realizada angiografia cerebral e efetuadas angioplastia química com 5 mg de Verapamil IA, trombectomia mecânica, por aspiração. Sem intercorrências.

Hemostase eficaz da artéria femoral direita com Angio-seal.

22.05.2023

Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

Hospital Curry Cabral

Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Admissão para reabilitação motora e funcional de doente com sequelas de AVC isquémico do território da artéria cerebral posterior direita talâmica anterior direita e cortico-subcortical têmporo-occipital interna ipsilateral. Dependência Funcional - Dependente nas AVD. Sem capacidade para marcha. Hemiplegia à esquerda. Hemihipostesia esquerda. Paralisia Facial Central à esquerda. Hemineglect à esquerdo. Hemianopasia homónima à esquerda. Disfagia neurogénea – Necessidade de dieta mole adaptada. - Mobilização articular passiva a evoluir para ativa polissegmentar do MSE e MIE. - Fortalecimento muscular isométrico a evoluir para dinâmico dos principais grupos musculares do MSE e MIE. - Técnicas de neurofacilitação MSE e MIE. - Reeducação da sensibilidade MSE e MIE. - Treino de controlo postural do tronco, em sedestação, assistido. - Treino de verticalização e de transferências, assistido. - Treino de equilíbrio e marcha, quando possível (conforme evolução).

Registo Holter até 24h Análise- Relatório Técnico:

Exame efetuado em 23.05.2023 e terminado em 24.05.2023, com duração total de 20 horas e 53 minutos. Ritmo sinusal de base, com variação circadiana normal. Frequência cardíaca média de 67 bpm, máxima de 97 bpm e mínima de 54 bpm (noturna). Não se registaram intervalos R-R superiores a 2 segundos. Registo de 1 extrassístole ventricular isolada. Registo de 58 extrassístoles supraventriculares isoladas, 8 pares e 1 salva com 5 complexos e frequência de 119 bpm. Sem alterações valorizáveis da repolarização ventricular. Não foram assinalados sintomas no diário de atividades diárias.

2. EXAME FÍSICO

Dados Antropométricos	Sexo: Feminino Peso: 55Kg Altura: 150cm
Exame Físico Sumário (25/05/2023)	<p>Eupneica em ar ambiente, com Frequência Respiratória de 12 ciclos por minuto (cpm) e Saturações Periféricas de oxigénio (SpO2) de 99%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular de média amplitude.</p> <p>Tensão arterial: 123/89 milímetros de mercúrio (mmHg); Frequência cardíaca: 86 batimentos por minuto (bpm); Apirética com temperatura axilar de 36,5°C. Apresenta pele e mucosas descoradas e hidratadas. Sem lesões.</p> <p>Diagnóstico de AVC Isquémico (NIHSS8). Sem alterações da linguagem. Discurso fluente. Cumpre ordens simples e complexas. Repete e nomeia 5/5. Após avaliação cognitiva, apresenta MOCA 17 por: Alterações significativas visuais-espaciais e abstração. Alterações ligeiras de memória - nomeia 3/5. Utente calma, consciente e orientada na pessoa, tempo e espaço. Lentificada necessitando de algum tempo se expressar. Eupneica em ar ambiente (Spo2 97%). Normotensa (123/66 mmHg). Normocárdica (79 bpm). Apirética (36,2C). Pele e mucosas secas. Aplicado creme hidratante. Com presença de equimoses nos membros superiores dispersas pelos membros superiores e região inguinal- Suspeita de realização de cateterismo m.inf. Dto. Realizado ensino sobre reforço hídrico com espessante consistência nectar apesar (GUSS 18). Apenas com alguma saliva quando mastiga sólidos. Sem sinais de dificuldade respiratória Spo2 97% no momento da avaliação. Apresenta: Equilíbrio sentado estático ausente e dinâmico ausente. Plegia à membro superior esquerdo. Força de grau 0 (Anexo). Parésia no membro inferior direito. Força de grau 1/5 (Anexo). Sem alteração da sensibilidade táctil, dolorosa ou sensibilidade postural. Realizadas mobilizações passivas do hemicorpo esquerdo.</p> <p>Utente ainda apresenta muita dificuldade a vestir-se, contudo menor dificuldade a vestir parte superior em relação à parte inferior. Quanto à higiene consegue higienizar o troco e hemicorpo direito. Autónoma na higiene oral no wc. Urinou no wc porém faz uso de fralda. Evacuou duas vezes em pequena quantidade. Avaliado: Escala de Barthel 25/100. Escala de Barthel MIF 39/126.</p>

3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

No sentido de avaliar a função respiratória da senhora AC, foi aplicada a Escala de Borg modificada¹ que avalia o grau de dispneia existente (Borg, 1982).

Função Respiratória (22/05/2023)	
Inspecção	Eupneica, respiração de média amplitude, padrão misto, ritmo regular, simétrico.
Palpação	Hemitoráx esquerdo e direito sem alterações.
Percussão	Presença de som claro pulmonar.
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.
Tosse	Presença de tosse eficaz, sem secreções.
Escala de Dispneia de Borg modificada	Nenhuma dispneia (0).

4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

4.1. Estado Mental

Com o propósito de avaliar o estado mental da senhora AC, foi aplicada a Escala de Coma de Glasgow² (Teasdale & Jennett, 1974).

Estado mental (25/05/2023)	
Estado de Consciência	Vígil, score de 15 na Escala de Coma de Glasgow (Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal (5), cumpre ordens (6)).
Orientação	Orientada, auto e alo psiquicamente.
Atenção	A capacidade de vigilância, tenacidade e concentração encontram-se mantidas.
Memória	A memória sensorial, imediata, recente e remota, não apresentam alterações.
Linguagem	Discurso espontâneo, compreensão, nomeação, repetição, leitura, linguagem elaborada e escrita sem alterações.
Capacidades práticas	Mantém a capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icónicos transitivos (ex: beber água pela garrafa) e icónicos intransitivos (ex: assobiar).
Negligência hemiespacial unilateral	Presença de Neglet à Esquerda.

¹ Anexo 1

² Anexo 2

4.2. Pares Cranianos

Pares Cranianos (25/05/2023)					
N.º	Nervo	Função	Componente	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Pessoa com olhos fechados. Avaliado bilateralmente. Coloquei objetos com cheiro facilmente identificável junto da narina- café e perfume.	Sem alterações.
II	Ótico	Visão	Sensitivo	Olho fechado alternadamente. Avaliado bilateralmente. <u>Acuidade visual:</u> Pedi a contagem de dedos junto do olho, a 3 e 6 metros de distância. <u>Campo de visão:</u> Pedi que acompanhasse o meu dedo indicador enquanto o deslocava da periferia para o centro visual, solicitei que indicasse quando o deixava de ver.	Detetei a presença de hemianópsia homónima esquerda.
III	Óculomotor	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho	Motor	Foram avaliados em conjunto o III, IV e VI pares cranianos. Avaliação efetuada com ambiente escurecido. Incidi a luz da lanterna, do canto externo para o	Presença de midríase . Ambas as pupilas com forma redonda.

IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho		interno de cada olho. Detetei a reação, tamanho e forma das pupilas. Fiz movimentos simples em forma de H e pedi à pessoa que seguisse o percurso do dedo.	Sem alterações.
V	Motor ocular externo	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho			
VI	Trigémeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) Perceções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Pedi-se à pessoa para fechar os olhos. Foi testada a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa na divisão oftálmica, maxilar e mandibular, bilateralmente. Foi testado o reflexo córneo-palpebral com algodão. Avaliada a capacidade para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente e a simetria dos movimentos de mastigação.	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida nas três divisões do nervo. Reflexo córneo-palpebral mantido no olho direito e esquerdo (existe lacrimejo e pestanejo). Capacidade para encerrar e mover a mandíbula mantido no lado esquerdo e direito. Movimentos de mastigação mantidos simetricamente.
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais – mimica facial (ramo motor) Perceção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Avaliada a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliada a presença dos movimentos e expressão facial (sorrir, franzir o	Sem dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Sem alterações.

				sobrolho com encerramento firme das pálpebras). Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.	Conseguiu franzir o sobrolho e encerrar ambas as pálpebras. Reconheceu todos os sabores sem dificuldades.
VIII	Estado-acústico	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição.	Sensitivo	<u>Divisão coclear:</u> Avaliado bilateralmente. Utilizei um relógio com som dos ponteiros e pedi que identificasse o som a várias distâncias (0,5m e 4m). <u>Divisão vestibular:</u> Testado o equilíbrio dinâmico e estático sentado e em ortostatismo.	Sem alterações na divisão coclear. Verificado equilíbrio estático presente e dinâmico reduzido, desequilíbrio estático e dinâmico em pé.
IX	Glossofaríngeo	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.	Sensitivo e motor	Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	Sem alterações.
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Sensitivo e motor	Avaliada a presença do reflexo de vômito. Verificado se apresentava alteração no tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou odinofagia.	Sem alterações.

XI	Espinal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleido mastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça.	Motor	Avaliada a capacidade de elevação dos ombros e lateralizar a cabeça bilateralmente, contra a resistência das minhas mãos.	Apresenta controlo motor da musculatura cervical. Apresenta força de grau 0 (Escala de Força Muscular Medical Research Council-MRC) no membro superior esquerdo e grau 5 no membro superior direito.
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras	Motor	Avaliados os movimentos da língua com e sem resistência da espátula.	Sem alterações.

4.3. Avaliação da Pessoa com AVC

Exame Neurológico	Avaliada Escala do National Institute of Health Stroke (NIHSS)	
1A Nível de Consciência	Alerta.	0
	Sonolenta, mas despertável com mínima estimulação.	1
	Sonolenta, requer estimulação repetida para responder.	2
	Coma.	3
1B Orientação Perguntar mês e idade.	Responde a ambas as questões corretamente.	0
	Responde a uma questão corretamente.	1
	Ambas as respostas são incorretas.	2
1C Comandos Abrir e fechar os olhos. Abrir e fechar a mão.	Obedece a ambas as ordens.	0
	Obedece a uma ordem corretamente.	1
	Ambas incorretas.	2
2 Olhar Melhor movimento ocular apenas no plano horizontal.	Normal.	0
	Limitação parcial dos movimentos oculares.	1
	Desvio forçado dos olhos.	2
3 Campos visuais Estímulo Visual Ameaça	Sem deficits campimétricos.	0
	Hemianopsia parcial.	1
	Hemianopsia completa.	2
	Hemianopsia bilateral (amaurótico cegueira cortical).	3
4 Paresia Facial Pedir para cerrar os dentes e fechar os olhos com vigor.	Movimentos simétricos e normais.	0
	Paresia minor (assimetria a sorrir ou dos sulcos nasogenianos).	1
	Paresia parcial (paralesia total da face inferior).	2
	Paresia total de um ou ambos os lados (face inferior e superior).	3
5A Força Muscular – M. Superior Esquerdo	Normal (estende o braço 90° ou 45° por 10 seg sem cair).	0
	Membro começa a cair antes dos 10 seg.	1
	Alguma força contra a gravidade.	2
	Se força vencer a gravidade.	3
	Sem movimento.	4
	Não testável (Amputação Aquilose).	9
5B Força muscular – M. Superior Direito	Normal (estende o braço 90° ou 45° por 10 seg sem cair).	0
	Membro começa a cair antes dos 10 seg.	1
	Alguma força contra a gravidade.	2
	Se força vencer a gravidade.	3
	Sem movimento.	4
	Não testável (Amputação Aquilose).	9
6A Força Muscular M. Inferior Esquerdo	Normal (MI mantém-se a 30°. Por 5 sec sem cair)	0
	Membro começa a cair antes dos 10 segundos.	1
	Alguma força contra a gravidade.	2
	Sem força para vencer a gravidade.	3
	Sem movimento.	4
	Não testável (amputação ou anquilose).	9
6B Força Muscular M. Inferior Direito	Normal (MI mantém-se a 30°. Por 5 sec sem cair)	0
	Membro começa a cair antes dos 10 segundos.	1
	Alguma força contra a gravidade.	2
	Sem força para vencer a gravidade.	3
	Sem movimento.	4
	Não testável (amputação ou anquilose).	9



7 Ataxia dos Membros	Sem Ataxia	0
	Presente em um membro.	1
	Presente nos dois membros.	2
8 Sensibilidade Uso de alfinete para testar na face, tronco e membros-avaliarsimetricamente.	Normal.	0
	Diminuição de sensibilidade ligeira a moderada.	1
	Perda de sensibilidade severa ou total.	2
9 Linguagem Descrever figuras. Nomear objetos.	Sem afasia.	0
	Afasia ligeira a moderada.	1
	Afasia severa.	2
	Mutismo- afasia global.	3
10 Disartria Ler palavras.	Articulação normal.	0
	Disartria ligeira a moderada.	1
	Palavras quase ininteligíveis ou incapaz de falar.	2
	Não testável (entubado ou outro obstáculo físico).	9
11 Inatenção Uso de estímulo visual ousensorial duplo.	Normal	0
	Inatenção para o estímulo simultâneo bilateral numa das modalidades.	1
	Hemi-Inatenção severa ou em mais que uma modalidade sensorial.	2
Total:		16/42

Exame Neurológico	Estado Mental
	Avaliada Escala de Glasgow 15/15
Estado de Consciência	Consciente.
Estado de Orientação	Orientada Autopsicamente. Orientada Alopsiquicamente.
	Avaliada Montreal Cognitive Assesement (MoCA) 17/30
Atenção	Vigilância: Mantida. Tenacidade: Com alterações do tempo de reação. Concentração: Com alterações. Incapacidade de efetuar subtração consecutiva.
Memória	Sensorial: Mantida. Imediata: Mantida. Recente: Com alterações porque não se recorda na totalidade. Remota: Mantida.
Linguagem	Avaliação Informal da Linguagem Discurso Espontâneo: Mantido. Compreensão: Mantido. Nomeação: Com alterações- nomeia 3/5 objetos. Repetição: Mantida. Leitura: Com alterações no início da leitura da palavra. Linguagem Elaborada: Mantida porém necessita de mais tempo para se expressar. Escrita: Com algumas alterações pois não consegue escrever em linha reta. Avaliação Formal da Linguagem Não realizada.
Capacidades Práticas	Força Muscular: Com alterações. Sensibilidade: Sem alterações. Coordenação: Com alterações.
Negligência Hemiespacial Unilateral	<i>Neglect</i> : Presente - Prova: Desenho Espontânea de Relógio (MoCA)

4.4. Avaliação de Disfagia

Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS)

No sentido de avaliar a presença de disfagia da senhora AC, foi aplicada a Escala de Gugging Swallowing Screen- GUSS (Trapl et al., 2007).

		Sim		Não	
Vigilância	O doente deve estar vígil durante pelo menos 15 minutos.	1	X	0	
Tosse/Pigarro	Tosse voluntária: o doente deve tossir ou pigarrear 2x.	1	X	0	
Deglutição da Saliva:					
1-Deglutição bem-sucedida	Realize a higiene oral se a boca estiver muito seca. Se o doente tossir durante ou após a deglutição da saliva assinale "não".	1	X	0	
2-Sialorreia	Sialorreia intensa e permanente.	0		1	X
3-Alterações na voz após a deglutição.	Gorgolejo, voz húmida e rouca desde a instalação do AVC.	0		1	X

TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO (Material: Água, espessante, colher de chá, seringa, pão e bolacha)

	SEMISSÓLIDO		LÍQUIDO		SÓLIDO	
	½ Colher de Chá de água espessada. Se não se registarem sintomas, administrar mais 3 a 5 colheres. Pare a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração.		Dar 3,5, 20 ml de água numa chávena, seguidos por 50 ml de água (goles sequenciais). Para a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração.		Dar um pedaço de pão sem cósia e/ou um pedaço de uma bolacha (max. 1,5 x 1,5cm) Pare a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração.	
DEGLUTIÇÃO						
Deglutição Impossível	0		0		0	
Atraso na Deglutição (Semissólidos Líquidos > 2s sólidos > 10s)	1		1		1	X
Deglutição bem-sucedida.	2	X	2	X	2	
TOSSE (INVOLUNTÁRIA) (Antes, durante e depois da deglutição- até 3 minutos após)						
Sim	0	X	0	X	0	X
Não	1		1		1	
SIALORREIA						
Sim	0	X	0	X	0	X
Não	1	X	1	X	1	
ALTERAÇÕES DE VOZ (Escute a voz antes e após a deglutição - o doente deve dizer "Ooh")						
Sim	0		0		0	
Não	1	X	1	X	1	X
SOMA:	5		5		4	
1-4 Parar o teste ou 5 - Continuar						

5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

5.1. Força Muscular

No sentido de avaliar a força muscular da senhora AC, foi aplicada a Escala da Força Muscular MRC³ (Medical Research Council, 1976).

Segmentos	Movimentos	Força Muscular		Força Muscular		Força Muscular		Força Muscular	
		25/ 05		30/ 05		10/ 06		17/ 06	
		Lado esquer do	Lado direit o	Lado esquer do	Lado direit o	Lado esquer do	Lado direit o	Lado esquer do	Lado direit o
Cabeça e pescoço	Flexão	5		5		5		5	
	Extensão								
	Inclinação direita								
	Inclinação esquerda								



	Rotação								
Escapulo-umeral	Flexão	0	5	0	5	1	5	2	5
	Extensão	0	5	0	5	1	5	2	5
	Adução	0	5	0	5	1	5	2	5
	Abdução	0	5	0	5	1	5	2	5
	Rotação interna	0	5	0	5	1	5	2	5
	Rotação externa	0	5	0	5	1	5	2	5
Cotovelo	Flexão	0	5	0	5	1	5	2	5
	Extensão	0	5	0	5	1	5	2	5
Antebraço	Pronação	0	5	0	5	1	5	2	5
	Supinação	0	5	0	5	1	5	2	5
Punho	Flexão	0	5	0	5	1	5	2	5
	Extensão	0	5	0	5	1	5	2	5
	Desvio cubital	0	5	0	5	1	5	2	5
	Desvio radial	0	5	0	5	1	5	2	5
Dedos da mão	Flexão	0	5	0	5	1	5	2	5
	Extensão	0	5	0	5	1	5	2	5
	Adução	0	5	0	5	1	5	2	5
	Abdução	0	5	0	5	1	5	2	5
	Oponência	0	5	0	5	1	5	2	5
Coxo-femoral	Flexão	2	3	3	4	3	4	3	5
	Extensão	2	4	3	4	3	4	3	5
	Adução	2	4	3	4	3	4	3	5
	Abdução	2	4	3	4	3	4	3	5
	Rotação interna	2	4	3	4	3	4	3	5
	Rotação externa	2	4	3	4	3	4	3	5
Joelho	Flexão	2	4	3	4	3	4	3	5
	Extensão	2	4	3	4	3	4	3	5
Tibiotársica	Flexão	2	4	3	4	3	4	3	5
	Extensão	2	4	3	4	3	4	3	5
	Inversão	2	4	3	4	3	4	3	5
	Eversão	2	4	3	4	3	4	3	5
Dedos dos pés	Flexão	2	4	3	4	3	4	3	5
	Extensão	2	4	3	4	3	4	3	5
	Adução	2	4	3	4	3	4	3	5
	Abdução	2	4	3	4	3	4	3	5

5.2 Tónus Muscular

No sentido de avaliar o tónus muscular da senhora AC, foi aplicada a Escala Modificada de Ashworth⁴ (Bohannon & Smith, 1987).

Segmentos	Movimentos	Tónus Muscular		Tónus Muscular	
		25/05 e 31/05		01/06 e 30/06	
		Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito
Cabeça e pescoço	Flexão	0		0	
	Extensão				
	Inclinação direita				
	Inclinação esquerda				
	Rotação				
Escapulo-umeral	Flexão	hipotonia	0	0	
	Extensão	hipotonia	0	0	
	Adução	hipotonia	0	0	
	Abdução	hipotonia	0	0	
	Rotação interna	hipotonia	0	0	
	Rotação externa	hipotonia	0	0	
Cotovelo	Flexão	hipotonia	0	0	
	Extensão	hipotonia	0	0	
Antebraço	Pronação	hipotonia	0	0	
	Supinação	hipotonia	0	0	
Punho	Flexão	hipotonia	0	0	
	Extensão	hipotonia	0	0	
	Desvio cubital	hipotonia	0	0	

⁴ Anexo 4



	Desvio radial	hipotonia	0	
Dedos da mão	Flexão	hipotonia	0	
	Extensão	hipotonia	0	
	Adução	hipotonia	0	
	Abdução	hipotonia		
	Oponência	hipotonia	0	
	Coxo- femoral	Flexão	hipotonia	0
Extensão		hipotonia	0	
Adução		hipotonia	0	
Abdução		hipotonia	0	
Rotação interna		hipotonia	0	
Rotação externa		hipotonia	0	
Joelho	Flexão	hipotonia	0	
	Extensão	hipotonia	0	
Tibiotársica	Flexão	hipotonia	0	
	Extensão	hipotonia	0	
	Inversão	hipotonia	0	
	Èversão	hipotonia	0	
Dedos dos Pés	Flexão	hipotonia	0	
	Extensão	hipotonia	0	
	Adução	hipotonia	0	
	Abdução	hipotonia	0	

5.3 Coordenação motora

Como forma de avaliar a coordenação motora da senhora AC, foi aplicada a prova Índex-nariz e prova Calcanhar-joelho (Menoita et al., 2012).

Coordenação motora	
25/05 e 31/05	<p>Provas realizadas de olhos abertos e fechados.</p> <p>Através da prova Índex-nariz verificou-se que a pessoa apresenta</p> <p>uma hipometria no membro superior esquerdo, enquanto no membro superior direito não apresenta alteração.</p>
	<p>Na prova Calcanhar-joelho, apresenta dismetria no membro inferior direito, sem dificuldades no membro inferior esquerdo.</p>
01/06 e 17/06	<p>Mantém a avaliação da prova Índex-nariz.</p> <p>Na prova Calcanhar-joelho não apresenta dificuldades.</p>

5.4 Sensibilidade

No dia 25/05/2023 foi avaliada a sensibilidade corporal do senhor AC (Menoita et al., 2012).

Sensibilidade 25/5 a 17/06		Face		Tronco	Membros Superiores		Membros Inferiores	
		Lado Dto	Lado Esq		Lado Dto	Lado Esq	Lado Dto	Lado Esq
Superficial	Tátil	P	P	P	P	P	P	P
	Térmica	P	P	P	P	P	P	P
	Dolorosa	P	P	P	P	P	P	P
Profunda	Presente. Barestesia, batiestesia e esteriognosia sem alterações. Não foi possível avaliar apalestesia.							
Legenda: P (presente); D (diminuído).								

5.5 Equilíbrio Corporal associado ao Risco de Queda

No sentido de avaliar o equilíbrio corporal da AC, foi aplicada a Escala de Equilíbrio de Berg- EEB⁵ (Berg et al., 1992) que avalia o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e permite prever o risco de queda associado, avaliado através da Escala de Quedas de Morse- EQM⁶ (Norma n.º 008/2019, pp 1-17).

⁵ Anexo 5

⁶ Anexo 6



Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo

um score total de 56 pontos.

	25/05		01/06		10/06 e 17/06	
	Sentado	Ortostatismo	Sentado	Ortostatismo	Sentado	Ortostatismo
	Equilíbrio Funcional	Ausente equilíbrio estático e dinâmico.	Ausente equilíbrio estático e dinâmico.	Presente equilíbrio estático e dinâmico reduzido.	Presente equilíbrio estático e ausente dinâmico.	Presente equilíbrio estático e dinâmico reduzido.

Escala de Equilíbrio de Berg				
Descrição dos itens	25/05	31/05	10/06	17/06
1) Posição sentada para posição em pé	0	1	3	4
2) Permanecer em pé sem apoio	0	0	2	3
3) Permanecer sentada sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	0	2	2	3
4) Posição em pé para posição sentada	0	1	2	3
5) Transferências	1	2	3	3
6) Permanecer em pé de olhos fechados	0	0	1	2
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	0	1	2
8) Alcançar a frente permanecendo em pé com o braço estendido.	0	0	1	2
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	0	0	1
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	0	0	1	2
11) Girar 360 graus	0	0	1	1
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	0	0	2	3
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	1	2	4
14) Permanecer em pé sobre uma perna	0	0	0	1
TOTAL	1	7	2	3
CONCLUSÃO	/56	/56	2/56	1/56
Equilíbrio diminuído; Elevado risco de queda.				

Escala de Quedas de Morse				
Item	25/05	31/05	10/06	07/06
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0	0	0	0
2. Diagnósticos secundários Não Sim	15	15	15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0	0	15	15
4. Terapia intravenosa Não Sim	0	0	0	0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidado Dependente de ajuda	20	20	20	20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	15	15	15	15
TOTAL	50	50	65	65
CONCLUSÃO	Alto risco de queda	Alto risco de queda	Alto risco de queda	Alto risco de queda

5.6 Avaliação da Marcha

Para a avaliação da marcha da senhora AC, utilizou-se como auxílio o método das Categorias Funcionais de Marcha (Holden et al., 1986) que permitem a categorização detalhada do suporte físico necessário às pessoas que executam a marcha⁷.



Categorias Funcionais de Marcha					
Definição	Categoria	5/05	31/05	10/06	17/06
de O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas	0	X			
O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio	1				
O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação	2		X		
O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal	3			X	X
O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares	4				
O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar	5				

6.AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

No sentido de avaliar o grau de dependência no autocuidado, recorreu-se à utilização do Índice de Barthel⁸ (Mahoney & Barthel, 1965) e à Escala de Medida de Independência Funcional-MIF⁹ (Granger et al., 1986).

Índice de Barthel		5/05	1/05	20/06	17/06
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	5	5	5	5
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se	0	5	10	10

⁷ Anexo 7

⁸ Anexo 8

⁹ Anexo 9

	10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.				
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	0	5	5	5
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	0	5		
Tomar banho	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	0	0	0	0
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	5	5	0	0
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	0	0	0	0
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	0	5	0	0



Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)	0	0	0	0
Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contigente (por mais de 7 dias)		0	0	0
Interpretação do Resultado	100 pontos - totalmente independente 99 a 76 pontos - dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos - dependência severa 25 e menos pontos - dependência total	5	0	5	5



Escala de MIF				
Autocuidado	25/05	31/05	10/05	17/06
A - Alimentação	2	2	3	3
B - Higiene pessoal	1	3	4	4
C - Banho	1	2	3	3
D - Vestir metade superior	1	3	4	5
E - Vestir metade inferior	1	2	4	5
F - Utilização da sanita	1	2	3	4
Controlo de Esfíncteres				
G - Vesical	5	5	6	5
H - Intestinal	4	5	6	5
Transferência				
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	1	2	2	2
J - Sanitário	1	2	2	2
K - Banheira, duche	1	2	2	2
Locomoção				
L - Marcha, cadeira de rodas	1	2	4	3
M - Escadas	1	1	1	1
Comunicação				
N - Compreensão	5	6	7	7
O - Expressão	4	5	7	7
Cognição Social				
P - Interação social	4	5	5	5
Q - Resolução de problemas	2	3	4	4
R - Memória	3	4	4	4
TOTAL	39	56	71	98

7. PLANO DE CUIDADOS

7.1 Análise de acordo com a Teoria do Autocuidado de Orem

Teoria do Autocuidado de OREM na Reabilitação de Pessoas com AVC:

A reabilitação de pessoas que sofreram um (AVC) é um processo complexo que visa restaurar e maximizar a funcionalidade física, cognitiva e psicossocial dos indivíduos afetados. Nesse contexto, a teoria do autocuidado de OREM propõe uma base teórica sólida para compreender e promover o processo de reabilitação, com ênfase no papel ativo do indivíduo na sua própria recuperação (Si, Y., Yuan, H., Ji, P., & Chen, X., 2021).

A teoria do autocuidado de OREM, desenvolvida por Dorothea Orem, propõe que os seres humanos possuem a capacidade inata de cuidar de si mesmos e tomar ações deliberadas para atender às suas necessidades básicas de autocuidado. Essa teoria enfatiza a importância do autocuidado como um componente fundamental para a manutenção da saúde, prevenção de doenças e recuperação de condições de saúde adversas.

Componentes da Teoria do Autocuidado de OREM:

A teoria do autocuidado de OREM é composta por três componentes principais: requisitos de autocuidado, demandas terapêuticas e déficits de autocuidado.

1. Requisitos de Autocuidado:

Os requisitos de autocuidado são as necessidades básicas que devem ser atendidas pelo indivíduo para manter saúde e bem-estar. Esses requisitos podem incluir cuidados com a higiene pessoal, alimentação adequada, gestão da medicação, atividade física, descanso e sono, entre outros. Na reabilitação pós-AVC, os requisitos de autocuidado podem ser adaptados para atender às necessidades específicas da pessoa cuidada, levando em consideração suas limitações físicas, cognitivas e emocionais (Orem, 2003).

2. Necessidades Terapêuticas:

As demandas terapêuticas são as intervenções e atividades que visam atender aos requisitos de autocuidado da pessoa cuidada. Na reabilitação pós-AVC, essas necessidades podem incluir terapia de reabilitação física, terapia ocupacional, fonoaudiologia, apoio psicológico e educação sobre a doença e as suas complicações. O objetivo é capacitar a pessoa cuidada a desempenhar as atividades de autocuidado de forma independente ou com o mínimo de assistência possível (Orem, 2003).

3. Déficits de Autocuidado:

Os déficits de autocuidado referem-se à incapacidade do indivíduo de satisfazer os seus requisitos de autocuidado devido a limitações físicas, cognitivas ou emocionais. No caso de pessoas que sofreram um AVC, esses déficits podem incluir a perda da função motora, dificuldades de

comunicação, alterações cognitivas, problemas de equilíbrio e coordenação, entre outros. O papel dos profissionais de saúde na reabilitação é identificar e intervir nos déficits de autocuidado, fornecendo suporte e orientação adequados (Orem, 2003).

Aplicação da Teoria do Autocuidado de OREM na Reabilitação pós-AVC:

Na reabilitação de pessoas com AVC, a teoria do autocuidado de OREM pode ser aplicada de várias formas. Primeiramente, os EEERs devem avaliar os requisitos de autocuidado específicos de cada pessoa cuidada, levando em consideração as suas limitações físicas, cognitivas e emocionais. Com base nessa avaliação, podem ser estabelecidas metas realistas de reabilitação, identificando as necessidades terapêuticas necessárias para alcançar ganhos em saúde (Lessmann, et al., 2011; Ghani, et al. 2019).

Além disso, a teoria do autocuidado de OREM destaca a importância da educação e orientação da pessoa cuidada e respetivos familiares (Alimohammadi, et al. 2023). Os EEERs devem providenciar informações e ensinamentos claros sobre o AVC, as suas complicações e estratégias de autocuidado. Isso permite que a pessoa cuidada participe ativamente no seu processo de reabilitação, desenvolvendo competências e conhecimentos para cuidar de si mesmo de forma independente.

Em suma, a teoria do autocuidado de OREM oferece uma base teórica valiosa para orientar a reabilitação de pessoas com AVC. Ao enfatizar a importância do autocuidado, essa teoria coloca a pessoa cuidada como o protagonista da sua própria recuperação, incentivando a participação ativa e o desenvolvimento de competências para o cuidado pessoal. A aplicação dessa teoria na prática clínica pode ajudar a promover uma reabilitação mais eficaz, proporcionando melhor qualidade de vida aos indivíduos afetados pelo AVC (Lessmann, et al., 2011; Feriani, et al. 2022; Marques, et al.).

Tendo por base a avaliação previamente realizada sobre a senhora AC, pode-se nomear os seguintes objetivos para o plano de cuidados de reabilitação:

- Promover a estimulação neuro sensorial em cada sessão diária;
- Desenvolver a prática de reeducação funcional motora adequada;
- Aumentar o ganho de força muscular no hemicorpo esquerdo e potenciar a força do hemicorpo direito através de exercícios passivos, ativos assistidos e ativos resistidos;
- Desenvolver o equilíbrio estático e dinâmico sentado e em posição ortostática;
- Realizar exercícios que aumentem a coordenação motora;
- Iniciar a marcha, treinar e instruir o senhor para a marcha mais adequada;

7.2 Plano de Cuidados

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
<p>25/05/2023</p> <p>Défice no autocuidado: Beber Alimentar-se Deglutição Higiene Vestir-se Eliminação.</p>	<p>Estimular a independência funcional para o autocuidado e a autonomia de decisão.</p>	<p>-Beber e nutrir-se – avaliação periódica da glicemia capilar.</p> <p>-Avaliar a funcionalidade através da escala de MIF e de Barthel;</p> <p>Incentivar a utente a higienizar a cara, cabelo, tórax -e membro superior esquerdo;</p> <p>-Disponibilizar o tempo necessário para a utente autohigienizar-se sem se sentir pressionada;</p> <p>Incentivar a utente a vestir roupa elástica e promover a adaptação dos produtos de apoio para a alimentação – por exemplo, utilização no domicílio de prato com ventosas e pratos altos com rebordo;</p> <p>- Higiene e vestir-se – solicitar à família os produtos de higiene pessoal do utente; promover os cuidados de higiene e vestuário.</p>	<p>25.05.23</p> <p>Avaliada a capacidade para a realização do autocuidado (Escala de Barthel + Escala de MIF).</p> <p>26.05.23</p> <p>Dependente no autocuidado de vestir-se e arranjar-se. Foram efetuados ensinios para a realização das AVD. O Apresenta muita dificuldade a vestir-se, contudo menor dificuldade a vestir a parte superior em relação à parte inferior. Parcialmente dependente em alimentar-se, alimentação e higiene oral no wc.</p> <p>27.05.23</p> <p>A utente ainda apresenta muita dificuldade em vestir-se, principalmente a parte superior, contudo menor dificuldade a vestir a parte inferior. Foi necessário reforçar a não desistência perante o treino, pois por 2 vezes manifestou frustração em não conseguir completar a tarefa, inclusive no abotoar a camisa de pijama e no calçado do lado esquerdo em que apresentava menos destreza. No Autocuidado alimentar-se a mesma consegue comer a dieta mole fornecida pelo Membro superior direito, contudo os alimentos foram previamente fracionados. Dever-se-á progredir a dieta da mesma e estimular quando tiver mais capacidade a comer com talher adaptado do lado esquerdo. No Autocuidado arranjar-se a mesma conseguiu colocar a bisnaga de pasta de dentes entre as pernas e abrir com mão direita e completar a atividade autonomamente.</p> <p>02.06.23</p> <p>Manteve nível de funcionalidade idêntica a turnos anteriores.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Eliminação - avaliar necessidade de algáliação, avaliar condições funcionais para independência na eliminação; - Encorajar a participação do utente em todas as atividades. - Promover privacidade. - Dar reforço positivo salientando os progressos; 	<p>13.06.23 Manteve nível de funcionalidade idêntica a turnos anteriores.</p> <p>19.06.23 A Utente ainda apresenta melhorias em vestir-se, principalmente na parte superior. De notou-se melhoria na destreza e rapidez ao despir-se.</p> <p>20.06.23 Manteve nível de funcionalidade idêntica a turnos anteriores.</p>
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
<p>25/05/2023</p> <p>Visão comprometida.</p>	<p>Promover a adaptação à limitação do campo visual.</p> <p>Reeducar a imagem psicossensorial e psicomotora.</p>	<p>-Avaliar a alteração do campo visual.</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar exercícios de facilitação cruzada.</p> <p>-Estimular a percepção sensorial:</p> <p>+Disposição terapêutica do mobiliário e objetos pessoais.</p> <p>+Abordagem pelo lado afetado.</p> <p>+Colocar a pessoa em frente ao espelho.</p> <p>+Ensinar, instruir e treinar técnicas de varrimento para aumentar o campo visual.</p>	<p>25.05.23</p> <p>Apresentou hemianópsia homónima esquerda. Demonstrou capacidade para realizar exercícios de facilitação cruzada. Executou a técnica do varrimento para aumentar o campo visual.</p> <p>02.06.23</p> <p>Manifestou maior capacidade para realizar o autocuidado que associa à utilização da técnica do varrimento para aumentar o campo visual.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
<p>25/05/2023</p> <p>Equilíbrio corporal comprometido relacionado com diminuição da força muscular em todos os segmentos (Escala de MRC 3/ 5).</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para</p>	<p>Melhorar o equilíbrio corporal.</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal</p> <p>Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e monitorizar o equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti. - Avaliar força muscular através do controlo de movimentos e mobilização ativa dos segmentos. - Avaliar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (estático ortostático, dinâmico ortostático) corporal estático sentado, equilíbrio sentado, dinâmico. - Estimular e incentivar a manter equilíbrio corporal: correção postural. - Executar mobilizações ativas da cabeça e pescoço através da rotação, da flexão e da extensão. -Ensinar e estimular as mobilizações ativas dos membros superiores e inferiores. 	<p>25.05.23</p> <p>Equilíbrio sentado estático ausente e dinâmico ausente. Foram realizadas mobilizações: Passivas do membro superior esquerdo e mão esquerda.</p> <p>Ativas assistidas do membro inferior esquerdo.</p> <p>Realizados ensinios de automobilização dos membros superiores e inferiores associados à dissociação dos tempos respiratórios.</p> <p>Realizadas pontes terapêuticas, oscilações pélvicas e rolamentos (para reforço de treino de equilíbrio e propriocepção).</p> <p>26.05.23 27.05.23 02.06.23</p> <p>Manteve nível de funcionalidade idêntica a turnos anterior.</p> <p>13.06.23</p> <p>Parésia do membro superior esquerdo. Força de grau 2/5 Parésia do membro inferior direito. Força de grau 3/5. Equilíbrio sentado estático mantido e dinâmico reduzido. Equilíbrio ortostático reduzido.</p> <p>Realizados ensinios de automobilização dos membros superiores e inferiores associados à dissociação dos tempos respiratórios, realizadas pontes terapêuticas, oscilação pélvica e rolamentos. Realizado treino de postura, técnicas de levante com apoio nas grades da cama e transferência no wc, para uso da sanita.</p> <p>Foi efetuado o treino de marcha na enfermaria em piso regular, tendo percorrido uma distância de cerca de 30 metros, necessitando de múltiplas paragens para consciencialização da respiração e correção postural por assumir</p>

<p>usar técnica de equilíbrio corporal.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de treino de equilíbrio em séries de 10 repetições: Alternância de cargas Membros superiores, Alternância de cargas Membros inferiores, Exercícios de coordenação motora. - Instruir e treinar de exercícios de equilíbrio e correção postural com a pessoa sentada com flexão e extensão do tronco com supervisão (Equilíbrio dinâmico sentado, Equilíbrio estático sentado). - Ensinar e treinar o equilíbrio com a pessoa em pé com flexão e extensão do tronco com supervisão (Equilíbrio dinâmico ortostático, Equilíbrio estático ortostático). 	<p>uma marcha patológica hemiparética com inclinação do corpo para o lado esquerdo e rotação interna do membro inferior. No final do treino a utente revelou satisfação pelo objetivo alcançado, encontrando-se cansada no final do exercício e ainda com possibilidade de efetuar oscilação pélvica.</p> <p style="text-align: center;">19.06.23</p> <p>Efetuada o treino de marcha na enfermaria em piso regular, tendo percorrido uma distância de cerca de 20 metros, necessitando de múltiplas paragens para consciencialização da respiração e correção postural por assumir uma marcha patológica hemiparética. No final do treino a utente revelou satisfação e motivada pelo objetivo alcançado, conseguindo efetuar oscilação pélvica.</p> <p style="text-align: center;">20.06.23</p> <p>Parésia do membro superior esquerdo. Força de grau 2/5. Parésia do membro inferior direito. Força de grau 3/5. Equilíbrio sentado estático mantido e dinâmico reduzido. Equilíbrio ortostático reduzido. Realizados ensinamentos sobre a consciencialização de padrão respiratório recorrendo também a musicoterapia. Foram realizadas mobilizações: Passivas do membro superior esquerdo e mão esquerda. Ativas assistidas do membro inferior esquerdo. Realizados pontes terapêuticas, oscilação pélvica e rolamentos associados à dissociação dos tempos respiratórios, realizadas pontes terapêuticas, oscilação pélvica e rolamentos. Realizado treino de postura, técnicas de levantar com apoio nas grades da cama e transferência no wc, para uso da sanita. Efetuada o treino de marcha na enfermaria em piso regular, tendo percorrido uma distância de cerca de 40 metros, necessitando de 3 paragens para consciencialização da respiração e correção postural por assumir uma marcha patológica hemiparética.</p>
---	--	--	--

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
<p>10/06/2023</p> <p>Andar com auxiliar de marcha comprometido relacionado com défice de conhecimento manifestado por uso incorreto do auxiliar de marcha (afastamento do tripé sem utilizar os pontos de apoio).</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para andar com auxiliar de marcha;</p>	<p>Andar com auxiliar de marcha melhorado ao fim de 10 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha (tripé/andarilho). - Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha. -Ensinar, instruir e treinar a técnica de andar com auxiliar de marcha (Tripé/Andarilho). 	<p>13.06.23</p> <p>Foi efetuado o treino de marcha, com recurso de tripé, na enfermaria em piso regular, tendo percorrido uma distância de cerca de 30 metros, necessitando de múltiplas paragens para dissociação da tempos respiratórios e correção postural por assumir uma marcha patológica hemiparética com inclinação do corpo para o lado esquerdo e rotação interna do membro inferior. No final do treino a utente revelou satisfação pelo objetivo alcançado, encontrando-se cansada no final do exercício e ainda com possibilidade de efetuar oscilação pélvica.</p> <p>19.06.23</p> <p>Efetuada o treino de marcha, com recurso de tripé, na enfermaria em piso regular, tendo percorrido uma distância de cerca de 20 metros, necessitando de múltiplas paragens para consciencialização da respiração e correção postural por assumir uma marcha patológica hemiparética. No final do treino a utente revelou satisfação e motivada pelo objetivo alcançado, conseguindo efetuar oscilação pélvica.</p> <p>20.06.23</p> <p>Efetuada o treino de marcha, com recurso de tripé, na enfermaria em piso regular, tendo percorrido uma distância de cerca de 40metros, necessitando de 3 paragens para consciencialização dos tempos respiratórios correção postural por assumir uma marcha patológica hemiparética.</p>

<p>Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha.</p>			
--	--	--	--

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
<p>25/05/2023</p> <p>Risco de queda, em grau elevado.</p>	<p>Diminuir o risco de queda.</p> <p>Prevenir a ocorrência de queda.</p>	<p>-Avaliar o risco de queda, utilizando Escala de Quedas de Morse (EQM), a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), a Escala de MRC.</p> <p>-Identificar os fatores de risco para a ocorrência de queda: ↯ Alteração do campo visual; ↯ Alteração do equilíbrio corporal; ↯ Diminuição da capacidade para realizar a autocuidada higiene em segurança; ↯ Alteração da marcha.</p> <p>-Estabelecer estratégias que permitam eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco de queda</p> <p>-Otimizar ambiente físico:</p> <p>- Disponibilizar a campainha e objetos de maior necessidade perto da pessoa, de modo a que, quando sejam necessários,</p> <p>-Supervisionar o levante e transferências.</p>	<p>25.05.23</p> <p>Realizado à utente e família ensino sobre fatores potenciadores de queda.</p> <p>Avaliadas condições do domicílio da utente:</p> <p>1ª. Habitação Própria – Apartamento. Com elevador. Sem Escadas. Eletricidade e Saneamento disponível. Visita Portugal (Ponte de Sôr) nas férias.</p> <p>2ª. Habitação Própria – Vivenda Térrea. Eletricidade e Saneamento disponível. Autónoma nas atividades de vida diárias e ativa em atividades de lazer desde o início da reforma.</p> <p>Identificadas as barreiras para evitar a ocorrência de acidentes: presença de banheira, tapetes, escadas e ausência de elevador e barras de apoios- Realizados ensinios ao marido (cuidador) sobre possibilidade de eliminação de fatores de risco e adaptação do domicílio às necessidades da utente após a alta.</p> <p>26.05.23</p> <p>Realizados ensinios ao cuidador sobre a transferências da cadeira de rodas para o leito e posicionamentos da utente no leito.</p> <p>27.05.23</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Auxiliar no autocuidado mantendo a segurança recorrendo a produtos de apoio (barras de apoio e cadeira de duche). - Incentivar o uso de calçado fechado, com sola antiderrapante. - Supervisionar a marcha. - Garantir que as rodas da cama e da cadeira de rodas se encontram travadas sempre que as utiliza. - Manter o plano da cama baixo ao mínimo, de modo a facilitar o levante e transferência de forma segura. -Manter o corredor de passagem livre de obstruções que limitem ou impossibilitem o andar. - Realizar ensino sobre a importância da utilização de vestuário e calçado adequado no internamento e no domicílio. - Realizar ensino sobre a importância da Roupa ajustada ao seu tamanho, que permita movimentar-se livremente. -Solicitar informações acerca do ambiente identificar fatores de risco de queda. 	<p>02.06.23</p> <p>Realizados ensinios ao cuidador sobre a transferências da cadeira de rodas para o leito e posicionamentos da utente no leito.</p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none">-Ensinar acerca da importância do ambiente seguro e da eliminação de barreiras para evitar a ocorrência de acidentes. -Incentivar a pessoa a realizar levante. -Ensinar a família sobre o risco de queda e a respetiva prevenção.	
--	--	---	--

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
<p>25/05/2023</p> <p>Risco de Rigidez Articular relacionado com diminuição do movimento muscular e articular manifestado por défice de conhecimento sobre exercícios músculo articulares ativos.</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios</p>	<p>Conheciment o demonstrado ao fim de 5 dias sobre exercícios músculo articulares ativos para prevenção da rigidez articular.</p> <p>Melhorar o conheciment o sobre técnica de exercícios muscularto culares</p>	<p>Avaliar movimento articular.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de posicionamento (correção postural). - Executar técnica de exercício músculo articular assistido nos membros superiores a realizar 1 sessão de 10 repetições de movimentos de flexão extensão do cotovelo, circundação, pronação supinação, desvio cubital, flexão extensão dos dedos com adução e abdução e oponência do polegar. - Ensinar, instruir e incentivar à realização de exercício muscular e articular; ativo nos membros inferiores a realizar 1 sessão de 10 repetições de movimentos de rotação interna e externa da coxofemoral, flexão e extensão do joelho e dorsiflexão e flexão plantar. - Avaliar conhecimento sobre condições de risco para a rigidez articular. 	<p>25.05.23</p> <p>Equilíbrio sentado estático reduzido e dinâmico ausente. Plegia no membro superior esquerdo. Força de grau 1/5 Parésia no membro inferior direito. Força de grau 3/5. Sem alteração da sensibilidade tátil, dolorosa ou sensibilidade postural. Realizados ensinso sobre a consciencialização de padrão respiratório recorrendo também a musicoterapia. Foram realizadas mobilizações: Passivas do membro superior esquerdo e mão esquerda. Ativas assistidas do membro inferior esquerdo. Realizados ensinso de automobilização dos membros superiores e inferiores associados à dissociação dos tempos respiratórios. Realizadas pontes terapêuticas e rolamentos (para reforço de treino de equilíbrio e propriocepção.</p> <p>26.05.23</p> <p>27.05.23</p> <p>02.06.23</p> <p>Sobreponível.</p> <p>13.06.23</p> <p>Realizada reavaliação do grau de neglet através da prova de desenho livre do relógio e Prova Desenho de Cruzes, que mantém. Posteriormente aplicada mirror therapy com a utilização de peças de lego coloridas/puzzle e treino de motricidade fina com recurso a elásticos.</p> <p>Apresenta:</p>

<p>muscula articulares; Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios muscula articulares</p>	<p>Melhorar a capacidade para executar exercícios musculoarto culares</p>	<p>- Ensinar sobre condições de risco para a rigidez articular. - Providenciar material educativo (Guia de Exercícios).</p>	<p>Parésia do membro superior esquerdo. Força de grau 2/5 Parésia do membro inferior direito. Força de grau 3/5. Equilíbrio sentado estático mantido e dinâmico reduzido. Equilíbrio ortostático reduzido. Realizados ensinamentos sobre a consciencialização de padrão respiratório recorrendo também a musicoterapia. Foram realizadas mobilizações: Passivas do membro superior esquerdo e mão esquerda. Ativas assistidas do membro inferior esquerdo. Realizados ensinamentos de automobilização dos membros superiores e inferiores associados à dissociação dos tempos respiratórios, realizadas pontes terapêuticas, oscilação pélvica e rolamentos. Realizado treino de postura, técnicas apoio nas grades da cama e transferência no wc, para uso da sanita. Foi efetuado o treino de marcha na enfermaria em piso regular, tendo percorrido uma distância de cerca de 30 metros, necessitando de múltiplas paragens para consciencialização da respiração e correção postural por assumir uma marcha patológica hemiparética com inclinação do corpo para o lado esquerdo e rotação interna do membro inferior. No final do treino a utente revelou satisfação pelo objetivo alcançado, encontrando-se cansada no final do exercício e ainda com possibilidade de efetuar oscilação pélvica.</p> <p>19.06.23 20.06.23 Sobreponível.</p>
---	---	---	--

CONCLUSÃO

Através da criação e desenvolvimento de programas de reabilitação personalizados, que incluem ensinamentos e treinos específicos, torna-se evidente o papel fundamental que desempenham na promoção da recuperação e na conquista da independência funcional, tão importante para o bem-estar físico, mental e social das pessoas.

A oportunidade de participar neste estudo de caso sobre a senhora AC foi verdadeiramente enriquecedora e inspiradora. Colaborar ativamente num programa de cuidados de reabilitação que resultou numa evolução gradual e positiva para a utente foi gratificante e reforçou a importância do investimento em cuidados de reabilitação personalizados. Observar o progresso e a conquista da independência funcional da senhora AC reforça ainda mais o meu compromisso com a área da reabilitação, reafirmando a convicção de que estas intervenções são essenciais para o bem-estar físico, mental e social das pessoas que buscam uma recuperação plena após um evento incapacitante.

Durante o processo de avaliação da senhora AC, identificaram-se diversas necessidades, sendo o desafio do ganho de força muscular no membro superior esquerdo um dos aspetos mais difíceis de recuperar. No entanto, através da sua notável determinação e dedicação incansável, a senhora AC conseguiu efetivamente aumentar a sua força muscular nos membros inferiores, alcançando um dos seus principais objetivos: a capacidade de caminhar, mesmo que com apoio unilateral de outra pessoa ou de um tripé.

Este caso ilustra claramente a importância do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no planeamento e execução de programas de reabilitação personalizados. O conhecimento técnico e a abordagem holística que o enfermeiro especialista proporciona são fundamentais para responder às necessidades individuais dos pacientes e para promover resultados positivos no seu processo de recuperação. O papel do enfermeiro especialista em reabilitação é crucial para ajudar as pessoas a alcançar o seu máximo potencial funcional e melhorar a sua qualidade de vida após eventos incapacitantes, como o que a senhora AC enfrentou.

Em suma, a relevância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação torna-se evidente ao testemunhar a transformação positiva na vida dos

doentes, como foi o caso da senhora AC. É imperativo continuar investindo na formação e no reconhecimento dos profissionais desta especialidade, a fim de garantir um cuidado de reabilitação de excelência, personalizado e orientado para o bem-estar integral e promoção da capacitação das pessoas que necessitam destes cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alimohammadi, N., Mohamadi, Z., & Mohamdirizi, S. (2023). The effect of a program "Familycentered empowerment " based on Orem model on self-care of brain stroke patients. *Scientific Journal Of Medical Sciences*, 2(1), 1001-1008. Retrieved from <http://sjiuims.irshums.ac.ir/article-1-80-en.html> Feriani, P.; Glorino Rumambo Pandin, M. Philosophy of Science Base Theory Orem Self Care of Stroke Patients. *Preprints.org* 2022, 2022100101.

<https://doi.org/10.20944/preprints202210.0101.v1>

Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7-S11. https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_eldery_Validation_of_an_instrument

Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206-207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206> Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (5), 377-381. https://journals.lww.com/acsmmsse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.1.2.aspx

Feriani, P.; Glorino Rumambo Pandin, M. Philosophy of Science Base Theory Orem Self Care of Stroke Patients. *Preprints.org* 2022, 2022100101. <https://doi.org/10.20944/preprints202210.0101.v1>

Ghani, N., Suliman, M., & Fatima, A. (2019). Application of Orem's nursing theory to a stroke patient: a case study. *Journal of Saidu Medical College, Swat*, 9(2). Nursing diagnoses in elderly people with diabetes mellitus according to Orem's Self-Care Theory. *Revista brasileira de enfermagem*, 75Suppl 4(Suppl 4), e20201171. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1171>

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

Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. *Standards for outcome assessment. Physical therapy*, 66(10), 1530-1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>

Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>

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

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente (1.^a Edição). Lusociência. Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar n.º 14/2012- n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Nursing diagnoses in elderly people with diabetes mellitus according to Orem's Self-Care Theory. Revista brasileira de enfermagem, 75Suppl 4(Suppl 4), e20201171. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1171>

Lessmann, J. C., De Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. (2011). Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico [Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke]. Revista brasileira de enfermagem, 64(1), 198–202. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672011000100030>

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

Si, Y., Yuan, H., Ji, P., & Chen, X. (2021). The combinative effects of orem self-care theory and PDCA nursing on cognitive function, neurological function and daily living ability in acute stroke. American journal of translational research, 13(9), 10493–10500

Taylor, S. G., Renpenning, K. M., Orem, D. E. (2003). Self- Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. United States: Springer Publishing Company.

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

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

ANEXOS

Anexo 1- Escala de Borg modificada

Escala de Borg modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Anexo 2- Escala de Coma de Glasgow

	Variáveis	Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2



	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Anexo 3- Escala de Força Muscular MRC

Escala de Força Muscular MRC	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

Anexo 4- Escala Modificada de Ashworth

Escala Modificada de Ashworth	
0	Tónus normal
1	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no final do movimento)
1+	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento)
2	Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento
3	Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil)
4	Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível)

Anexo 5- Escala de Equilíbrio de Berg

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

Anexo 6- Escala de Quedas de Morse

Escala de Quedas de Morse	
Item	Pontuação
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0 25
2. Diagnósticos secundários Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15
Legenda: Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).	

Anexo 7- Categorias Funcionais de Marcha

Categorias Funcionais de Marcha	
Categoria	Definição
0	O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas
1	O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio
2	O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação
3	O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal
4	O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares
5	O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar

Anexo 8- Índice de Barthel

Índice de Barthel	
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
Tomar banho	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)
Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contigente (por mais de 7 dias)

Interpretação do Resultado	100 pontos - totalmente dependente independente 99 a 76 pontos - dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos - dependência severa 25 e menos pontos - dependência total
-----------------------------------	---

Anexo 9- Escala de MIF

Escala de MIF		Data de avaliação
Autocuidado		
A - Alimentação		
B - Higiene pessoal		
C - Banho		
D - Vestir metade superior		
E - Vestir metade inferior		
F - Utilização da sanita		
Controlo de Esfíncteres		
G - Vesical		
H - Intestinal		
Transferência		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas		
J - Sanitário		
K - Banheira, duche		
Locomoção		
L - Marcha, cadeira de rodas		
M - Escadas		
Comunicação		
N - Compreensão		
O - Expressão		
Cognição Social		
P - Interação social		
Q - Resolução de problemas		
R - Memória		
TOTAL		
Legenda		
Nível	7 - Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 - Independência modificada (utilização de produto de apoio)	Sem ajuda
	Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo \geq 75%) 3 - Ajuda moderada (indivíduo \geq 50%) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 - Ajuda máxima (indivíduo \geq 25%) 1 - Ajuda total (indivíduo $<$ 25%)	Ajuda

Anexo 10- Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS)

		Sim		Não	
Vigilância		O doente deve estar vígil durante pelo menos 15 minutos.		0	
Tosse/Pigarro		Tosse voluntária: o doente deve tossir ou pigarrear 2x.		0	
Deglutição da Saliva:					
1- Deglutição bem-sucedida.	saliva	Realize a higiene oral se a boca estiver muito seca. Se o doente tossir durante ou após a deglutição da saliva assinale "não".		0	
2-Sialorreia		Sialorreia intensa e permanente.		1	
3-Alterações na voz após a deglutição.	do	Gorgolejo, voz húmida e rouca desde a instalação AVC.		1	

TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO (Material: Água, espessante, colher de chá, seringa, pão e bolacha)

	SEMISSÓLIDO	LÍQUIDO	SÓLIDO
	½ Colher de Chá de água espessada. Se não se registarem sintomas, administrar mais 3 a 5 colheres. Pare a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração.	Dar 3,5, 20 ml de água numa chávena, seguidos por 50 ml de água (goles sequenciais). Para a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração.	Dar um pedaço de pão sem còdea e/ou um pedaço de uma bolacha (max. 1,5 x 1,5cm) Pare a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração.
DEGLUTIÇÃO			
Deglutição Impossível	0	0	0
Atraso na Deglutição (Semissólidos Líquidos > 2s sólidos > 10s)	1	1	1
Deglutição bem-sucedida.	2	2	2
TOSSE (INVOLUNTÁRIA) (Antes, durante e depois da deglutição - até 3 minutos após)			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
SIALORREIA			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
ALTERAÇÕES DE VOZ (Escute a voz antes e após a deglutição - o doente deve dizer "Ooh")			

Sim	0		0		0	
Não	1		1		1	
SOMA:	5		5		4	

1-4 Parar o teste ou 5 -
Continuar

Apêndice 4: Estudo de Caso - Reabilitação da Pessoa Reabilitação Da
Pessoa Com Lesão Vertebro-medular



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

REABILITAÇÃO DA PESSOA
COM LESÃO VERTEBROMEDULAR

Joana dos Santos Afonso

Almada
2023

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

REABILITAÇÃO DA PESSOA
COM LESÃO VERTEBROMEDULAR

Joana dos Santos Afonso

Docente Orientador: Noélia Ferreira

Almada
2023



Lista de Abreviaturas e Siglas

American Psychological Association (APA)

Bpm- batimentos por minuto

CIPE- Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem Cpm- ciclos por minuto

cm- Centímetro

Comp.- Comprimido

DVF- Drenagem vesical funcionante

EEB- Escala de Equilíbrio de Berg

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EQM- Escala de Quedas de Morse

h- Hora

IM- Intramuscular

Kg- Quilograma

m- Metro

MIF- Escala de Medida de Independência Funcional MmHg- Milímetros de Mercúrio

Mg- Miligrama

Mcg-Micrograma

ml- mililitro

mmHg- milímetro de Mercúrio

MRC- Medical Research Council

RM CE- Ressonância Magnética Crânio-encefálica

RX Tórax- Radiografia do Tórax

SpO₂- Saturações Periféricas de Oxigénio

TAC CE- Tomografia computadorizada Crânio-encefálica

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UP- Úlcera de Pressão

VNI- Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

1.	COLHEITA DE DADOS	6
1.1	Identificação História de Vida	6
1.2	Condições Habitacionais	6
1.3	Antecedentes Familiares	6
1.4	Antecedentes Pessoais	6
1.6	Posologia	8
1.7	Motivo da Admissão	8
2.	EXAME FÍSICO	10
2.1	Dados Antropométricos	10
3.	AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	11
4.	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	12
4.1	Estado Mental	12
4.2	Pares Cranianos	13
5.	AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE	16
5.1	Força Muscular	16
5.2	Tónus Muscular	17
5.3	Coordenação Motora	18
5.4	Sensibilidade	19
5.5	Risco de Queda	20
6.	AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	21
7.	AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	24
7.1	Análise de acordo com a Teoria do Autocuidado de Orem	24
7.1.1	Requisitos de Autocuidado	24
7.1.2	Necessidades Terapêuticas	24
7.1.3	Déficits de Autocuidado	25



CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS.....	30
Anexo 1: Escala de Borg modificada	30
Anexo 2: Escala de Coma de Glasgow	30
Anexo 3: Escala de Força Muscular MRC.....	31
Anexo 4: Escala Modificada de Ashworth	31
Anexo 5: Escala ASIA.....	31
Anexo 6: Escala de Quedas de Morse	32
Anexo 7: Índice de Barthel	33
Anexo 8: Escala MIF	35
APÊNDICES.....	36
Apêndice 1- Plano de Cuidados	36

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso será elaborado no âmbito do 3.º Ensino Clínico, no 1.º Semestre do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

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

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

O estudo de caso aborda o tema da “Reabilitação da Pessoa com Lesão Vertebromedular” tem como foco a reabilitação da senhora T.M. que até ao internamento e consequentemente fratura patológica associada a antecedente diagnóstico de neoplasia da mama, era autónoma e ativa nas suas atividades de vida diária. A mesma foi admitida não só para a sua recuperação mas também capacitação da respetiva família face à sua nova condição de dependência em grau moderado.

Assim, o principal objetivo deste estudo de caso é pôr em prática os conhecimentos científicos e teórico-práticos adquiridos ao longo do curso, através da avaliação de necessidades da senhora T.M. e do desenvolvimento do plano de cuidados de reabilitação baseado na Teoria do Autocuidado de Orem.

No decorrer do processo de recolha de dados clínicos, foram observados e aplicados os princípios éticos e legais inerentes à profissão, assegurando a privacidade da senhora T.M. Foi efetuado um registo diário dos cuidados de enfermagem e consultado o processo clínico, de forma a possibilitar a elaboração do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, fundamentado nas necessidades da referida utente.

Este trabalho está dividido em oito partes distintas.

Inicialmente, encontra-se a Introdução, seguida de uma Avaliação da Função Respiratória e Avaliação Neurológica, incluindo estado mental e pares cranianos. Além disso é abordada a Avaliação da Motricidade, que inclui: a força muscular, o tónus muscular, a coordenação motora, a sensibilidade, o equilíbrio corporal. É igualmente contemplada uma Avaliação do grau de dependência no autocuidado.

Por fim, conclui-se o trabalho, seguido das referências bibliográficas. Este trabalho foi redigido de acordo com o Acordo Ortográfico da língua portuguesa, em vigor até presente data, e segue a norma da American Psychological Association (APA) 7ª Edição.

O Plano de Cuidados, que consta em apêndice, foi elaborado com o intuito de desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do EEER, mediante a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, bem como a Teoria de Enfermagem que sustentou a minha intervenção.

1. COLHEITA DE DADOS

1.1 IDENTIFICAÇÃO | HISTÓRIA DE VIDA

Nome: T.M.E.M. Sexo: Feminino Data de Nascimento: 07/08/1968 Idade: 55 Anos
Natural de Lisboa. Residente em Lisboa.

Ex-cuidadora informal dos pais. Desempregada. Divorciada. Não tem filhos.

Tem 5 irmãos, é a mais velha. Tem 6 sobrinhos entre os 6 meses-14 anos, de quem cuidava de forma ativa e regular.

Antes do internamento:

Autónoma nas atividades de vida diárias e matriarca da família.

1.2 CONDIÇÕES HABITACIONAIS

Residia com os pais até falecerem em janeiro de 2023. Habitação Arrendada.

Apartamento num 2 andar, com escadas, eletricidade e saneamento disponíveis. Sem animais de estimação. Manifesta interesse por plantas.

1.3 ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai: Neoplasia da Garganta + Hipertensão Arterial

Mãe: Neoplasia da Tireoide + Diabetes Mellitus II

1.4 ANTECEDENTES PESSOAIS

Obesidade;

Hipertensão Arterial;

Diabetes Mellitus Insulino-tratada;

Dislipidemia

Hipotireoidismo;

Osteoporose;

Síndrome Depressivo;

2018- Carcinoma da Mama Esquerda, com esvaziamento axial esquerdo;

2020- Portador de Pacemaker;

2021- Tireoidectomia por Carcinoma;

2023-

Abril: Admitida em internamento por suspeita de escabiose, realizou 3 dias de tratamento

e eczema de contacto alérgico em disseminação de etiologia a esclarecer.

Maio: Inicia quadro de instabilidade respiratória com diagnóstico de pneumonia nosocomial extensa, até à data com capacidade para marcha com apoio.

Junho: Diagnóstico recidivo de doença neoplásica:

Fratura patológica D6 com infiltração corpos vertebrais D5-D6 - instalação súbita de parestesias MI e paraparésia de predomínio proximal, perdendo a total capacidade de marcha, sem indicação cirúrgica;

Tromboembolismo Pulmonar com insuficiência respiratória- Iniciou enoxaparina de baixo peso molecular, em dose terapêutica;

Crise sintomática de estenose canal cervical com indicação apenas para evicção hiperextensão cervical.

Pneumonia nosocomial extensa;

Sepsis ponto partida pneumonia, cistite;

Bacteriemia ponto partida cateter vascular e sepsis com ponto de partida úlcera de pressão infetada;

Infeção por SARS-CoV-2 com sobre infeção bacteriana a 31/08/2023: cumpriu múltiplos ciclos de antibioterapia;

Isolamento de contacto por Acinetobacter Baumannii Complex (Colonização);

Anomalia na Glândula Suprarrenal e Fígado em estudo.

1.5 ALERGIAS CONHECIDAS

Fármacos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina.

1.6 POSOLOGIA

Fármaco Prescrito	Dosagem	Via	Pequeno-Almoço	Almoço	Jantar	Ceia
Brometo Ipratópio	20mcg	Inalatória	6 Inalações	6 Inalações	6 Inalações	6 Inalações
Captopril	25mg	Oral	1 Comp.	1 Comp.	1 Comp.	-
Dexametasona	0,5mg	Oral	1 Comp.	1 Comp.	1 Comp.	-
Diazepam	05mg	Oral	1 Comp.	1 Comp.	2 Comp.	-
Enoxaparina	60mg/0,6ml	Subcutânea	1 Injeção	-	1 Injeção	-
Espiro lactona	100mg	Oral	-	1 Comp.	-	-
Fentanilo	50mcg/h	Cutânea	1 Patch	-	-	-
Furosemida	40mg	Oral	1 Comp.	-	-	-
Gabapentina	300mg	Oral	1 Comp.	1 Comp.	1 Comp.	-
Glucose 30%/20ml	40ml	IV	SOS	SOS	SOS	SOS
Insulina Lispro	100 U/ml	Subcutânea	SOS 500-12U 400-500-10U 300-400-8U 200-300-4U			
Levotiroxina	0,1mg	Oral	2	-	-	-
Lorazepam	1mg	Oral	SOS	SOS	SOS	SOS
Metamizol Magnésio	575mg	Oral	1 Comp.	1 Comp.	1 Comp.	
Morfina	10mg/1ml	IM	1 Injeção	1 Injeção		1 Injeção

1.7 MOTIVO DA ADMISSÃO 10/10/2023

Na admissão na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) apresenta se consciente, aparentemente orientada nas três vertentes. Comunicativa quando abordada e colaborante.

Hemodinamicamente estável, com referência a desconforto quando mobilizada. Apresenta penso transdérmico para controlo da dor.

Mucosas coradas e hidratadas. Pele seca e descamativa. Apresenta UP na região sagrada com pequena fistula para a ampola rectal com saída de fezes apenas á expressão, mas com loca com tecido de granulação, tratamento com soluto de dakin; maceração nas pregas cutâneas onde era feito tratamento com octiset e aplicada spray barreira, no entanto na região infra mamaria à direita com perda de integridade, encaminhada com penso com espuma de poliuretano. Apresenta hematomas dispersos a nível abdominal.

Eupneica em ar ambiente com indicação para Ventilação Não Invasiva (VNI) noturno que segundo registos dos colegas tem fraca adesão. Segundo registos no hospital cumpria EER reeducação funcional respiratória: treino técnicas de descanso e relaxamento, Reeducação abomino diafragmática, Reeducação costal global, Reeducação costal seletiva.

Apresenta dependência para todos os autocuidados em grau elevado, exceto alimentação.

Necessita de ajuda elevada nos cuidados de higiene e conforto.

Necessita de ajuda elevada nas mobilizações no leito e nas transferências.

Apresenta paraplegia membros inferiores e paraparésia membro superior esquerdo.

Alimenta-se por via oral, com supervisão.

Apresenta sonda vesical Sylastic 20Fr que é para ser trocada a 28/12/2023, funcionante de urina clara. Incontinência de esfíncter intestinal, evacua na fralda com necessidade de cumprir laxantes. Última dejeção a 08/10.

Vem com principais objetivos: manter reabilitação motora para manutenção de funcionalidade no leito e prevenção de novas UP, gestão de doença crónica, gestão terapêutica para controlo sintomático e prevenção de complicações, de vigilância e realização de penso de UP e necessidade de apoio emocional.

Utente calma, consciente e orientada. Apresenta labilidade emocional.

Eupneica em ar ambiente (Spo2 99%), normotensa (142/97 mmHg), taquicardia 95 bpm e apirética (36,7C). Dor 8. Administrada terapêutica analgésica, que cumpre efeito. Apresenta paraplegia dos MIs.

Quanto ao equilíbrio corporal em posição sentada, mantém equilíbrio estático e apresenta alterações do equilíbrio dinâmico.

Pele e mucosas coradas e desidratadas. Apresenta suspeita de lesão fúngica na região inframamária aplicado clotrimazol+inadine, ferida por humidade na região intra nadegueira, aplicado creme barreira e UPP na região sacrococcígea grau 4 profunda 20cmx10cmx7cm. Penso realizado com Aquacel Ag⁺.

Realizada alternância de decúbitos entre Decúbito Dorsal e Decúbito Lateral Direito. Utente alimenta-se autonomamente de dieta geral. Independente na ingestão hídrica. Dependente no autocuidado, vestir-se e arranjar-se. Apresenta incontinência de esfíncteres, recorre ao uso de fralda. Tem drenagem vesical funcionante, com urina clara e sem sedimento. Padrão de sono mantido alterado por queixas álgicas. Cumpre CPAP noturno por períodos.

EXAME FÍSICO

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Data da Avaliação: 16/10/2023

Peso: 123 Kg

Altura: 1,60m

Utente consciente, calma e orientada na pessoa, tempo e espaço. Glasgow 15. Apresenta discurso lentificado, necessitando de mais tempo para se expressar e labilidade emocional marcada.

Apirética. Pele e mucosas coradas e desidratadas. Incentivado o reforço hídrico. Apresenta úlcera de grau IV, em tratamento. Refere dor de grau 3 sob efeito de analgesia de sos (morfina).

A apresenta hemiparesia do membro superior esquerdo, de acordo com MRC - força de 3/5 no membro superior esquerda e mão esquerda- força de grau 2; força de grau 5 no membro superior direito; força de grau 5 na mão direita, hemiplegia - força de grau 0 nos membros inferiores, com alteração de sensibilidade sensitiva nos mesmos. Paraparesia flácida dos membros inferiores.

Na presente sessão de reabilitação foi avaliada a tolerância à posição sentada fowler entre 45° a 90°, no leito, que tolerou sem intercorrências, sob vigilância e monitorização de sinais vitais. Quando em posição sentada apresenta equilíbrio estático com apoio bilateral e recurso a almofada à esquerda de modo a promover o alinhamento do corpo. Foram também realizadas mobilizações passivas assistidas do membro superior esquerdo e dos membros inferiores, que tolerou.

Totalmente dependente no autocuidado de vestir-se e arranjar-se. Parcialmente dependente no autocuidado de alimentar-se ao lanche da dieta pastosa, que tolerou. Parcialmente dependente no autocuidado de beber, solicita de ajuda de terceiros para alcançar a bebida e recorre ao uso de palhinha.

Incontinente de esfíncteres fecal, com necessidade de recurso de fralda. Drenagem vesical funcionante com presença de hematúria.



2. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

No objetivo de avaliar a função respiratória da senhora T.M., foi aplicada a Escala de Borg Modificada que avalia o grau de dispneia existente (Borg, 1982). A presente escala consta em anexo 1.

Data de Avaliação: 16/10/2023	
Inspeção	Eupneica respiração de média amplitude, padrão misto, ritmo regular, simétrico.
Palpação	Hemitoráx esquerdo e direito sem alterações.
Percussão	Presença de som claro pulmonar.
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.
Tosse	Presença de tosse eficaz, sem secreções.
Esc. Borg Modificada	Nenhuma dispneia (0).

3. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

3.1 Estado Mental

Com o propósito de avaliar o estado mental da senhora T.M., foi aplicada a Escala de Coma de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974). A presente escala consta em anexo 2.

Estado Mental	
(16/10/2023-08/10/23)	
Estado de Consciência	Vígil, score de 15 na Escala de Coma de Glasgow: Abertura Ocular Espontânea (4); Resposta Verbal (5); Cumprir ordens (6).
Orientação	Orientada auto e alo psiquicamente.
Atenção	A capacidade de vigilância, tenacidade e concentração encontram-se mantidas.
Memória	A memória sensorial, imediata, recente e remota, não apresentam alterações.
Linguagem	Discurso espontâneo, compreensão, nomeação, repetição, leitura, linguagem elaborada e escrita sem alterações.
Capacidades Práticas	Mantém a capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icónicos transitivos (x: beber água pela garrafa) e icónicos intransitivos (ex: assobiar).
Negligência Hemiespacial Unilateral	Não apresenta <i>neglect</i> .

3.2 Pares Cranianos

Pares Cranianos (16/10/2023)					
N.º	Nervo	Função	Componente	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Pessoa com olhos fechados. Avaliado bilateralmente. Coloquei objetos com cheiro facilmente identificável junto da narina- café e perfume.	Sem alterações.
II	Ótico	Visão	Sensitivo	Olho fechado alternadamente. Avaliado bilateralmente. <u>Acuidade visual:</u> Pedia contagem de dedos junto do olho, a 3 e 6 metros de distância. <u>Campo de visão:</u> Pedi que acompanhasse o meu dedo indicador enquanto o deslocava da periferia para o centro visual, solicitei que indicasse quando o deixava de ver.	Sem alterações.
III	Óculomotor	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho	Motor	Foram avaliados em conjunto o III, IV e VI pares cranianos. Avaliação efetuada com ambiente escurecido. Incidi a luz da lanterna, do canto externo para o interno de cada olho. Detetei a reação, tamanho e forma das pupilas. Fiz movimentos simples em forma de H e pedi à pessoa que seguisse o percurso do dedo.	Avaliado diâmetro de pupilas que é normal (4mm) no olho esquerdo e direito. Ambas as pupilas com forma redonda, reativas à luz e isocóricas. Excluído estrabismo, nistagmo ou ptose palpebral.
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho	Motor	interno de cada olho. Detetei a reação, tamanho e forma das pupilas. Fiz movimentos simples em forma de H e pedi à pessoa que seguisse o percurso do dedo.	

VI	Motor Ocular Externo	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho.			
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor). Perceções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial).	Sensitivo e motor.	Pediu-se à pessoa para fechar os olhos. Foi testada a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa na divisão oftálmica, maxilar e mandibular, bilateralmente. Foi testado o reflexo córneo-palpebral com algodão. Avaliada a capacidade para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente e a simetria dos movimentos de mastigação.	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida nas três divisões do nervo. Reflexo córneo- palpebral mantido no olho direito e esquerdo(existe lacrimejo e pestanejo). Capacidade para encerrar e mover a mandíbula mantido no lado esquerdo e direito. Movimentos de mastigação mantidos simetricamente.
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais – mimica facial (ramo motor). Perceção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)	Sensitivo e motor.	Avaliada a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliada a presença dos movimentos e expressão facial (sorrir, franzir o encerramento firme das pálpebras). Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.	Sem dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Sem alterações. Conseguiu franzir o sobrolho e encerrar ambas as pálpebras.Reconheceu todos os sabores sem dificuldades.
VIII	Estato-acústico	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição.	Sensitivo	<u>Divisão coclear:</u> Avaliado bilateralmente. Utilizei um relógio com som dos ponteiros e pedi que identificasse o som a várias distâncias (0,5m e 4m). <u>Divisão vestibular:</u> Testado o equilíbrio dinâmico e estático	Sem alterações na divisão coclear. Verificado equilíbrio sentado estático presente e dinâmico reduzido. Equilíbrio ortostático Ausente devido ao diagnóstico de lesão vertebromedular.

				sentado.	
IX	Glossofaríngeo	Perceção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.	Sensitivo e motor	Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	Sem alterações.
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Sensitivo e motor	Avaliada a presença do reflexo de vômito. Verificado se apresentava alteração no tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou odinofagia.	Sem alterações.
XI	Espinal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleido mastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça.	Motor	Avaliada a capacidade de elevação dos ombros e lateralizar a cabeça bilateralmente, contra a resistência das minhas mãos.	Apresenta controlo motor da musculaturacervical. Apresenta força de grau 0 (Escala de ForçaMuscular Medical Research Council-MRC) no membro superior esquerdo e grau 3 no membro superior direito grau 5.
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras)	Motor	Avaliados os movimentos da língua com e sem resistência da espátula.	Sem alterações.

4. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

4.1 Força Muscular

No sentido de avaliar a força muscular da senhora T.M., foi aplicada a Escala da Força Muscular MRC (Medical Research Council, 1976). A presente escala consta em anexo 3.

Segmentos	Movimentos	Força Muscular			
		16/10		08/11	
		Lado Esquerdo	Lado Direito	Lado Esquerdo	Lado Direito
Cabeça e Pescoço	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Inclinação Direita	5	5	5	5
	Inclinação Esquerda	5	5	5	5
	Rotação	5	5	5	5
Escapulo-umeral	Flexão	3	4	3	5
	Extensão	3	4	3	5
	Adução	3	4	3	5
	Abdução	3	4	3	5
	Rotação Interna	3	4	3	5
	Rotação Externa	3	4	3	5
Cotovelo	Flexão	2	4	3	5
	Extensão	2	4	3	5
Antebraço	Pronação	3	4	3	5
	Supinação	3	4	4	5
Punho	Flexão	3	4	3	5
	Extensão	3	4	3	5
	Desvio cubital	3	4	3	5
	Desvio radial	3	4	3	5
Dedos da Mão	Flexão	3	4	4	5
	Extensão	3	4	4	5
	Adução	3	4	4	5
	Abdução	3	4	4	5
	Oponência	3	4	4	5
Coxo- femoral	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Flexão	0	0	0	0

Joelho	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0

Tibiotársica	Adução	0	0	0	0
	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Inversão	0	0	0	0
	Eversão	0	0	0	0
Dedos dos Pés	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Flexão	0	0	0	0

4.2 Tónus Muscular

Com o propósito de avaliar o tónus muscular da senhora T.M., foi aplicada a Escala Modificada de Ashworth (Bohannon & Smith, 1987). A presente escala consta em anexo 4.

Segmentos	Movimentos	Força Muscular			
		16/10		08/11	
		Lado Esquerdo	Lado Direito	Lado Esquerdo	Lado Direito
Cabeça e Pescoço	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Inclinação Direita	0	0	0	0
	Inclinação Esquerda	0	0	0	0
	Rotação	0	0	0	0
Escapulo-umeral	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Rotação Interna	0	0	0	0
	Rotação Externa	0	0	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0

Antebraço	Pronação	0	0	0	0
	Supinação	0	0	0	0
Punho	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Desvio cubital	0	0	0	0
	Desvio radial	0	0	0	0
Dedos da Mão	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Oponência	0	0	0	0
Coxo- femoral	Flexão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Extensão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Adução	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Abdução	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Flexão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
Joelho	Flexão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Extensão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
Tibiotársica	Adução	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Flexão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Extensão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Inversão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Eversão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
Dedos dos Pés	Flexão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Extensão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Adução	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Abdução	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia
	Flexão	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia	Hipotonia

4.3 Coordenação Motora

De modo a avaliar a coordenação motora da senhora T.M., foi aplicada a prova Índice- nariz e prova Calcancar-joelho (Menoita et al., 2012).

Coordenação motora	
Data da Avaliação: 16/10/2023	Prova realizada de olhos abertos e fechados. Através da prova Índice-nariz verificou-se que a pessoa apresenta uma hipometria no membro superior esquerdo, enquanto no membro superior direito não apresenta alteração. Não possível realizar prova Calcancar-joelho, por apresentar diagnóstico de lesão Vertebromedular que resultou em paraplegia.

4.4 Sensibilidade

Foi igualmente avaliada a sensibilidade corporal à senhora T.M., (Menoita et al., 2012). Atendendo o diagnóstico e recorrendo à escala de ASIA, classificou-se a paraplegia diagnosticada como incompleta do tipo C. Escala Ásia presente no anexo 5 (American Spinal Injury Association).

Sensibilidade 16/10/2023		Face		Tronco	Membros Superiores		Membros Inferiores	
		Lado direito	Lado esquerdo		Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo
Superficial	Tátil	P	P	P	P	D	Ausente	Ausente
	Térmica	P	P	P	P	D	Ausente	Ausente
	Dolorosa	P	P	P	P	D	Ausente	Ausente
Profunda	Presente. Barestesia, batiestesia e esteriognosia sem alterações. Não foi possível avaliar a palestesia.							
Legenda: P (Presente); D (Diminuído)								

RIGHT			SENSORY		LEFT		
MOTOR KEY MUSCLES			KEY SENSORY POINTS		MOTOR KEY MUSCLES		
			Light Touch (LTR)	Pin Prick (PPR)	Light Touch (LTL)	Pin Prick (PPL)	
			C2	2	2	C2	2
			C3	2	2	C3	2
			C4	2	2	C4	2
UER (Upper Extremity Right)	Elbow flexors	C5	5	2	2	C5	5
	Wrist extensors	C6	5	2	2	C6	5
	Elbow extensors	C7	5	2	2	C7	5
	Finger flexors	C8	5	2	2	C8	5
	Finger abductors (little finger)	T1	5	2	2	T1	5
Comments (Non-key Muscle? Reason for NT? Pain? Non-SCI condition?):			T2	2	2	T2	2
			T3	2	2	T3	2
			T4	0	0	T4	0
			T5	0	0	T5	0
			T6	0	0	T6	0
			T7	0	0	T7	0
			T8	0	0	T8	0
			T9	0	0	T9	0
			T10	0	0	T10	0
			T11	0	0	T11	0
			T12	0	0	T12	0
			L1	0	0	L1	0
LER (Lower Extremity Right)	Hip flexors	L2	0	0	0	L2	0
	Knee extensors	L3	0	0	0	L3	0
	Ankle dorsiflexors	L4	0	0	0	L4	0
	Long toe extensors	L5	0	0	0	L5	0
	Ankle plantar flexors	S1	0	0	0	S1	0
			S2	0	0	S2	0
			S3	0	0	S3	0
			S4-5	0	0	S4-5	0
(VAC) Voluntary Anal Contraction (Yes/No) <input type="checkbox"/> Não			RIGHT TOTALS		LEFT TOTALS		
			25	20	20	25	
			(MAXIMUM)	(50)	(56)	(50)	
MOTOR SUBSCORES			SENSORY SUBSCORES		SENSORY SUBSCORES		
UER 25 + UEL 25 = UEMS TOTAL 50			LTR 20 + LTL 20 = LT TOTAL 40		PPR 20 + PPL 20 = PP TOTAL 40		
MAX (25) (25) (50)			MAX (56) (56) (112)		MAX (56) (56) (112)		
LER 0 + LEL 0 = LEMS TOTAL 0			LTR 20 + LTL 20 = LT TOTAL 40		PPR 20 + PPL 20 = PP TOTAL 40		
MAX (25) (25) (50)			MAX (56) (56) (112)		MAX (56) (56) (112)		
NEUROLOGICAL LEVELS			3. NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI)		6. ZONE OF PARTIAL SENSORY PRESERVATION		
1. SENSORY			T4		R T3 L T3		
2. MOTOR					R T3 L T3		
Steps 1-6 for classification as on reverse			4. COMPLETE OR INCOMPLETE? Incomplete		5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS) C		
					Most caudal levels with any innervation		

4.5 Risco de Queda

No sentido de avaliar o risco de queda associado foi avaliada a Escala de Quedas de Morse-EQM (Norma n.º 008/2019, pp 1-17). A escala mencionada em cima consta em anexo 6.

Equilíbrio Corporal							
16/10/2023				08/11/2023			
Sentado		Ortostatismo		Sentado		Ortostatismo	
Equilíbrio Estático	Equilíbrio Dinâmico	Equilíbrio Estático	Equilíbrio Dinâmico	Equilíbrio Estático	Equilíbrio Dinâmico	Equilíbrio Estático	Equilíbrio Dinâmico
Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Ausente

Escala de Morse	16/10/23	08/11/23
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3meses. Não Sim	0	0
2. Diagnósticos secundários Não Sim	15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0	0
4. Terapia intravenosa Não Sim	0	0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	20	20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	15	15
TOTAL	50	50
CONCLUSÃO	Alto Risco de Queda	Alto Risco de Queda

5. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

No sentido de avaliar o grau de dependência no autocuidado, recorreu-se à utilização do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e à Escala de Medida de Independência Funcional-MIF (Granger et al., 1986). As presentes escalas constam nos anexos 7 e 8, respetivamente.

Escola Barthel	Data de Avaliação	16.10	08.11
Alimentação	0 = Incapaz. 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada).	5	5
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se. 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se. 10 = Pequena ajuda (verbal ou física). 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilizadeira de rodas).	5	5
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal. 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos).	0	5
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente. 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho. 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda).	0	0
Tomar banho	0 = Dependente. 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa esponja por todo o corpo sem ajuda).	0	0
Mobilidade	0 = Imobilizado. 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física). 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala).	0	0
Subir e descer escadas	0 = Incapaz. 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão. 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala).	0	0



Vestir	0 = Dependente. 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda.	0	5
	10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores).		
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres). 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana). 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência).	0	0
Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado. 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24horas). 10 = Contigente (por mais de 7 dias).	0	0
Interpretação do Resultado	100 pontos – totalmente dependente independente. 99 a 76 pontos – dependência leve. 75 a 51 pontos - dependência moderada. 50 a 26 pontos – dependência severa. 25 e menos pontos – dependência total.	TOTAL 10	TOTAL 20

Escala de MIF		
Autocuidado	Data de avaliação 16.10.23	Data de avaliação 08.11.23
A - Alimentação	6	6
B - Higiene pessoal	1	3
C - Banho	1	1
D - Vestir metade superior	1	2
E - Vestir metade inferior	1	1
F - Utilização da sanita	1	1
Controlo de Esfínteres		
G - Vesical	1	1
H - Intestinal	1	1
Transferência		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	1	1
J - Sanitário	1	1
K - Banheira, duche	1	1
Locomoção		
L - Marcha, cadeira de rodas	1	1



M - Escadas	1	1
Comunicação		
N - Compreensão	7	7
O - Expressão	7	7

Cognição Social		
P - Interação social	6	7
Q - Resolução de problemas	6	6
R - Memória	7	7
TOTAL	40	44

Legenda		
Nível	7 - Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 - Independência modificada (utilização de produto de apoio)	Sem ajuda
	Dependência modificada (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo \geq 75%) 3 - Ajuda moderada (indivíduo \geq 50%) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 - Ajuda máxima (indivíduo \geq 25%) 1 - Ajuda total (indivíduo $<$ 25 %)	Ajuda

6. AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

6.1 Análise de acordo com a Teoria do Autocuidado de Orem

Teoria do Autocuidado de OREM na Reabilitação de Pessoa com Lesão Vertebro-medular:

A reabilitação de pessoas que sofreram Lesão Vertebro-medular é um processo complexo que visa restaurar e maximizar a funcionalidade física, cognitiva e psicossocial dos indivíduos afetados. Nesse contexto, a teoria do autocuidado de OREM propõe uma base teórica sólida para compreender e promover o processo de reabilitação, com ênfase no papel ativo do indivíduo na sua própria recuperação (Si, Y., Yuan, H., Ji, P., & Chen, X., 2021).

A teoria do autocuidado de OREM, desenvolvida por Dorothea Orem, propõe que os seres humanos possuem a capacidade inata de cuidar de si mesmos e tomar ações deliberadas para atender às suas necessidades básicas de autocuidado. Essa teoria enfatiza a importância do autocuidado como um componente fundamental para a manutenção da saúde, prevenção de doenças e recuperação de condições de saúde adversas.

Componentes da Teoria do Autocuidado de OREM:

A teoria do autocuidado de OREM é composta por três componentes principais: requisitos de autocuidado, demandas terapêuticas e déficits de autocuidado.

6.1.1 Requisitos de Autocuidado:

Os requisitos de autocuidado são as necessidades básicas que devem ser atendidas pelo indivíduo para manter saúde e bem-estar. Esses requisitos podem incluir cuidados com a higiene pessoal, alimentação adequada, gestão da medicação, atividade física, descanso e sono, entre outros. Na reabilitação da pessoa com lesão vertebro-medular, os requisitos de autocuidado podem ser adaptados para atender às necessidades específicas da pessoa cuidada, levando em consideração suas limitações físicas, cognitivas e emocionais (Orem, 2003).

6.1.2 Necessidades Terapêuticas:

As demandas terapêuticas são as intervenções e atividades que visam atender aos requisitos de autocuidado da pessoa cuidada. Na reabilitação da pessoa com lesão

vertebromedular, essas necessidades podem incluir terapia de reabilitação física, terapia ocupacional, apoio psicológico e educação sobre a doença e as suas complicações. O

objetivo é capacitar a pessoa cuidada a desempenhar as atividades de autocuidado de forma independente ou com o mínimo de assistência possível (Orem, 2003).

6.1.3. Déficits de Autocuidado:

Os déficits de autocuidado referem-se à incapacidade do indivíduo de satisfazer os seus requisitos de autocuidado devido a limitações físicas, cognitivas ou emocionais. No caso de pessoas que sofreram lesão vertebromedular, esses déficits podem incluir a perda da função motora e problemas de equilíbrio e coordenação, entre outros. O papel dos profissionais de saúde na reabilitação é identificar e intervir nos déficits de autocuidado, fornecendo suporte e orientação adequados (Orem, 2003).

Aplicação da Teoria do Autocuidado de OREM na Reabilitação da Pessoa com Lesão Vertebromedular:

Na reabilitação de pessoas com Lesão Vertebromedular, a teoria do autocuidado de OREM pode ser aplicada de várias formas. Primeiramente, os EEERs devem avaliar os requisitos de autocuidado específicos de cada pessoa cuidada, levando em consideração as suas limitações físicas, cognitivas e emocionais. Com base nessa avaliação, podem ser estabelecidas metas realistas de reabilitação, identificando as necessidades terapêuticas necessárias para alcançar ganhos em saúde (Lessmann, et al., 2011; Ghani, et al. 2019).

Além disso, a teoria do autocuidado de OREM destaca a importância da educação e orientação da pessoa cuidada e respetivos familiares (Alimohammadi, et al. 2023).

Os EEERs devem providenciar informações e ensinamentos claros sobre a Lesão Vertebromedular, as suas complicações e estratégias de autocuidado. Isso permite que a pessoa cuidada participe ativamente no seu processo de reabilitação, desenvolvendo competências e conhecimentos para cuidar de si mesmo de forma independente.

Em suma, a teoria do autocuidado de OREM oferece uma base teórica valiosa para orientar a reabilitação de pessoas com Lesão Vertebromedular. Ao enfatizar a importância do autocuidado, essa teoria coloca a pessoa cuidada como o protagonista da sua própria recuperação, incentivando a participação ativa e o desenvolvimento de competências para o cuidado pessoal. A aplicação dessa teoria na prática clínica pode ajudar a promover uma reabilitação mais eficaz, proporcionando melhor qualidade de vida aos indivíduos afetados pela Lesão Vertebromedular (Lessmann, et al., 2011; Feriani, et al. 2022).

Tendo por base a avaliação previamente realizada sobre a senhora T.M., pode-se nomear os seguintes objetivos para o plano de cuidados de reabilitação:

- Promover a estimulação neuro sensorial em cada sessão diária;
- Desenvolver a prática de reeducação funcional motora adequada;
- Aumentar o ganho de força muscular no membro superior esquerdo e potenciar a força através de exercícios passivos, ativos assistidos e ativos resistidos;
- Desenvolver o equilíbrio estático sentado;
- Realizar exercícios que aumentem a coordenação motora do membro superior esquerdo;
- Promover o ganho gradual de independência nos autocuidados e programa de reabilitação.

CONCLUSÃO

Através da criação e desenvolvimento de programas de reabilitação personalizados, que incluem ensinamentos e treinos específicos, torna-se evidente o papel fundamental que desempenham na promoção da recuperação e na conquista da independência funcional, tão importante para o bem-estar físico, mental e social das pessoas.

A oportunidade de participar neste estudo de caso sobre a senhora T.M. foi verdadeiramente enriquecedora e inspiradora. Colaborar ativamente num programa de cuidados de reabilitação que resultou numa evolução gradual e positiva para a utente foi gratificante e reforçou a importância do investimento em cuidados de reabilitação personalizados. Observar o progresso e a conquista da independência funcional da senhora T.M. reforça ainda mais o meu compromisso com a área da reabilitação, reafirmando a convicção de que estas intervenções são essenciais para o bem-estar físico, mental e social das pessoas que buscam uma recuperação plena após um evento incapacitante.

Durante o processo de avaliação da senhora T.M., identificaram-se diversas necessidades, sendo o desafio do ganho de força muscular no membro superior esquerdo um dos aspetos mais difíceis de recuperar. No entanto, através da sua notável determinação e dedicação incansável, a senhora T.M. conseguiu efetivamente aumentar a sua força muscular nos membros superiores, alcançando um os objetivos propostos.

Este caso ilustra claramente a importância do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no planeamento e execução de programas de reabilitação personalizados. O conhecimento técnico e a abordagem holística que o enfermeiro especialista proporciona são fundamentais para responder às necessidades individuais dos pacientes e para promover resultados positivos no seu processo de recuperação. O papel do enfermeiro especialista em reabilitação é crucial para ajudar as pessoas a alcançar o seu máximo potencial funcional e melhorar a sua qualidade de vida após eventos incapacitantes, como o que a senhora T.M. enfrentou.

Em suma, a relevância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação torna-se evidente ao testemunhar a transformação positiva na vida dos doentes, como foi o caso da senhora T.M.. É imperativo continuar a investir na formação e no reconhecimento dos profissionais desta especialidade, a fim de garantir um cuidado de reabilitação de excelência, personalizado e orientado para o bem-estar, focado na promoção e capacitação das pessoas que necessitam destes cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). Publication Manual of the American Psychological Association (7th ed.). Editora APA.
- Alimohammadi, N., Mohamadi, Z., & Mohamdirizi, S. (2023). The effect of a program "Familycentered empowerment "based on Orem model on self-care of brain stroke patients. *Scientific Journal Of Medical Sciences*, 2(1), 1001-1008. Retrieved from <http://sjiums.irshums.ac.ir/article-1-80-en.html> Feriani, P.; Glorino Rumambo Pandin, M. Philosophy of Science Base Theory Orem Self Care of Stroke Patients. *Preprints.org* 2022, 2022100101. <https://doi.org/10.20944/preprints202210.0101.v1>
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206-207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (5), 377-381. https://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12.aspx
- Feriani, P.; Glorino Rumambo Pandin, M. Philosophy of Science Base Theory Orem Self Care of Stroke Patients. *Preprints.org* 2022, 2022100101. <https://doi.org/10.20944/preprints202210.0101.v1>
- Ghani, N., Suliman, M., & Fatima, A. (2019). Application of Orem's nursing theory to a stroke patient: a case study. *Journal of Saidu Medical College, Swat*, 9(2). Nursing diagnoses in elderly people with diabetes mellitus according to Orem's Self-Care Theory. *Revista brasileira de enfermagem*, 75Suppl 4(Suppl 4), e20201171. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1171>
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielesny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74. http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx
- Mahoney, FI. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>
- Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (1.ª Edição). Lusociência.
- Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012- n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

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

Lessmann, J. C., De Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. (2011). Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico [Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke]. *Revista brasileira de enfermagem*, 64(1), 198–202. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672011000100030>

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

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

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 – II Série. (2019). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Si, Y., Yuan, H., Ji, P., & Chen, X. (2021). The combinative effects of orem self-care theory and PDCA nursing on cognitive function, neurological function and daily living ability in acute stroke. *American journal of translational research*, 13(9), 10493–10500

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

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Borg modificada

Escala de Borg modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Anexo 2: Escala de Coma de Glasgow

Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Anexo 3: Escala de Força Muscular MRC

Escala de Força Muscular MRC	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

Anexo 4: Escala Modificada de Ashworth

Escala Modificada de Ashworth	
0	Tônus normal
1	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no final do movimento)
1+	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento)
2	Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento
3	Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil)
4	Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível)

Anexo 5: Escala ASIA

ASIA INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY (ISNCSCI) | **ISCOS**

Patient Name: _____ Date/Time of Exam: _____
 Examiner Name: _____ Signature: _____

RIGHT

UER (Upper Extremity Right)

- Elbow flexors C5
- Wrist extensors C6
- Elbow extensors C7
- Finger flexors C8
- Finger abductors (little finger) T1

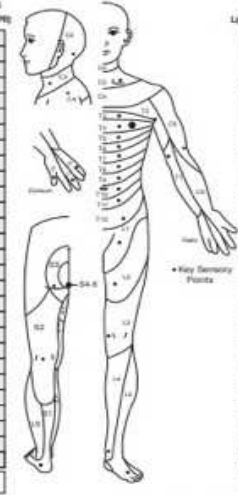
LER (Lower Extremity Right)

- Hip flexors L2
- Knee extensors L3
- Ankle dorsiflexors L4
- Long toe extensors L5
- Ankle plantar flexors S1

(IAC) Involuntary Anal Contraction (Yes/No)

RIGHT TOTALS (MAXIMUM)

MOTOR SUBSCORES: UER + UEL = UEMS TOTAL LER + LEL = LEMS TOTAL



Key Sensory Points

LEFT

UEL (Upper Extremity Left)

- Elbow flexors C5
- Wrist extensors C6
- Elbow extensors C7
- Finger flexors C8
- Finger abductors (little finger) T1

LEL (Lower Extremity Left)

- Hip flexors L2
- Knee extensors L3
- Ankle dorsiflexors L4
- Long toe extensors L5
- Ankle plantar flexors S1

(IAP) Deep Anal Pressure (Yes/No)

LEFT TOTALS (MAXIMUM)

MOTOR SUBSCORES: UEL + UER = UEMS TOTAL LEL + LER = LEMS TOTAL

1. SENSORY LEVEL: R L
 2. MOTOR LEVEL: R L
 3. NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI)
 4. COMPLETE OR INCOMPLETE?
 5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)
 6. ZONE OF PARTIAL SENSORY PRESERVATION: R L

Page 10 | This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association. | 06/14/15

Anexo 6: Escala de Quedas de Morse

Escala de Quedas de Morse	
Item	Pontuação
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0 25
2. Diagnósticos secundários Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15
Legenda: Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).	

Anexo 7: Índice de Barthel

Índice de Barthel	
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
Tomar banho	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)



Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Continente (não apresenta episódios de incontinência)
---------------------	---

Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Continente (por mais de 7 dias)
Interpretação do Resultado	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total



Anexo 8: Escala MIF

Escala de MIF		
Autocuidado	Data de avaliação	
A - Alimentação		
B - Higiene pessoal		
C - Banho		
D - Vestir metade superior		
E - Vestir metade inferior		
F - Utilização da sanita		
Controlo de Esfíncteres		
G - Vesical		
H - Intestinal		
Transferência		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas		
J - Sanitário		
K - Banheira, duche		
Locomoção		
L - Marcha, cadeira de rodas		
M - Escadas		
Comunicação		
N - Compreensão		
O - Expressão		
Cognição Social		
P - Interação social		
Q - Resolução de problemas		
R - Memória		
TOTAL		
Legenda		
Nível	7 - Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 - Independência modificada (utilização de produto de apoio)	Sem ajuda
	Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo \geq 75%) 3 - Ajuda moderada (indivíduo \geq 50%) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 - Ajuda máxima (indivíduo \geq 25%) 1 - Ajuda total (indivíduo $<$ 25 %)	Ajuda



APÊNDICES

Apêndice 1- Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
Autocontrolo: Continência Urinária Ineficaz	Monitorizar a eliminação urinária.	<ul style="list-style-type: none">• Planear a ingestão de líquidos;• Reforçar comportamentos com técnica de feedback.	16/10/23 Utente apirética. Pele e mucosas coradas porém desidratadas. Realizados ensinios sobre o incentivo ao reforço hídrico e a importância do mesmo. Definido como objetivo hídrico a ingestão de 1,5L diário entre as 08Horas e as 18Horas. Apresenta sonda vesical Sylastic 20Fr, a ser substituída a 28/12/2023, funcionante com urina clara, sem sedimento.



24/10/23

Devido à alteração analítica- valor de sódio reduzido, negociada com a utente a quantidade de água ingerida. A mesma havia ultrapassado a quantidade de sugerida e estava a ingerir 3 litros/dia- reajuste para 1,5 litro/dia, que se demonstrou disponível a cumprir. Realizado ensino sobre a importância do equilíbrio eletrolítico, que compreendeu.



			<p>08/11/23</p> <p>Pele e mucosas coradas e hidratadas.</p> <p>Utente cumpre esquema de ingestão hídrica delineado com sucesso. Reposto equilíbrio eletrolítico.</p> <p>Mantém drenagem vesical, urina sem alterações e com bons débitos urinários.</p>
Autocontrolo: Continência Intestinal Ineficaz	Monitorizar a eliminação intestinal.	<ul style="list-style-type: none">• Planear a ingestão de líquidos;• Executar massagem abdominal;• Reforçar comportamentos com técnica de feedback;• Instruir sobre massagem do abdómen.	<p>16/10/23</p> <p>Incontinência de esfíncter intestinal, devido o diagnóstico de paraparésia de predomínio proximal.</p> <p>Com necessidade de recurso a fralda.</p> <p>Apresenta fezes duras e moldadas, com necessidade de cumprir laxantes. Utente obstipada com sinais de abdómen timpanizado.</p> <p>Realizada massagem abdominal.</p> <p>Realizados ensinios sobre a importância da ingestão hídrica.</p> <p>24/10/23</p> <p>Apresenta fezes moldadas. Utente sem sinais de obstipação ou abdómen timpanizado.</p> <p>Realizado ensino sobre importância da automassagem abdominal e treino, que cumpre com efeito.</p>



			<p>Reajustada a ingestão hídrica, por alterações analíticas. Cumprido com sucesso e efeito. Reforçado o comportamento positivo com técnica de feedback.</p> <p>08/11/23</p> <p>Utente apresenta-se totalmente autónoma na realização da automassagem. Cumprido ingestão hídrica de forma autónoma e com sucesso, com recurso a copo adaptado. Realizados ensinamentos sobre a importância da ingestão dos legumes e fibras para trânsito intestinal regular.</p>
Défice no Autocuidado: Arranjar-se	Melhorar a capacidade para usar o dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se.	<ul style="list-style-type: none">• Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: arranjar-se;• Treinar o uso de dispositivo para auxiliar para o autocuidado: arranjar-se.• Reforçar comportamentos com técnica de feedback;	<p>16/10/23</p> <p>Avaliado Índice de Barthel-10; Escala de MIF- 40.</p> <p>Utente totalmente dependente. Realizado ensino sobre o uso de escova de cabelo adaptada. Reforçada a importância de uma boa autoimagem de forma a se sentir mais disposta a participar nas atividades de grupo e a receber animicamente melhor a sua família. Implementada rotina higiene oral após as refeições, com recurso a escova adaptada, que cumpre com ajuda total. Realizado reforço sobre a importância da</p>



			<p>higienização oral e respetivo treino da colação da pasta de dentes na pasta e posterior escovagem dos dentes.</p> <p>Avaliada a força muscular do senhora T.M., através da Escala MRC:</p> <p>Força de grau 3 no membro superior esquerdo; Força de grau 4 no membro inferior direito;</p> <p>A senhora T.M. encontrava-se reticente com um fácies triste e desmotivada para cooperar. Reforçada a importância das intervenções de reabilitação, criação de rotina e recuperação da autonomia, ainda que se encontre em situação paliativa. Incentivado comportamento proativo e traçado um plano de intervenção conjunto, que concordou cumprir.</p> <p>Realizada 1 sessão de 10 repetições de exercícios musculares e articulares passivos no membro superior esquerdo, exercícios musculares e 1 sessão de 10 repetições de articulares ativos assistidos e resistidos (força aplicada pela estudante) no membro superior direito.</p> <p>24/10/23</p>
--	--	--	---



			<p>Utente parcialmente dependente na higienização/secagem da face, a pentear-se e lavar os dentes com supervisão e com recurso a escovas e copo adaptado respetivamente.</p> <p>Realizada a continuação do treino do autocuidado com recurso a dispositivos, que cumpre com sucesso.</p> <p>O senhor encontrava-se motivado para aprender, executar e treinar o máximo possível para recuperar força muscular;</p> <p>Sem conhecimento sobre exercícios musculares e articulares, contudo, foram-lhe exemplificados os exercícios que pode fazer (automobilização, flexão/extensão e outros) e mostrou-se recetiva a executá-las;</p> <p>Repete 1 sessão de 10 repetições de exercícios musculares e articulares passivos no membro superior esquerdo, exercícios musculares e 1 sessão de 10 repetições de articulares ativos assistidos e resistidos (força aplicada pela estudante) no membro superior direito.</p> <p>08/11/23</p> <p>Avaliado Índice de Barthel-20; Escala de MIF- 44.</p>
--	--	--	--



			<p>Utente necessita apenas supervisão para a realização do autocuidado, tendo sido bem-sucedida na recuperação da autonomia da higiene da face, pentear e lavagem dos dentes.</p> <p>Realizada 1 sessão de 10 repetições de exercícios musculares e articulares passivos no membro superior esquerdo, exercícios musculares e 1 sessão de 10 repetições de articulares ativos assistidos e resistidos (força aplicada pela estudante) no membro superior direito.</p> <p>Intervenção de reabilitação contínua e o incentivo ao treino autónomo da utente, resultou numa aparência mais cuidada, motivando a utente a sair do quarto com maior frequência, participar nas atividades lúdicas de grupo com os restantes residentes e comparecer à visita familiar no cadeirão na sala comum. As intervenções de reabilitação realizadas para além de impacto físico revelaram-se benéficas para o aumento da autoestima da utente e melhoria da dinâmica familiar, pertinente na medida em que a mesma se encontra com um diagnóstico terminal e em situação paliativa.</p>
--	--	--	---



<p>Défice no Autocuidado: Beber</p>	<p>Melhorar a capacidade para usar o dispositivo auxiliar para beber.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Planear a ingestão de líquidos;• Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: beber;• Treinar o uso de dispositivo para auxiliar para o autocuidado: beber.	<p>16/10/23</p> <p>Pele e mucosas coradas porém desidratadas.</p> <p>Realizados ensinamentos sobre o incentivo ao reforço hídrico e a importância do mesmo. Definido como objetivo hídrico a ingestão de 1,5L diário.</p> <p>Realizado ensino e treino de hidratação com recurso a copo adaptado por parésia do membro superior esquerdo.</p> <p>Anteriormente este membro era o dominante e devido trombose venosa profunda, perdeu força muscular e coordenação do mesmo. Avaliada a força muscular da senhora T.M., através da Escala MRC:</p> <p>Força de grau 3 no membro superior esquerdo;</p> <p>Força de grau 4 no membro inferior direito;</p> <p>Realizada 1 sessão de 10 repetições de exercícios musculares e articulares passivos no membro superior esquerdo, exercícios musculares e 1 sessão de 10 repetições de articulares ativos assistidos e resistidos (força aplicada pela estudante) no membro superior direito.</p>
-------------------------------------	---	---	---



			<p>24/10/23</p> <p>Devido à alteração analítica- valor de sódio reduzido, negociada com a utente a quantidade de água ingerida. A mesma havia ultrapassado a quantidade de sugerida e estava a ingerir 3 litros/dia- reajuste para 1,5 litro/dia, que se demonstrou disponível a cumprir. Realizado ensino sobre a importância do equilíbrio eletrolítico, que compreendeu. Mantém o treino no uso de dispositivo para auxiliar para o autocuidado: beber, que cumpre com sucesso.</p> <p>08/11/23</p> <p>Pele e mucosas coradas e hidratadas. Utente cumpre esquema de ingestão hídrica delineado com sucesso e autonomamente com recurso a copo adaptado. Reposto equilíbrio eletrolítico.</p>
Défice no Autocuidado: Comer	Melhorar a capacidade para usar o dispositivo auxiliar	<ul style="list-style-type: none">• Abrir recipientes;• Levar os alimentos à boca.• Utilizar os utensílios adaptados;	<p>16/10/23</p> <p>Parcialmente dependente no autocuidado de alimentar-se da dieta pastosa, que tolera.</p>



	para comer.	<ul style="list-style-type: none">• Conclui uma refeição;• Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: comer;• Treinar o uso de dispositivo para auxiliar para o autocuidado: comer.	<p>Dependente de auxílio na abertura dos recipientes de comida/garrada de água e na preparação dos alimentos (corte).</p> <p>Avaliada a força muscular do senhora T.M., através da Escala MRC: Força de grau 3 no membro superior esquerdo; Força de grau 4 no membro inferior direito;</p> <p>Reforçada a importância do treino dos membros superiores para otimização do momento da refeição.</p> <p>Realizada 1 sessão de 10 repetições de exercícios musculares e articulares passivos no membro superior esquerdo, exercícios musculares e 1 sessão de 10 repetições de articulares ativos assistidos e resistidos (força aplicada pela estudante) no membro superior direito.</p> <p>Identificada igualmente a necessidade de treino de equilíbrio, preferencialmente em posição sentada e estática para otimização da ingestão hídrica, deglutição dos alimentos, promoção de um padrão respiratório mais eficaz, mobilização de secreções, alívio de pressão,</p>
--	-------------	---	---



			<p>conforto e socialização da utente, só assim possibilitada a ir, em cadeirão, ao refeitório.</p> <p>24/10/23</p> <p>Independente no autocuidado de alimentar-se, da dieta pastosa, que tolera.</p> <p>Necessita de supervisão na abertura dos recipientes de comida/garrada de água, apresenta ainda alguma dificuldade no controlo da força dos membros superiores.</p> <p>Providenciado treino sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: comer (garfo adaptado), que cumpre com satisfação e sentido de realização pessoal. Utente apresenta melhoria na preparação dos alimentos (corte) com o recurso ao garfo adaptado.</p> <p>Realizado o incentivo a automobilização dos membros superiores momentos anteriores às refeições, que cumpre com sucesso. Realçado o empenho e dedicação da utente à recuperação da sua autonomia.</p> <p>08/11/23</p> <p>Reavaliada a força muscular da senhora T.M., através</p>
--	--	--	---



			<p>da Escala MRC:</p> <p>Força de grau 4 no membro superior esquerdo; Força de grau 5 no membro inferior direito; Utente apresenta evidente melhoria do grau de força dos membros superiores e da autonomia da execução das tarefas no momento da refeição. Revela ainda um grau de compromisso com a reabilitação louvável ainda que em situação paliativa.</p> <p>Realizado reforço sobre a importância do levantar para o cadeirão, a utente reconhece como fundamental para a promoção e reconquista da sua autonomia.</p>
Défice no Autocuidado: Higiene	Melhorar a capacidade para usar o dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene.	<ul style="list-style-type: none">• Lavar a face e o cabelo;• Lavar a zona superior do corpo;• Secar a zona superior do corpo e face;• Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;• Treinar o uso de dispositivo para auxiliar para o autocuidado: higiene.	<p>16/10/23</p> <p>Utente dependente no autocuidado higiene, nomeadamente: na higiene dos cabelos, face e partes superior e inferior do corpo. Apresenta-se anemicamente com humor depressivo e labilidade emocional acentuada, manifestando renitência à prestação dos cuidados e intervenção para promoção da capacitação da própria no momento da higiene. Realizado ensino sobre importância de uma higiene e imagem cuidada de modo a melhorar a autoestima e</p>



		<p>prevenir o isolamento social, dado que prefere estar confinada ao quarto.</p> <p>Realizado ensino e treino sobre como a Senhora T.M. deve lavar/secar a face, cabelo e zona superior com recurso a dispositivo para auxiliar (escova de cabo comprido).</p> <p>24/10/23</p> <p>Promovido um ambiente calmo e silencioso; Realizados os cuidados de higiene na maca-banho com recurso a musicoterapia.</p> <p>Durante a higiene foi realizada massagem de relaxamento/terapêutica, mobilizações - 1 sessão de 10 repetições de exercícios musculares e articulares passivos nos membros superiores e inferiores. A utente expressou sensação de alívio de dor e tranquilidade.</p> <p>Avaliado o padrão respiratório da senhora T.M., encontrava regular, ainda que comprometida pela lesão vertebromedular ao nível de T6.</p> <p>Realizado ensino sobre dissociação dos padrões respiratórios e importância da adoção/treino de</p>
--	--	--



			<p>respiração abomino diafragmática.</p> <p>08/11/23</p> <p>Utente necessita de supervisão a lavar/secar a face, cabelo e zona superior com recurso a dispositivo para auxiliar (escova de cabo comprido).</p> <p>Comunicativa e cooperante dentro das suas limitações, durante a prestação dos cuidados de higiene que lhe são prestados na zona inferior.</p>
Autocuidado: Vestuário	Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário.	<ul style="list-style-type: none">• Instruir sobre o uso de técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário, da zona superior do corpo;• Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário, da zona superior do corpo;• Treinar a técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário, da zona superior do corpo.	<p>16/10/23</p> <p>Utente dependente no autocuidado vestuário, nomeadamente nas partes superior e inferior do corpo. Apresenta-se animicamente com humor depressivo e labilidade emocional acentuada, manifestando renitência à prestação dos cuidados e intervenção para promoção da capacitação da própria, a vestir-se.</p> <p>Realizada escuta ativa, com recurso toque terapêutico de modo a incentivar a utente a procurar vestir-se e receber da melhor forma a família, como tanto gostava previamente ao internamento.</p>



			<p>24/10/23</p> <p>Realizado ensino e treino sobre técnicas de adaptação para o autocuidado: vestuário, da zona superior, que compreendeu e reproduziu com necessidade de auxílio.</p> <p>Reforçada a importância do treino dos membros superiores para alcançar autonomia a vestir a parte superior da roupa.</p> <p>Realizada 1 sessão de 10 repetições de exercícios musculares e articulares passivos no membro superior esquerdo, exercícios musculares e 1 sessão de 10 repetições de articulares ativos assistidos e resistidos (força aplicada pela estudante) no membro superior direito, com recurso a elástico.</p> <p>08/11/23</p> <p>Avaliado o conhecimento sobre as técnicas de adaptação para o autocuidado: vestuário, da zona superior- revelou destreza e competências para cumprir o solicitado.</p> <p>Reforçada a importância do treino dos membros superiores para alcançar autonomia a vestir a parte superior da roupa.</p>
--	--	--	--



			Realizada 1 sessão de 10 repetições de exercícios musculares e articulares ativos assistidos no membro superior esquerdo, exercícios musculares e 1 sessão de 10 repetições de articulares ativos resistidos (força aplicada pela estudante) no membro superior direito.
Défice Sensorial Ausente	Avaliar sensibilidade: Sensibilidade tátil; Sensibilidade Térmica; Sensibilidade Dolorosa; Sentido de Pressão; Sensibilidade vibratória; Sensibilidade postural.	<ul style="list-style-type: none">• Aplicar calor;• Gerir ambiente físico;• Executar estimulação sensitiva;• Estimular a perceção sensorial;• Executar técnica de massagem;• Executar técnica de posicionamento;• Incentivar a execução de exercício muscular e articular;	16/10/23 Avaliada escala de ASIA, que revelou uma paraplegia diagnosticada como incompleta do tipo C. Utente apresenta hemiparesia do membro superior esquerdo, de acordo com MRC - força de 3/5 no membro superior esquerda e mão esquerda- força de grau 2; força de grau 5 no membro superior direito; força de grau 5 na mão direita, hemiplegia - força de grau 0 nos membros inferiores, com alteração de sensibilidade sensitiva nos mesmos. Paraparesia flácida inferiores. Promovido um ambiente calmo, com recurso a musicoterapia. Realizada massagem terapêutica, 1 sessão de 10 repetições de exercícios musculares e articulares passivos no membro superior esquerdo e



			<p>membros inferiores, exercícios musculares e 1 sessão de 10 repetições de articulares ativos assistidos e resistidos (força aplicada pela estudante) no membro superior direito.</p> <p>Aplicada crioterapia para alívio da dor e calor alternadamente para relaxamento corporal do membro do superior esquerdo, com efeito.</p> <p>24/10/23 Sobreponível ao turno anterior.</p> <p>08/11/23 Sobreponível ao turno anterior.</p>
Equilíbrio Corporal Comprometido	<p>Avaliar equilíbrio dinâmico sentado;</p> <p>Avaliar equilíbrio estático sentado;</p> <p>Corrigir posições viciosas;</p> <p>Avaliar se suporta o</p>	<ul style="list-style-type: none">• Estimular a manter o equilíbrio corporal.• Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal: Correção Postural; Equilíbrio estático sentado; Equilíbrio dinâmico sentado.• Treino técnica de equilíbrio corporal: Correção Postural;	<p>16/10/23 Apresentou equilíbrio estático sentado, mas não apresentou equilíbrio devido a diagnóstico de lesão vertebromedular.</p> <p>Na presente sessão de reabilitação foi avaliada a tolerância à posição sentada fowler entre 45° a 90°, no leito, que tolerou sem intercorrências, sob vigilância e monitorização de sinais vitais.</p> <p>Quando em posição sentada apresenta equilíbrio</p>



	próprio peso em posição sentado;	Equilíbrio estático sentado; Equilíbrio dinâmico sentado.	estático com apoio bilateral e recurso a almofada à esquerda de modo a promover o alinhamento do corpo. Foram também realizadas mobilizações passivas assistidas do membro superior esquerdo e dos membros inferiores. 24/10/23 Sobreponível ao turno anterior. Continuação do treino tolerância ao levante, já prescrito. Continuação do treino de equilíbrio em posição sentada, na cama ou se possível em cadeirão. Continuação de treino de postura corporal. 08/11/23 Sobreponível ao turno anterior.
Expetorar comprometido. Ineficaz em grau reduzido.	Avaliar reflexo de tosse; Melhorar a capacidade para usar inaloterapia;	<ul style="list-style-type: none">• Aspirar secreções;• Assistir a tossir;• Avaliar reflexo de tosse;• Estimular reflexo de tosse;• Executar cinesiterapia respiratória: Abertura costal global;	16/10/23 Promoção da posição sentada no plano inclinado ou em cadeirão; Promovida a dissociação dos tempos respiratórios; Realizada reeducação abdominal diafragmática; Promovido um padrão expiratório passivo e relaxado, de modo a prevenir a exaustão e o broncoespasmo;



	<p>Melhorar a capacidade para usar a técnica respiratória;</p> <p>Melhorar a capacidade para usar técnica de tosse.</p>	<p>Abertura costal seletiva à direita;</p> <p>Abertura costal seletiva à esquerda;</p> <p>Exercício de rotação da escapulo umeral;</p> <p>Técnica de percussão torácica;</p> <p>Técnica de vibração torácica;</p> <ul style="list-style-type: none">• Executar inaloterapia através de inalador;• Executar técnica de posicionamento;• Incentivar a tossir;• Incentivar a ingestão de líquidos;• Incentivar a expetorar;• Negociar a ingestão de líquidos;• Planear a ingestão de líquidos;• Vigiar expetoração.	<p>Realizados 3 a 4 ciclos de respiração profunda (inspiração / expiração), controlados voluntariamente e relaxados para evitar a hiperventilação;</p> <p>Realizada reeducação costal global;</p> <p>Elevação/Extensão/Flexão dos Membros superiores com sincronização de tempos respiratórios- 1 Série 10</p> <p>Repetições cada;</p> <p>Adução e abdução dos cotovelos - 1 Série 10</p> <p>Repetições;</p> <p>Pronação e supinação do braço esquerdo- 1 Série 10</p> <p>Repetições;</p> <p>Extensão e flexão do cotovelo esquerdo- 1 Série 10</p> <p>Repetições;</p> <p>Realizado o fortalecimento as atividades dos músculos respiratórios, minimizando o excesso de utilização dos músculos acessórios na respiração;</p> <p>Promovida a reexpansão pulmonar, melhorando a distribuição e ventilação alveolar;</p> <p>Reeducar sobre a gestão do esforço.</p> <p>24/10/23</p> <p>Extensão e flexão dos membros superiores com recurso a bastão/bola/faixas com sincronização/dissociação dos</p>
--	---	---	---

			<p>tempos respiratórios;</p> <p>Em decúbito dorsal: adução e abdução dos cotovelos;</p> <p>Em decúbito lateral: adução e abdução dos braços;</p> <p>Elevação/Extensão/Flexão dos Membros superiores com sincronização de tempos respiratórios.</p>
<p>Movimento Muscular comprometido:</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;</p>	<p>Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercícios muscular e articular;</p> <p>Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido do membro superior esquerdo; • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido do membro superior direito; • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo dos membros inferiores; • Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares- automobilizações dos membros superiores. • Monitorizar força muscular através da escala de MRC. • Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercícios 	<p>16/10/23</p> <p>Quanto à avaliação da força muscular segundo escala de MRC apresenta força normal e contra resistência: Segmento da Cabeça e Pescoço apresenta força 5/5. Segmento Escapulo umeral/cotovelo/antebraço/punho/dedos à direita: força 4/5. Segmento Escapulo-umeral/cotovelo/antebraço/punho/dedos à esquerda: força 3/5. Segmentos esquerdo e direito Coxofemoral / Joelho / Tibiotársica / Dedos: força 0/5 - Paraplegia dos membros inferiores.</p> <p>Durante a intervenção de reabilitação, foram realizadas:</p> <p>-Mobilizações passivas assistidas dos membros inferiores (flexão e extensão) 10 repetições de cada segmento;</p>



		<p>muscular e articular;</p> <ul style="list-style-type: none">• Instruir sobre técnicas de exercícios muscular e articular: <p>Automobilizações; Mobilizações ativas assistidas; Mobilizações ativas; Mobilizações ativas resistidas.</p>	<p>-Mobilizações ativas no membro superior esquerdo (flexão, extensão, pronação e supinação) 10 repetições de cada segmento; -Auto mobilizações dos membros superiores 5 repetições.</p>
Parésia	<p>Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Aplicar frio;• Executar técnica de exercício muscular e articular passivo;• Executar técnica de massagem;• Vigiar parésia;• Avaliar capacidade para executar técnica de exercício;• Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular;• Treinar técnicas de exercício muscular e articular.	<p>24/10/23 Sobreponível ao turno anterior.</p> <p>08/11/23 Quanto à avaliação da força muscular segundo escala de MRC apresenta força normal e contra resistência: Segmento da Cabeça e Pescoço apresenta força 5/5. Segmento Escapulo umeral/cotovelo/antebraço/punho/dedos à direita: força 5/5.</p>
Posicionar-se	<p>Avaliar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.</p> <p>Avaliar conhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;• Ensinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se;• Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para	<p>Segmento Escapulo-umeral/cotovelo/antebraço/punho/dedos à esquerda: força 4/5. Segmentos esquerdo e direito Coxofemoral / Joelho / Tibiotársica / Dedos: força 0/5 - Paraplegia dos membros inferiores.</p>



	<p>sobre técnica de adaptação para posicionar-se.</p> <p>Potencial melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se.</p>	<p>posicionar-se;</p> <ul style="list-style-type: none">• Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;• Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se;• Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;• Treinar uso de dispositivo auxiliar para posicionar-se;• Treinar técnica de adaptação para posicionar-se.	<p>Durante a intervenção de reabilitação, foram realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none">-Mobilizações passivas assistidas dos membros inferiores (flexão e extensão) 10 repetições de cada segmento;-Mobilizações ativas no membro superior esquerdo (flexão, extensão, pronação e supinação) 10 repetições de cada segmento;-Auto mobilizações dos membros superiores 5 repetições. <p>Ao longo da sessão, a utente foi referindo sensação de melhoria do seu bem-estar e sentimentos de ansiedade prévios.</p>
--	---	--	--



Risco Elevado de Pé Equino	Avaliar conhecimento sobre condições de risco para o pé equino.	<ul style="list-style-type: none">• Aliviar roupa da cama através de dispositivo;• Aplicar calor;• Aplicar tala plantar;• Executar técnica de exercício de muscular e articular passivo;• Massajar os pés.	
Tecido Cicatricial Não Adequado	Avaliar tecido cicatricial na região sagrada.	<ul style="list-style-type: none">• Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;• Ensinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se;• Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se;• Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; • Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se;• Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;	16/10/23 Pele e mucosas coradas e desidratadas. Apresenta suspeita de lesão fúngica na região inframamária aplicado clotrimazol+inadine, ferida por humidade na região intra nadegueira, aplicado creme barreira e UP na região sacrococcígea grau 4 profunda 20cmx10cmx7cm. Penso realizado com Aquacel Ag ⁺ . Realizado ensino e treino de capacitação sobre a importância da alternância de decúbitos, com recurso dispositivo auxiliar (ex. grades da cama) para rotação/transferência do corpo no leito.

		<ul style="list-style-type: none">• Treinar uso de dispositivo auxiliar para posicionar-se;• Treinar técnica de adaptação para posicionar-se.	<p>24/10/2023 Sobreponível ao turno anterior.</p> <p>08/11/23 Sobreponível ao turno anterior.</p>
--	--	--	---

Apêndice 5: Formação sobre Prevenção de LME

PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM SAÚDE
BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
PRINCÍPIOS DE ERGONOMIA E BIOMECÂNICA CORPORAL

INFERMEIRA JOANA AZEVEDO

JOÃO FERREIRAS
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



ORDEN DE TRABALHOS:

- LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS (LME)
- FATORES DE RISCO BIOMECÂNICOS E ORGANIZACIONAIS
- SINTOMATOLOGIA
- IMPORTÂNCIA DE UMA BOA POSTURA
- GINÁSTICA LABORAL

PROGRAMA REABILITAR QUEM CUIDA



LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS (LME)

No âmbito da saúde ocupacional, as lesões musculoesqueléticas (LME) relacionadas com o trabalho são descritas como um dos principais problemas dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros.

Estudos realizados em cinco hospitais da região do Porto, verificaram uma prevalência de 84% de sintomas musculoesqueléticos nos enfermeiros.

Devido às exigências físicas características do seu trabalho, os enfermeiros são considerados a classe profissional mais afetada pelas lesões musculoesqueléticas.

[Serranheira et al., 2012; Moura, Martins, & Ribeiro, 2019]

[Serranheira, Sousa-Uva, & Leite, 2012; Moura, Martins, & Ribeiro, 2019; Duarte e Lima, 2020, EU-OSHA, 2020]



CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS


As LMERT são consideradas umas das principais causas de absentismo e incapacidade laboral, o que impõe uma atuação no sentido da prevenção da sua ocorrência.

A capacitação dos profissionais relativamente sobre os principais aos fatores de risco, a sua origem e forma de prevenir as LMERT é o início de um processo permite:

- Participar na sua prevenção;
- Contribuir para a gestão da sua saúde;

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a sua intervenção deve promover o diagnóstico precoce e implementar ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações, evitar ou minimizar incapacidades instaladas.

[Serranheira, Sousa-Uva, & Leite, 2012; Cardoso, 2019, Ordem dos Enfermeiros, 2019; Curado et al., 2020]



PRINCÍPIOS DA MECÂNICA CORPORAL

A mecânica corporal (MC) define-se pelo funcionamento eficiente e interligado dos sistemas músculo-esquelético e nervoso, de forma a sustentar o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo durante as diferentes transferências, movimentos e na realização das diversas atividades de vida.

A MC a finalidade reduzir a energia necessária para o movimento da pessoa, o que reduz o estado de fadiga, diminuindo o risco de desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas. De forma a utilizar, corretamente, a mecânica corporal, é crucial entender cada um dos princípios que a constituem:

- Alinhamento
- Fricção/Atrito
- Equilíbrio
- Movimento
- Força Mecânica

[Ordem dos Enfermeiros, 2013; Costa et al., 2011; Potter & Perry, 2006]



IMPORTÂNCIA DE UMA BOA POSTURA

A posição em que o corpo se encontra é importante, porque manter uma posição estática provoca tensão sobre os tecidos do corpo.

- Os músculos têm de contrair, originando tensão.
- Os ligamentos, cápsulas articulares e outros tecidos moles ficam sujeitos a forças de tração, que causam tensão sobre esses tecidos.
- As superfícies articulares dos ossos são comprimidas, e ficam sob tensão.

O conceito de centro de gravidade é importante para manter uma postura equilibrada.

É um ponto imaginário, onde se localiza todo o peso do objecto. Se pelo contrário, o centro de gravidade do objecto superior não se posicionar sobre o objecto por baixo, desequilibra-se e cai, a não ser que alguma força o sustenha.

[Muscolino, 2006]



FATORES DE RISCO BIOMECÂNICOS E ORGANIZACIONAIS:

Os trabalhadores na área da saúde estão frequentemente expostos a condições de trabalho que envolvem cargas físicas elevadas, assim como a fatores de risco biomecânicos e organizacionais:

LABORAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Posturas corporais extremas; • Aplicação de Força; • Inconfortidade e Ambiente (temperatura ou humidade);
INDIVIDUAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Idade + Sexo; • Altura + Peso; • Estado de Saúde + Consciencialização dos princípios de mecânica corporal;
PSICOSOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmos intensos de trabalho + Monotonia de tarefas; • Superar frotas insuficientes; • Organização Insuficiente;

[Serranheira et al., 2012; Jerónimo & Cruz, 2014; Mota et al., 2020]





HOSPITAL CURRY CABRAL, SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM SAÚDE

DINÁSTICA LABORAL: PROGRAMA REABILITAR QUEM CUIDA

ENFERMEIRA JOANA AFONSO

A Ginástica Laboral consiste num programa de exercícios que visam preparar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com foco na prevenção e promoção da saúde, estímulo para uma rotina mais ativa, melhoria da postura e percepção corporal.

As sessões de GL devem ter intensidade leve, duração de 10 minutos, antes, durante e/ou após o turno de trabalho.

Os exercícios realizados nas sessões pretendem exercitar os principais grupos musculares que serão utilizados durante o exercício da atividade, permitindo:

- Corrigir as posturas adotadas;
- Aumentar a elasticidade do corpo;
- Diminuir a tensão muscular e stress;
- Diminuir sintomas de dor;
- Diminuir sentimentos de ansiedade e depressão;
- Melhorar o humor e entusiasmo;
- Aumenta o nível de energia;
- Melhora as relações interprofissionais /coesão da equipa;
- Diminuir os níveis de stress e os conflitos entre os profissionais.

(Lima, 2018; Farias e colaboradores, 2019; Kallas, & Lima, 2019; Duarte, & Lima, 2020; Cuiado et al., 2020; Mota et al., 2020)

Os exercícios devem ser realizados de acordo com a tolerância de cada um, articulando com a respiração. Idealmente, repetir cinco vezes cada exercício.

1. Rodar a cabeça para a direita e para a esquerda.

2. Inclinar a cabeça para direita e para a esquerda. Rodar a cabeça desde o ombro direito até ao ombro esquerdo.

3. Fazer flexão, extensão e hiperextensão da cabeça.

Ribeiro et al., 2021

Os exercícios devem ser realizados de acordo com a tolerância de cada um, articulando com a respiração. Idealmente, repetir cinco vezes cada exercício.

4. Fazer extensão dos braços para trás e entrelaçar os dedos.

5. Fazer extensão dos braços para cima e entrelaçar os dedos.

6. Fletir lentamente a região do tórax até um limite confortável com os membros superiores em semiflexão.

Os exercícios devem ser realizados de acordo com a tolerância de cada um, articulando com a respiração. Idealmente, repetir cinco vezes cada exercício.

9. Fletir um joelho e manter o membro contralateral em extensão.

10. Fazer agachamento mantendo o tronco em extensão.

11. Elevar os membros superiores e deixá-los cair, com flexão do tronco em direção ao solo.

Ribeiro et al., 2021

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO
POR FAVOR RESPONDAM AO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Apêndice 6: Folheto de Prevenção das LME e Ginástica
Laboral

PROGRAMA "REABILITAR QUEM CUIDA"

Ribeiro et al., 2021

Os exercícios devem ser realizados de acordo com a tolerância de cada um, articulando com a respiração. Idealmente, repetir cinco vezes cada exercício.

1. Rodar a cabeça para a direita e para a esquerda.

2. Inclinar a cabeça para direita e para a esquerda.

3. Fazer flexão, extensão e hiperextensão do pescoço.

4. Fazer extensão dos braços para trás e sentir nos dedos.

5. Fazer extensão dos braços para cima e sentir nos dedos.

Consultar o programa completo aqui:

ACEDER AO PROGRAMA REABILITAR QUEM CUIDAR

BIBLIOGRAFIA

GINÁSTICA LABORAL

A Ginástica Laboral consiste num programa de exercícios que visam preparar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com foco na prevenção e promoção da saúde, estímulo para uma rotina mais ativa, melhoria da postura e perceção corporal.

As sessões de GL devem ter intensidade leve, duração de 10 minutos, antes, durante e/ou após o turno de trabalho.

Os exercícios realizados nas sessões pretendem exercitar os principais grupos musculares que serão utilizados durante o exercício da atividade, permitindo:

- Corrige as posturas adotadas.
- Aumentar a elasticidade do corpo.
- Diminui a tensão muscular e stress.
- Diminui sintomas de dor.
- Diminui sentimentos de ansiedade e depressão;
- Melhora o humor e entusiasmo;
- Aumenta o nível de energia;
- Melhora as relações interprofissionais /coesão da equipa;
- Diminui os níveis de stress e os conflitos entre os profissionais.

Ribeiro et al., 2021

SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM SAÚDE

BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
PRINCÍPIOS DE ERGONOMIA E BIOMECÂNICA CORPORAL

2023

O QUE SÃO LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS (LME)?

No âmbito da saúde ocupacional, as lesões musculoesqueléticas (LME) relacionadas com o trabalho são descritas como um dos principais problemas dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros. Estudos realizados em cinco hospitais da região do Porto, verificaram uma prevalência de 84% de sintomas musculoesqueléticos nos enfermeiros.

Devido às exigências físicas características do seu trabalho, os enfermeiros são considerados a classe profissional mais afetada pelas lesões musculoesqueléticas (Serranheira et al., 2012; Moura, Martins, & Ribeiro, 2019).

FATORES DE RISCO BIOMECÂNICOS E ORGANIZACIONAIS:

Os profissionais na área da saúde estão frequentemente expostos a condições de trabalho que envolvem cargas físicas elevadas, assim como a fatores de risco biomecânicos e organizacionais (Serranheira et al., 2012; Seridimo & Cruz, 2014; Mota et al., 2020):

LABORAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Posturas corporais extremas; • Aplicação de Força; • Repetitividade • Ambiente (temperatura ou luminosidade).
INDIVIDUAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Sexo; • Altura • Peso; • Estado de Saúde • Consciencialização dos princípios de mecânica corporal.
PSICOSOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Altos níveis de trabalho • Monotonia de tarefas; • Suporte Social Insuficiente; • Legislação Existente.

SINTOMATOLOGIA

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho define as lesões musculoesqueléticas como "alterações dos músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos, causadas ou agravadas principalmente pelo trabalho e pelos efeitos do ambiente em que o trabalho é realizado. Afetam sobretudo a região:

- Cervical / Lombar / Costas.
- Ombros / Membros superiores.
- Membros inferiores.

As lesões surgem perante condições psicosociais e profissionais desadequadas, culminando em insatisfação, fadiga e stress, indicando que os cuidados diretos a doentes podem ser fatores de risco (Serranheira, Sousa-Uva, & Leite, 2012 ; Moura, Martins, & Ribeiro, 2019 ; Duarte e Lima, 2020; EU-OSHA, 2020).

PRINCÍPIOS DA MECÂNICA CORPORAL

A **mecânica corporal** (MC) define-se pelo funcionamento eficiente dos sistemas músculo-esquelético e nervoso, de forma a sustentar o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo durante as diferentes transferências, movimentos e na realização das diversas atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Costa et al, 2011; Potter & Perry, 2006).

É crucial conhecer cada um dos princípios que a constituem:

- Alinhamento
- Fricção/Atrito
- Equilíbrio
- Movimento
- Força Mecânica

Objetivos:

- Reduzir a energia necessária;
- Reduzir a fadiga;
- Reduzir risco de LME.

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve promover o diagnóstico precoce e implementar ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações, evitar ou minimizar incapacidades instaladas (Serranheira, Sousa-Uva, & Leite, 2012; Cardoso, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2019; Guirado et al, 2020).

A capacitação dos profissionais permite:

- Participar na sua prevenção;
- Contribuir para a gestão da sua saúde;
- Reduzir o absentismo/burnout.

IMPORTÂNCIA DE UMA BOA POSTURA

A posição em que o corpo se encontra é importante, porque manter uma posição estática provoca tensão sobre os tecidos do corpo. O conceito do centro de gravidade é importante para manter uma postura equilibrada.

É um ponto imaginário, onde se localiza todo o peso do objecto. Se pelo contrário, o centro de gravidade do objecto superior não se posicionar sobre o objecto por baixo, desequilibra-se e cai, a não ser que alguma força o sustenha (Muscolino, 2006).

PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
PRINCÍPIOS DE ERGONOMIA E BIOMECÂNICA

FATORES DE RISCO BIOMECÂNICOS E ORGANIZACIONAIS:

Os profissionais na área de saúde estão frequentemente expostos a condições de trabalho que envolvem cargas físicas elevadas, assim como a **fatores de risco biomecânicos e organizacionais** (Serranheira et al., 2012; Jerónimo & Cruz, 2014; Mota et al., 2020):

LABORAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Posturas corporais extremas; • Aplicação de Força; • Repetitividade + Ambiente (temperatura ou luminosidade)
INDIVIDUAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Idade + Sexo; • Altura + Peso; • Estado de Saúde + Consciencialização dos princípios de mecânica corporal.
PSICOSOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmos intensos de trabalho + Monotonia de tarefas; • Suporte Social Insuficiente; • Legislação Existente.

PRINCÍPIOS DA MECÂNICA CORPORAL. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A **mecânica corporal (MC)** define-se pelo funcionamento eficiente dos sistemas músculo-esquelético e nervoso, de forma a sustentar o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo durante as diferentes transferências, movimentos e na realização das diversas atividades de vida.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013; Costa et al, 2011; Potter & Perry, 2006)

É crucial conhecer cada um dos princípios que a constituem:

- 1- Alinhamento;
- 2- Fricção/Atrito;
- 3- Equilíbrio;
- 4- Movimento;
- 5- Força Mecânica.

Objetivos:

- Reduzir a energia necessária;
- Reduzir a fadiga;
- Reduzir o risco de LME.

O **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação** deve promover o diagnóstico precoce e implementar ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações, evitar ou minimizar incapacidades instaladas.

(Serranheira, Sousa-Uva, & Leite, 2012; Cardoso, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2019; Guirado et al, 2020)

A capacitação dos profissionais permite:

- Participar na sua prevenção;
- Contribuir para a gestão da sua saúde;
- Reduzir o absentismo/burnout.

PERTINÊNCIA DA GINÁSTICA LABORAL

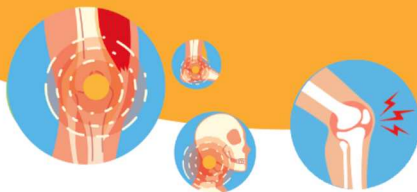
A Ginástica Laboral consiste num programa de exercícios que visam preparar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com foco na prevenção e promoção da saúde, estímulo para uma rotina mais ativa, melhoria da postura e percepção corporal.

As sessões de GL devem ter **intensidade leve, duração de 10 minutos, antes, durante e/ou após o turno, de trabalho.**

Os exercícios realizados nas sessões pretendem exercitar os principais grupos musculares que serão utilizados durante o exercício da atividade, permitindo:

- Corrige as posturas adotadas;
- Aumenta a elasticidade do corpo;
- Diminui a tensão muscular e stress;
- Aumenta o nível de energia;
- Melhora as relações interprofissionais/coesão da equipa;
- Diminui os níveis de stress e os conflitos entre os profissionais;
- Diminui sintomas de dor;
- Diminui sentimentos de ansiedade e depressão;
- Melhora o humor e entusiasmo.

(Lima, 2018; Faria e colaboradores, 2019; Kallak & Lima, 2019; Duarte, & Lima, 2020; Guirado et al., 2020; Mota et al., 2020)



SINTOMATOLOGIA

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho define as lesões musculoesqueléticas como alterações dos **músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos**, causadas ou agravadas principalmente pelo trabalho e pelos efeitos do ambiente em que o trabalho é realizado. Afetam sobretudo a região:

- Cervical / Lombar / Costas.
- Ombros / Membros superiores.
- Membros inferiores.

As lesões surgem perante condições psicosociais e profissionais desadequadas, culminando em **insatisfação, fadiga e stress**, indicando que os cuidados diretos a doentes podem ser fatores de risco (Serranheira, Sousa-Uva, & Leite, 2012; Moura, Martins, & Ribeiro, 2019; Duarte e Lima, 2020; EU-OSHA, 2020).

IMPORTÂNCIA DE UMA BOA POSTURA

A posição em que o corpo se encontra é importante, porque manter uma posição estática provoca tensão sobre os tecidos do corpo. O **conceito de centro de gravidade é importante para manter uma postura equilibrada.**

É um ponto imaginário, onde se localiza todo o peso do objecto. Se pelo contrário, o centro de gravidade do objecto superior não se posiciona sobre o objecto por baixo, desequilibra-se e cai, a não ser que alguma força o sustenha (Muscolino, 2006).



ACEDER AO
PROGRAMA REABILITAR
QUEM CUIDAR



BIBLIOGRAFIA





PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM SAÚDE

GINÁSTICA LABORAL: PROGRAMA REABILITAR QUEM CUIDA

ENFERMEIRA JOANA AFONSO
ALUNA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

ORIENTADORES DE ENSINO CLÍNICO:



GINÁSTICA LABORAL (GL)

A Ginástica Laboral consiste num programa de exercícios que visam preparar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com foco na prevenção e promoção da saúde, estímulo para uma rotina mais ativa, melhoria da postura e perceção corporal.

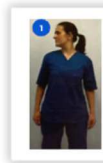
As sessões de GL devem ter intensidade leve, duração de 10 minutos, antes, durante e/ou após o turno de trabalho. Os exercícios realizados nas sessões pretendem exercitar os principais grupos musculares que serão utilizados durante o exercício da atividade, permitindo (Lima, 2018; Farias e colaboradores, 2019; Kallas, & Lima, 2019; Duarte, & Lima, 2020; Guirado et al., 2020; Mota et al., 2020).

VANTAGENS DA GL

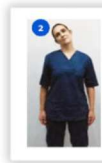
- Corrige as posturas adotadas;
- Aumenta a elasticidade do corpo;
- Diminui a tensão muscular e stress;
- Diminui sintomas de dor;
- Diminui sentimentos de ansiedade e depressão;
- Melhora o humor e entusiasmo;
- Aumenta o nível de energia;
- Melhora as relações interprofissionais /coesão da equipa;
- Diminui os níveis de stress e os conflitos entre os profissionais.

PROGRAMA "REABILITAR QUEM CUIDA"

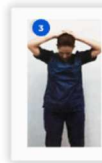
Os exercícios devem ser realizados de acordo com a tolerância de cada um, articulando com a respiração. Idealmente, repetir cinco vezes cada exercício.



Rodar a cabeça para a direita e para a esquerda.



Inclinir a cabeça para a direita e para a esquerda.



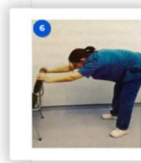
Fazer flexão, extensão e hiperextensão da cabeça.



Fazer extensão dos braços para trás e entrelaçar os dedos.



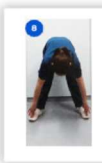
Fazer extensão dos braços para cima e entrelaçar os dedos.



Ficar lentamente a região da tórax até um limite confortável, com os membros inferiores em semiflexão.



Abduzir e aduzir horizontalmente os membros superiores.



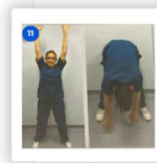
Ficar o tronco até as mãos tocarem nos dedos dos pés.



Ficar um joelho e manter o membro contralateral em extensão.



Fazer apachamento, mudando o tronco em extensão.



Elevar os membros superiores e deixá-los cair, com flexão do tronco em direção ao solo.

Ribeiro et al., 2021

ACEDER AO POSTER PREVENÇÃO DAS
LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM SAÚDE



BIBLIOGRAFIA



Apêndice 9: Poster de Prevenção de Quedas- Segurança no
Domicílio.



CASA SEGURA PREVENÇÃO DE QUEDAS

A queda pode levar a **consequências** graves como **fraturas ou morte**. É importante desenvolver estratégias de **prevenção** e criar de um **ambiente seguro** e um **estilo de vida saudável**.



A MELHOR FORMA DE EVITAR UMA QUEDA É PREVENIR!

ILUMINAÇÃO

Boa iluminação.
Interruptores acessíveis.
Luzes de presença.
Cortinas claras.
Fios elétricos presos à parede.

CHÃO/PISO

Piso anti-derrapante.
Chão livre de obstáculos.
Evitar uso de tapetes decorativos.
Uso de tapetes anti-derrapantes no duche.

CONFORTO

Altura da cama adequada.
Uso de colchão adequado.
Uso de almofadas.
Altura de sofás e cadeiras adequada.
Evitar cobertores/botijas elétricos.

APOIOS

Colocação de:
Corrimão de apoio nas escadas.
Banco de apoio no duche.
Barras de apoio junto à sanita/duche.
Uso de calçadeiras.

ARRUMAÇÃO

Disposição correta da mobília.
Fixação de mobília pesada e/ou alta.
Evitar objetos em sítios de difícil alcance.
Não empilhar objetos/pertences.

TECNOLOGIA

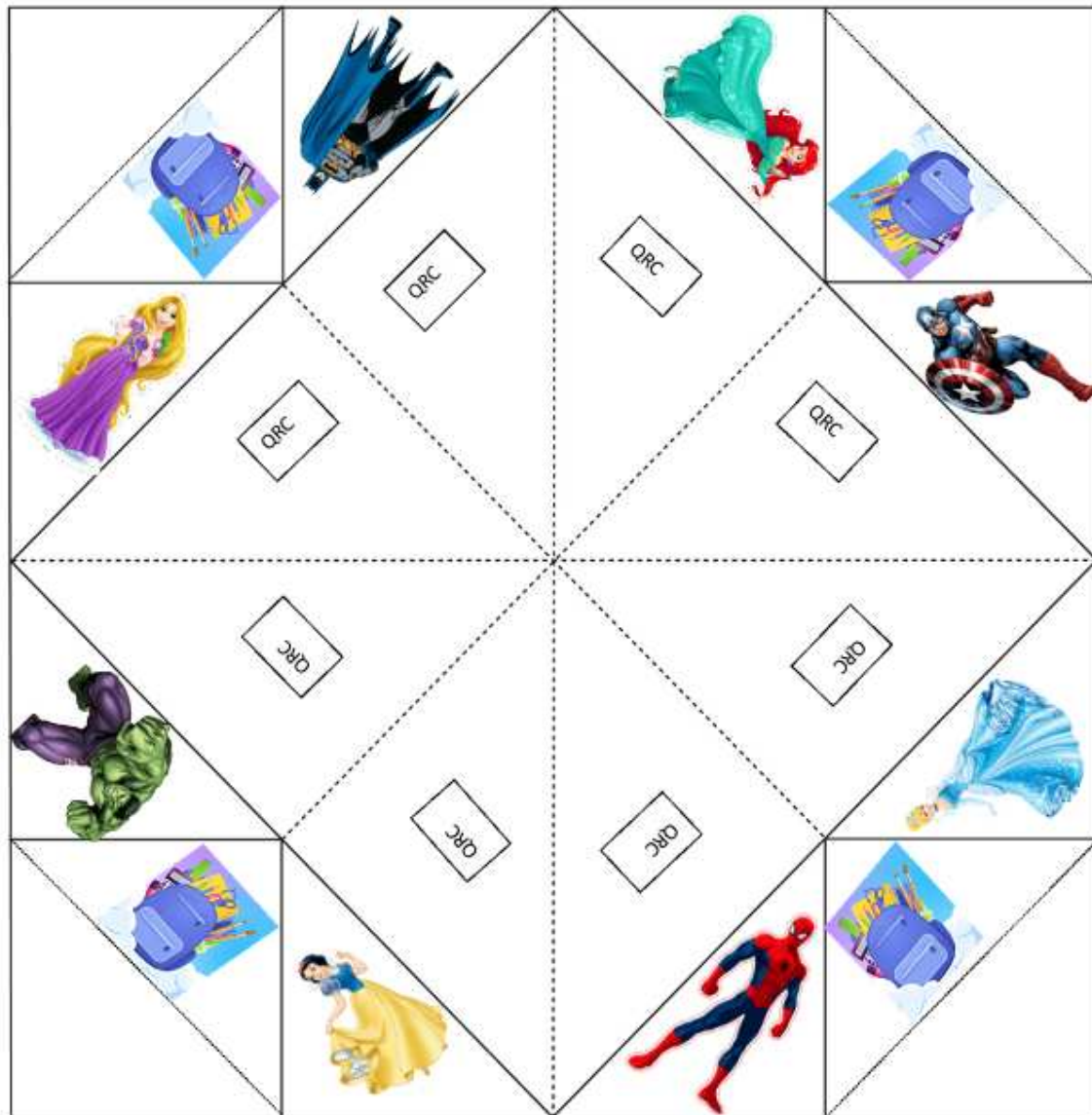
Uso de:
Câmaras.
Alarmes de segurança/incêndio.
Sensores.
Plataformas elevatórias.
Elevadores.

EM CASO DE QUEDA CONTACTAR:



SCAN ME

EM CASO DE EMERGÊNCIA MORADA:



Apêndice 11: Projeto “Mochila às Costas”: Folhetos coloridos de sensibilização dos pais.



ADEQUAR MOCHILA

A MINHA MOCHILA PESA: O MEU PESO:

Durante o seu desenvolvimento, a criança passa por várias fases de crescimento e desenvolve:

EQUILÍBRIO **COORDENAÇÃO** **POSTURA**

A sobrecarga da mochila e o transporte incorreto podem causar alterações nos músculos, ossos e no crescimento normal da coluna vertebral.



O PESO DA MOCHILA NÃO DEVE ULTRAPASSAR

10%
A
15%
DO PESO CORPORAL DA CRIANÇA



15% MOCHILAS PESADAS

- Aumentam a inclinação da cabeça.
- Aumentam a má postura das costas.
- Aumentam o desconforto.

Os pais desempenham um papel essencial na prevenção de lesões musculoesqueléticas. Na escolha de mochila recomendamos que tenha em atenção:



Peso Tamanho Tipo de Alças Suporte de Cintura

EVITAR:

- USO DE APENAS UMA ALÇA DA MOCHILA.
- USO DA MOCHILA ABAIXO DA CINTURA.
- USO DE ALÇAS NO TAMANHO DESADEQUADO.

CHECKLIST DE PREPARAÇÃO DA MOCHILA:

- ✓ PESO A 10% DO PESO DA CRIANÇA
- ✓ POSIÇÃO ELEVADA DA MOCHILA ACIMA DA CINTURA
- ✓ USO DA MOCHILA EM AMBOS OS OMBROS
- ✓ ALÇAS E MOCHILA ACOIÇHOADAS
- ✓ UTILIZAÇÃO DE CACIFOS OU ARMÁRIOS
- ✓ COLOCAR MATERIAL PESADO JUNTO ÀS COSTAS



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: BIT.LY/ [REDACTED]



MANUSEAR O TELEMÓVEL

A saúde escolar, em crianças e jovens, tem sido alvo de preocupação por parte da comunidade científica pelo mundo, devido às alterações da postura e dores no pescoço e costas.

As crianças mexem nos telemóveis, com a cabeça inclinada para frente para ler, jogar e enviar mensagens mais de **5 a 7 HORAS POR DIA**



A utilização precoce e inadequada de telemóveis, tablets, ou outros dispositivos portáteis, pode provocar **SÍNDROME "TEXT NECK"**.



QUANTO MAIOR A INCLINAÇÃO DO PESCOÇO

MAIOR PESO DA CABEÇA SOBRE AS COSTAS

- 0° = 6KG
- 30° = 18KG
- 60° = 27KG



A inclinação frequente para frente pode alterar músculos e ossos e causar **DOR**.

EDUCAÇÃO POSTURAL

É importante mudar maus hábitos para hábitos saudáveis de modo a prevenir dores nos músculos e nos ossos. E como podemos prevenir?

- 1 Evitar o uso excessivo e fazer pausas frequentes! 5 minutos por cada 30 minutos de utilização.
- 2 Manter uma boa postura e alternar de posição frequentemente, sentado e de pé.
- 3 Posicionar o dispositivo de forma a reduzir as tensões no pescoço e nos ombros.
- 4 Posicionar o dispositivo de forma a reduzir as tensões no pescoço e nos ombros.
- 5 Evitar movimentos repetitivos, como escrever no telemóvel ou deslizar prolongado.
- 6 Evitar segurar dispositivos grandes ou pesados com uma das mãos por longos períodos.

EXERCÍCIOS PESCOÇO E OMBROS



- 1. Tocar com a orelha no ombro.
- 2. Rodar a cabeça para esquerda e para a direita.
- 3. Rodar a cabeça 360°.
- 4. Levantar e baixar os braços.



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: BIT.LY/ [REDACTED]



SENTAR CORRETAMENTE



- FAZER PAUSAS A CADA 30 MINUTOS
- DISTÂNCIA ADEQUADA ENTRE CADEIRA E A MESA
- ALTURA CORRETA DE MESA



- ASSENTO PROFUNDO PARA SUPORTAR AS COXAS
- TORNOZELOS, JOELHOS E COXA A 90°
- PÉS APOIADOS NO CHÃO



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: BIT.LY/



POSTURA IDEAL AO COMPUTADOR

↑ QUANTO MAIS TEMPO EM FRENTE AO COMPUTADOR ↑ MAIOR RISCO DE PROBLEMAS MUSCULARES

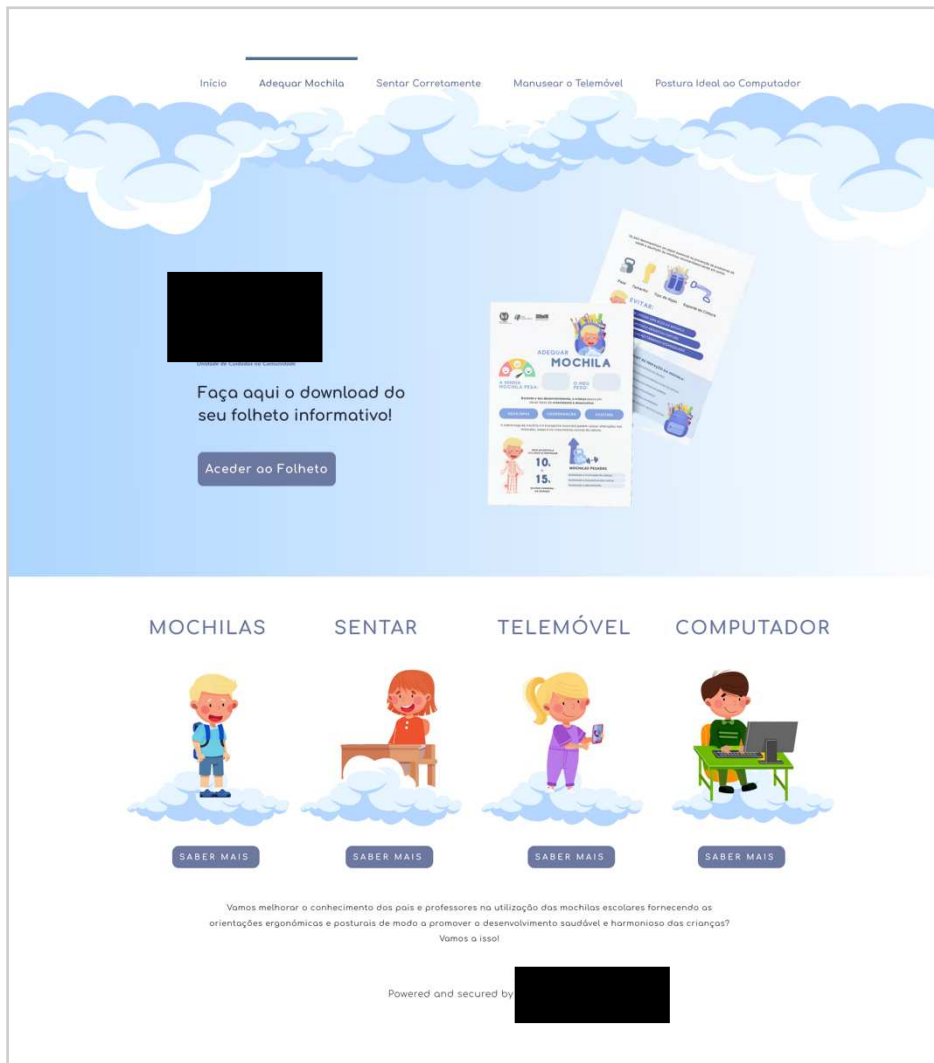
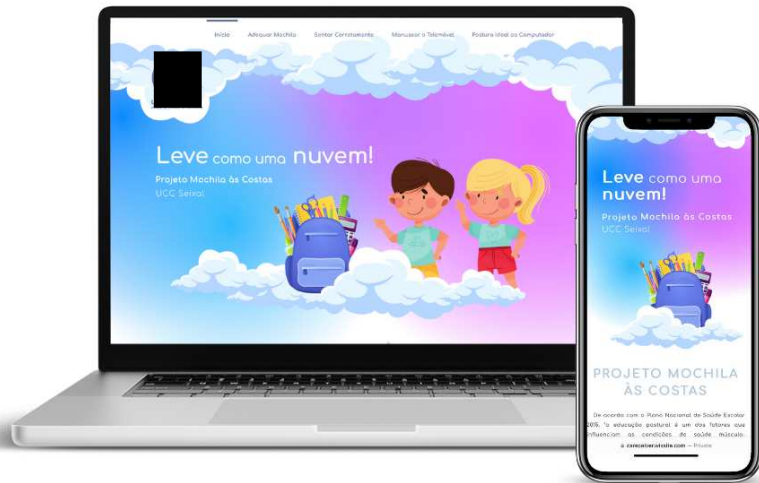


- AMBIENTE ILUMINADO
- MONITOR AO NÍVEL DOS OLHOS
- DISTÂNCIA DO MONITOR 50-70 CM
- ALTURA DA CADEIRA
- TECLADO E RATO ADEQUADOS
- ALTURA DA MESA
- PÉS APOIADOS NO CHÃO

FAZER PAUSAS REGULARES 20-30MINUTOS E EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTOS A CADA 30 MIN



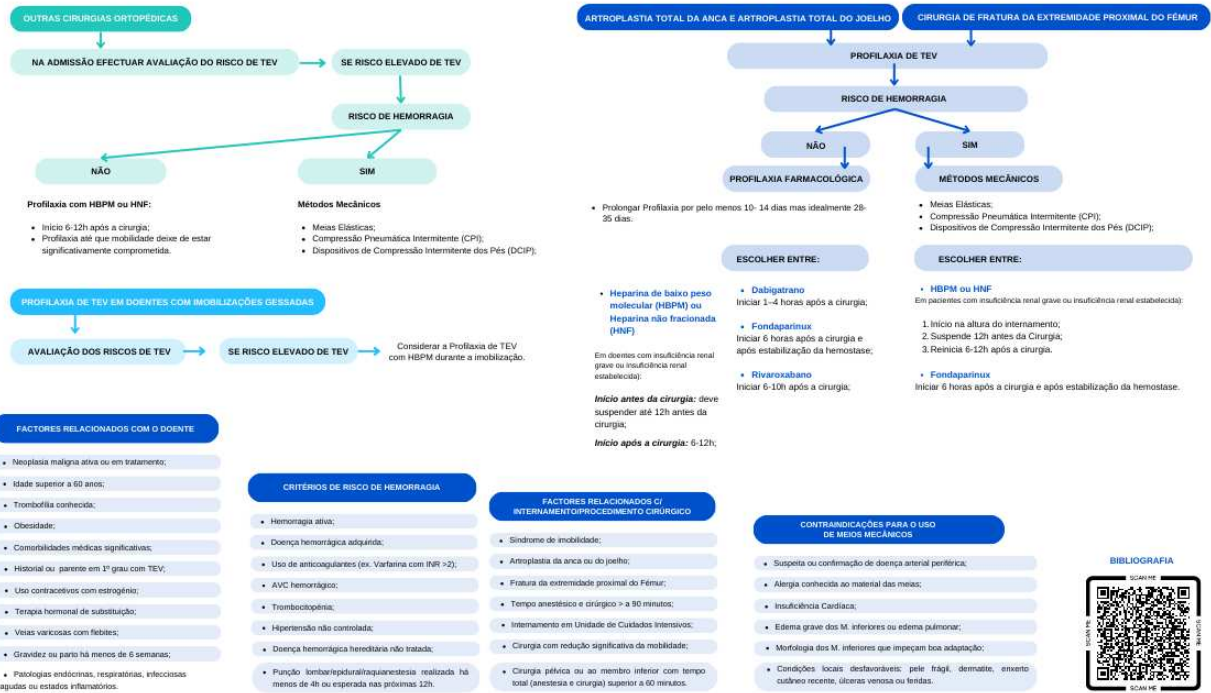
PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: BIT.LY/



Anexo 13: Poster sobre Profilaxia do Tromboembolismo Venoso
em Cirurgia Ortopédica

PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM CIRURGIA ORTOPÉDICA

Adaptado de: Sistema Profílica de Tromboembolismo Venoso em Cirurgia (Direção Geral de Saúde, 2012)



BIBLIOGRAFIA

- Anderson, D. R., Morgano, G. P., Bennett, C., Dentali, F., Francis, C. W., Garcia, D. A., Kahn, S. R., Rahmani, M., Rajasekhar, A., Rogers, F. B., Smythe, M. A., Tikkinen, K. A. Q., Yates, A. J., Baldeh, T., Balduzzi, S., Brożek, J. L., Ikkabalzeta, I. E., Johal, H., Neumann, I., Wiercioch, W., ... Dahm, P. (2019). American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. *Blood advances*, 3(23), 3898–3944. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2019000975>
- Balk, E. M., Ellis, A. G., Di, M., Adam, G. P., & Trikalinos, T. A. (2017). Venous Thromboembolism Prophylaxis in Major Orthopedic Surgery: Systematic Review Update. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- CRISTAL Study Group, Sidhu, V. S., Kelly, T. L., Pratt, N., Graves, S. E., Buchbinder, R., Adie, S., Cashman, K., Ackeman, I., Basiras, D., Brighton, R., Burns, A. W. R., Chong, B. H., Clavisi, O., Cripps, M., Dekkers, M., de Steiger, R., Dixon, M., Ellis, A., Griffith, E. C., ... Harris, I. A. (2022). Effect of Aspirin or Enoxaparin on Symptomatic Venous Thromboembolism in Patients Undergoing Hip or Knee Arthroplasty: The CRISTAL Randomized Trial. *JAMA*, 328(8), 719–727. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.13416>
- Dahl, O. E., Caprini, J. A., Colwell, C. W., Jr., et al. (2005). Fatal vascular outcomes following major orthopedic surgery. *Thromb Haemostasis*, 93(5), 860-6.
- Falck-Ytter, Y., Francis, C. W., Johanson, N. A., Curley, C., et al. (2012). Prevention of VTE in Orthopedic Surgery Patients. *Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis*, 9th ed. American College of Chest Physicians. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 141(2 Suppl), e278S-325S. <https://doi.org/10.1378/chest.11-2404>
- Geerts, W. H., Pineo, G. F., Heit, J. A., et al. (2004). Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*, 126(3 Suppl), 338S-400S.
- Lieberman, J. R., Hsu, W. K. (2005). Prevention of venous thromboembolic disease after total hip and knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*, 87(9), 2097-112.
- Kakkos, S., Kirkkialis, G., Caprini, J. A., Geroulakos, G., Nicolaidis, A., Stansby, G., & Reddy, D. J. (2022). Combined intermittent pneumatic leg compression and pharmacological prophylaxis for prevention of venous thromboembolism: The Cochrane database of systematic reviews, 1(1), CD005258. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005258.pub4>
- Jones, A., & Al-Horani, R. A. (2023). Venous Thromboembolism in Major Orthopedic Surgeries and Factor Xia inhibitors. *Medical sciences (Basel, Switzerland)*, 11(3), 49. <https://doi.org/10.3390/medsci11030049>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2010). Venous thromboembolism: reducing the risk. January 2010. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/CG92>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2012). Venous thromboembolism: orthopaedic surgery Pathway last updated: 24 August 2012. Retrieved from <http://pathways.nice.org.uk/pathways/venousthromboembolism>
- National Institutes of Health Consensus Conference. (1986). Prevention of venous Thrombosis and pulmonary embolism. *JAMA, 744-749.
- Rodriguez-Merchan E. C. (2023). Pharmacological Thromboprophylaxis in People with Hemophilia Experiencing Orthopedic Surgery: What Does the Literature Say in 2023?. *Journal of clinical medicine*, 12(17), 5574. <https://doi.org/10.3390/jcm12175574>
- Santana, D. C., Emará, A. K., Orr, M. N., Klika, A. K., Higuera, C. A., Krebs, V. E., Molloy, R. M., & Piuze, N. S. (2020). An Update on Venous Thromboembolism Rates and Prophylaxis in Hip and Knee Arthroplasty in 2020. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(9), 416. <https://doi.org/10.3390/medicina56090416>
- Uzel, K., Azboy, I., & Parvizi, J. (2023). Venous thromboembolism in orthopedic surgery: Global orthopaedic and traumatologica turcica, 57(5), 192–203. <https://doi.org/10.5152/j.aott.2023.23074>
- Warwick, D. (2004). New concepts in orthopaedic thromboprophylaxis. *J Bone Joint Surg Br*, 86(6), 788-92.
- Weitz, J. I., Bauersachs, R., Becker, B., Berkowitz, S. D., Freitas, M. C. S., Lassen, M. R., Metz, C., & Raskob, G. E. (2020). Effect of Osocimab in Preventing Venous Thromboembolism Among Patients Undergoing Knee Arthroplasty: The FOXTROT Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 323(2), 130–139. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.20687>



PROTOCOLO DA REVISÃO SCOPING

Objetivo: Descrever e mapear as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas do Cuidador Informal.

Questão de investigação: Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas nos Cuidadores Informais?

População: Cuidadores Informais.

Conceito: Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas

Contexto: Intervenções de reabilitação.

Metodologia de pesquisa:

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

Descritores: rehabilitation, caregivers, patient handling e musculoskeletal pain.

Crítérios de inclusão e exclusão:

Parâmetro	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
População	Cuidadores Informais Pessoa com mais de 18 anos.	Pessoas que não são Cuidadores Informais. Pessoas com menos de 18 anos.
Conceito	Estudos que exploram intervenções na Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas nos Cuidadores Informais	Estudos que não abordem intervenções na Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas nos Cuidadores Informais
Contexto	Estudos realizados em ambientes de reabilitação.	Estudos relacionados em ambientes não relacionados à saúde ou à reabilitação.
Design de estudo	Estudos experimentais e estudos quase-experimentais.	Outro tipo de estudos.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas do Cuidador

Rehabilitation Nursing Interventions in Preventing Caregiver Musculoskeletal Injuries

Revisão Scoping

Joana Santos Afonso ^{1,2,3,5} & [Redacted]

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida da população, aliado ao aumento de doenças crónicas, tem tido um impacto significativo nos sistemas de saúde em todo o mundo. Este fenómeno tem conduzido a um aumento do número de pessoas que precisam de cuidados em casa, com os cuidadores informais desempenhando um papel crucial nesse processo. No entanto, é importante notar que a prestação de cuidados pelos cuidadores informais pode resultar em sobrecarga objetiva, com consequências adversas para a saúde psicológica e física, em concreto a prevalência de lesões musculoesqueléticas, que pode ter um impacto significativo na qualidade dos cuidados prestados à pessoa cuidada (Stefanou et al., 2022; Pereira, 2021; Kuzmeciovicen et al., 2022; Powell-Cope et al., 2022; Loo et al., 2021)

Palavras-Chave: Reabilitação | Enfermagem | Fisioterapia | Dor Musculoesquelética | Cuidador Informal

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) na Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas do Cuidador Informal (Contexto) na Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas (Conceito) nos Cuidadores Informais (População)?

OBJETIVO

Identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) na Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas do Cuidador Informal.

METODOLOGIA

Dois revisores independentes desenvolveram um protocolo de revisão Scoping utilizando a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2015) BASES DE DADOS: CINAHL Complete, MEDLINE complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, da plataforma EBSCOhost.

EQUAÇÃO BOLEANAS

(rehabilitation) AND (caregivers) AND ((patient handling OR Musculoskeletal pain))

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Estudos qualitativos e quantitativos;
- Documentos escritos em língua inglesa e portuguesa;
- Intervenções de reabilitação que previnam Lesões Musculoesqueléticas do Cuidador Informal;

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Sem relação com o objeto de estudo;
- Repetidos nas diferentes bases de dados;
- Escritos em idiomas diferentes da língua inglesa e portuguesa;
- Indisponíveis em texto integral.

IDENTIFICAÇÃO

74 Artigos Identificados nas Bases de Dados (via VPN Egas Moniz):
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) n=14 Artigos
Medline n=55 Artigos
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive n=5 Artigos

Artigos após remoção por Duplicados:

n= 65 Artigos

Artigos excluídos por Duplicação

n= 9 Artigos

TRILHA

Artigos incluídos por Título

n= 39 Artigos

Artigos excluídos por Título

n= 26 Artigos

ELEGIBILIDADE

Artigos incluídos por Abstract

n= 29 Artigos

Artigos excluídos por Abstract

n= 14 Artigos

Artigos em Texto Integral Avaliados pela Elegibilidade

n= 10 Artigos

Artigos excluídos por Texto Integral

n= 15 Artigos

INCLUSÃO

Estudos incluídos na Scoping Review

n= 10 Artigos

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de selecção de estudos.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

IMPLEMENTAÇÃO DE GUIDELINES/POLÍTICAS/PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA QUE INCLUAM PLANOS DE REABILITAÇÃO DE EXERCÍCIOS E HIGIENE POSTURAL

A posição privilegiada do enfermeiro de reabilitação, em constante contacto direto com a população, quer seja em meio institucional ou domiciliário, cria as condições necessárias para apostar na implementação de medidas de promoção da literacia em saúde, no âmbito da correta mobilização/posicionamento das pessoas cuidadas, inter-relacionando todas as variáveis a favor de posturas naturais, ergonómicas e energeticamente eficientes e não muscularmente contraproducentes (Smith et al., 2023; AminiPay, et al., 2021; Gokcin et al., 2021; Kitagawa, et al., 2020; Owlia, et al., 2020; Nobakht, et al., 2020; Vatawari, et al., 2017; Piccenna, et al., 2016; Ariza-Vega, et al., 2019).

criação de planos de formação e capacitação digital

A formação digital, permite ao cuidador informal ter acesso a informação sobre postura e mobilização dos seus familiares com doenças crónicas e dependência. Plataformas online e redes sociais permitem acesso fácil e atualizado a informação de qualidade, sem a necessidade de deslocação ou gastos extras. A intervenção baseada na web promove a comunicação contínua com enfermeiro de reabilitação e garante a monitorização efetiva, melhorando a qualidade dos cuidados e prevenção de lesões musculoesqueléticas (Smith et al., 2023; Gokcin et al., 2021; Owlia, et al., 2020; Nobakht, et al., 2020).

PRESCRIÇÃO PERSONALIZADA DE PRODUTOS DE APOIO

Através da prescrição personalizada de produtos de apoio, como próteses, órteses ou outros dispositivos de apoio, os enfermeiros podem fornecer aos cuidadores informais os recursos necessários para cuidar das pessoas que precisam de assistência de forma mais eficiente e segura. Além disso, a adaptação e modificação do ambiente doméstico, juntamente com a prescrição de equipamentos ergonómicos adequados, podem ajudar a melhorar o desempenho dos cuidadores (AminiPay, et al., 2021; Suzuki, et al., 2016; Ariza-Vega, et al., 2019).

PROMOÇÃO DE INTERVENÇÕES DE FOLLOW-UP

As intervenções de follow-up do enfermeiro de reabilitação podem ser uma excelente forma de prevenir lesões musculoesqueléticas e promover a saúde e bem-estar dos cuidadores. O acompanhamento dos cuidadores após o início dos cuidados é fundamental para a identificação precoce de problemas de saúde relacionados com os cuidados prestados (Smith et al., 2023; Gokcin et al., 2021).

CONCLUSÃO

A criação de programas de saúde pública diversificados que incluam planos de reabilitação de exercícios e higiene postural terão benefícios significativos à qualidade de vida dos cuidadores informais e das pessoas sob seus cuidados. A literatura incentiva os enfermeiros de reabilitação a desempenhar um papel crucial na promoção de medidas de literacia em saúde, na prescrição de produtos de apoio personalizados, na adaptação do ambiente domiciliário, no acompanhamento contínuo de modo a prevenir lesões musculoesqueléticas e a promover o bem-estar dos cuidadores.

Para além disso é sugerido que formação digital funcione um complemento valioso que pode proporcionar informações atualizadas e acessíveis aos cuidadores informais, além de promover a comunicação contínua com os enfermeiros de reabilitação permitindo o despiste de riscos ou complicações e a parametrização rigorosa essencial uma vigilância eficiente.

BIBLIOGRAFIA

SCAN ME

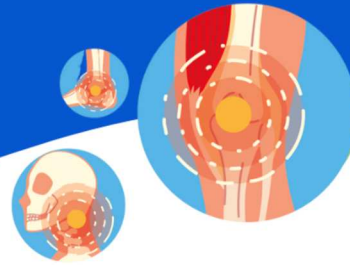


Apêndice 15: Poster sobre prevenção de LME princípios de
ergonomia e mecânica corporal- Webinar

PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PRINCÍPIOS DE ERGONOMIA E BIOMECÂNICA



FATORES DE RISCO BIOMECÂNICOS E ORGANIZACIONAIS

Os profissionais na área da saúde estão frequentemente expostos a condições de trabalho que envolvem cargas físicas elevadas, assim como a fatores de risco biomecânicos e organizacionais.

(Serranheira et al., 2012; Testonimo & Cruz, 2014; Mota et al., 2020)

LABORAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Posturas corporais extremas; • Aplicação de Força; • Repetitividade + Ambiente (Temperatura ou luminosidade)
INDIVIDUAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Idade + Sexo; • Altura + Peso; • Estado de Saúde + Consciencialização dos princípios de mecânica corporal.
PSICOSOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo intenso de trabalho + Monitoria de tarefas; • Suporte Social Insuficiente; • Legislação Existente.

SINTOMATOLOGIA

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho define as lesões musculoesqueléticas como alterações dos **músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos**, causadas ou agravadas principalmente pelo trabalho e pelos efeitos do ambiente em que o trabalho é realizado. Afetam sobretudo a região:

- Cervical / Lombar / Costas;
- Ombros / Membros superiores;
- Membros inferiores.

As **lesões surgem perante condições psicosociais e profissionais desadequadas, culminando em insatisfação, fadiga e stress**, indicando que os cuidados diretos a doentes podem ser fatores de risco.

(Serranheira et al., 2012; Moura et al., 2019; Duarte & Lima, 2020; Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2020)

PRINCÍPIOS DA MECÂNICA CORPORAL

A **mecânica corporal (MC)** define-se pelo funcionamento eficiente dos sistemas músculo-esquelético e nervoso, de forma a sustentar o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo durante as diferentes transferências, movimentos e na realização das diversas atividades de vida.

(Ordem dos Enfermeiros, 2018; Potter & Perry, 2006)

É **crucial conhecer cada um dos princípios que a constituem:**

- 1- Alinhamento;
- 2- Fricção/Átrito;
- 3- Equilíbrio;
- 4- Movimento;
- 5- Força Mecânica.

Objetivos:

- Reduzir a energia necessária;
- Reduzir a fadiga e o stress;
- Reduzir o risco de LME.

(Lima, 2018; Farias et al., 2019; Kallai, & Lima, 2019; Duarte, & Lima, 2020; Guirado et al., 2020; Mota et al., 2020)

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação** deve promover o diagnóstico precoce e implementar ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações, evitar ou minimizar incapacidades instaladas.

A capacitação dos profissionais permite:

- Participar na sua prevenção;
- Contribuir para a gestão da sua saúde;
- Reduzir o absentismo/burnout.

(Serranheira et al., 2012; Cardoso, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2019; Guirado et al., 2020)

IMPORTÂNCIA DE UMA BOA POSTURA

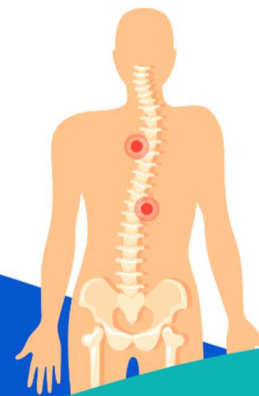
A posição em que o corpo se encontra é importante, porque manter uma posição estática provoca tensão sobre os tecidos do corpo. O **conceito de centro de gravidade é importante para manter uma postura equilibrada.**

É um ponto imaginário, onde se localiza todo o peso do objecto. Se pelo contrário, o centro de gravidade do objecto superior não se posicionar sobre o objecto por baixo, desequilibra-se e cai, a não ser que alguma força o sustenha.

(Mascollno, 2004)



(Xu et al., 2008)



PERTINÊNCIA DA GINÁSTICA LABORAL

A Ginástica Laboral consiste num programa de exercícios que visam preparar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com foco na prevenção e promoção da saúde, estímulo para uma rotina mais ativa, melhoria da postura e percepção corporal.

As **sessões de GL devem ter intensidade leve, duração de 10 minutos, antes, durante e/ou após o turno de trabalho. Os exercícios realizados nas sessões pretendem exercitar os principais grupos musculares que serão utilizados durante o exercício da atividade, permitindo:**

- Corrigir as posturas adotadas;
- Aumentar a elasticidade do corpo;
- Diminuir a tensão muscular e stress;
- Diminuir sintomas de dor;
- Diminuir sentimentos de ansiedade e depressão;
- Melhorar o humor e entusiasmo;
- Aumentar o nível de energia;
- Melhorar as relações interprofissionais /coesão da equipa;
- Diminuir os níveis de stress e os conflitos entre os profissionais;

(Lima, 2018; Farias et al., 2019; Kallai, & Lima, 2019; Duarte, & Lima, 2020; Guirado et al., 2020; Mota et al., 2020)

PROGRAMA REABILITAR
QUEM CUIDAR



BIBLIOGRAFIA



PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM SAÚDE

GINÁSTICA LABORAL: PROGRAMA REABILITAR QUEM CUIDA



GINÁSTICA LABORAL (GL)

A Ginástica Laboral consiste num programa de exercícios que visam preparar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com foco na prevenção e promoção da saúde, estímulo para uma rotina mais ativa, melhoria da postura e percepção corporal.

COMO DEVEM SER AS SESSÕES DE GL?

- ✓ Intensidade leve;
- ✓ Duração entre 5-15 min;
- ✓ Realizadas antes, durante ou após o trabalho;
- ✓ Recurso a música;
- ✓ Sequência de exercícios;
- ✓ Coordenados com a respiração;
- ✓ Séries de 5 repetições cada exercício.

VANTAGENS DA GL

- Corrige as posturas adotadas;
- Aumentar a elasticidade do corpo;
- Diminui a tensão muscular e stress;
- Diminui sintomas de dor;
- Diminui sentimentos de ansiedade e depressão;
- Melhora o humor e entusiasmo;
- Aumenta o nível de energia;
- Melhora as relações interprofissionais /coesão da equipa;
- Diminui os níveis de stress e os conflitos entre os profissionais.

(Lima, 2018; Duarte & Lima, 2020; Farias et al., 2019)

(Lima, 2018; Kallas & Lima, 2019; Associação Brasileira de Ginástica Laboral, 2017; Lima, 2019)

PROGRAMA "REABILITAR QUEM CUIDA"

Os exercícios devem ser realizados de acordo com a tolerância de cada um, articulando com a respiração. Idealmente, repetir cinco vezes cada exercício.

Adaptado de Ribeiro et al., (2021)



BIBLIOGRAFIA



Apêndice 17: Formação sobre Prevenção de Quedas- Segurança
no Domicílio

CASA SEGURA

PREVENÇÃO DE QUEDAS

OBJETIVOS

- 1 Sensibilizar para o risco de queda e suas consequências.
- 2 Informar sobre medidas preventivas e comportamentos a adotar para reduzir o risco de queda.
- 3 Informar sobre como agir em caso de queda.

À MEDIDA QUE ENVELHECEMOS...

REDUÇÃO DE FORÇA E EQUILÍBRIO

O envelhecimento pode levar à perda de força muscular e equilíbrio, aumentando o risco de quedas.

PROBLEMAS DE VISÃO

Alterações na visão, como cataratas ou glaucoma, podem tornar mais difícil identificar e evitar obstáculos.

ALTERAÇÕES NO SISTEMA NERVOSO

MUDANÇAS NO SISTEMA NERVOSO DEVIDO AO ENVELHECIMENTO OU DOENÇAS COMO PARKINSON PODEM AFETAR A COORDENAÇÃO E A REAÇÃO A QUEDAS.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

QUEDAS

São um grave problema de saúde pública!

LEITURA RECOMENDADA

LEITURA RECOMENDADA

10-15%	responsáveis por episódios de urgência.
4-15	de internamento prolongado.
28-35%	das pessoas com +65 anos tem uma queda por ano.
32-42%	das pessoas com +70 anos anos, tem uma queda por ano.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

FATORES DE RISCO

IDADE AVANÇADA	HISTÓRIA DE QUEDAS	MEDICAÇÃO
SEXO FEMININO	MEDO DE CAIR	VESTIÁRIO ADEQUADO
ALTERAÇÕES DA MARCHA	ALTERAÇÕES DA VISÃO	CALÇADO ADEQUADO
ALTERAÇÕES DO EQUILÍBRIO	ALTERAÇÕES DA AUDIÇÃO	HABITAÇÃO
SEDENTARISMO	DESMUTUAÇÃO	COMPORTAMENTO DE RISCO

(Direção Geral de Saúde, 2023)

CONSEQUÊNCIAS

**FRATURAS
TRAUMATISMOS CEREBRAIS
LESÕES NOS MÚSCULOS**

Diminuir a capacidade de se movimentar e realizar as suas atividades diárias, diminuindo a sua qualidade de vida.

EFETOS PSICOLÓGICOS

COMO ALTERAÇÃO DA AUTOMAGEM E DA AUTOCONFIANÇA, MEDO, VERGONHA, DEPRESSÃO.

NECESSIDADE DE REAJUSTE DA DINÂMICA FAMILIAR

Sobrecarga emocional, física e económica, desgaste do cuidador.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

COMO PREVENIR?

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Faça 5 a 7 refeições por dia, não salte refeições
- Inclua alimentos como verduras, fruta e ricos em cálcio e vit-D para fortalecer os ossos e a força muscular.
- Beba 5 a 8 copos de água por dia.
- Evite o consumo de bebidas alcoólicas (diminuem reflexos e equilíbrio).

GESTÃO DA MEDICAÇÃO

- Alguns medicamentos aumentam o risco de queda (diuréticos, anti-depressivos).
- Todos os medicamentos têm efeitos secundários.
- Informe o médico se sentir: Sonolência, tonturas, visão turva ou dupla, dificuldade me pensar com clareza.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

COMO PREVENIR?

CUIDADOS COM A VISÃO

- Mantenha sempre os óculos limpos.
- Dê tempo aos seus olhos para se habituar às mudanças de luz.
- Use chapéu e óculos de sol em dias de muito sol.
- Especial atenção quando muda de lentes/graduação.
- Lentes progressivas: atenção ao subir e descer escadas ou aos passeios.

CALÇADO ADEQUADO

- Use sapatos fechados de preferência com solas antiderrapantes.
- Evite sapatos de salto alto.
- Dê preferência a sapatos com velcro.
- Dê especial atenção aos atacadores para não andarem desatados.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

CUIDADOS IMPORTANTES A TER:

- Acenda a luz sempre que necessário.
- Organize os espaços/mobiliário desimpedindo os silios de passagem.
- Deixe sempre as gavetas e as portas dos armários fechados para não tropeçar
- Fixe bem os fios elétricos, não os deixe soltos pelo chão.
- Evite subir a bancos ou escadotes.
- Evite o chão molhado ou encerado.
- Fixe os tapetes e passadeiras ao chão com fita anti-antiderrapante
- Evite andar descalço pelo quarto.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

SERÁ QUE A SUA CASA É SEGURA?

ARRUMAÇÃO



- Nunca use uma cadeira como escadote.
- Arrume os itens que usa mais vezes em locais mais fáceis de alcançar.
- Coloque os itens mais leves nos armários mais altos e os mais pesados em baixo.
- Limpe imediatamente qualquer líquido derramado do chão.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

CASA DE BANHO



- Mantenha o chão seco.
- Use barras de apoio junto à sanita e no duche, assim como tapetes antiderrapantes.
- Se tiver dificuldade em se levantar da sanita pondere a necessidade de usar altador de sanita.
- Se tiver falta de equilíbrio, use cadeira de banho durante a higiene.
- Não tranque a porta da casa de banho.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

QUARTO



- Levante-se devagar depois de se sentar ou deitar.
- Tenha sempre os óculos ao seu alcance, assim como uma luz de presença.
- A altura da cama é a correta quando, ao sentar-se, os seus pés tocam no chão.
- Prefira chinelos fechados, pantufas.
- Uma cadeira ou outros produtos podem ajudar muito na hora de calçar as meias ou os sapatos.
- Fixe os tapetes ao chão com fita anti-derrapante.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

ILUMINAÇÃO



- Boa iluminação.
- Interruptores acessíveis.
- Luzes de presença.
- Cortinas claras.
- Fios elétricos presos à parede.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

ESCADAS

- Nunca se apresse.
- Certifique-se de que as escadas estão bem iluminadas e os tapetes bem fixos.
- Se possível, aplicar fita antiderrapante em cada degrau.
- Nunca transporte nada que dificulte a visibilidade do próximo degrau.



(Direção Geral de Saúde, 2023)

COMO PREVENIR AS QUEDAS?

- Jardinagem.
- Varrer o chão.
- Lavar o carro.
- Fazer passeios.
- Carregar os sacos das compras
- Sempre que puder, e se puder, usar as escadas.
- Quando andar de autocarro, saia uma paragem antes e faça o resto do percurso a caminhar.
- Levante-se para mudar o canal de televisão em vez de utilizar o comando.

SEJA ATIVO!

- Melhora o equilíbrio e a força muscular.
- Mantém os ossos fortes.
- Ajuda a dormir melhor.
- Controla a tensão arterial.
- Reduz o risco de queda.

(Direção Geral de Saúde, 2023)

COMO PREVENIR AS QUEDAS?



AUXILIARES DE MARCHA



Se sente instável ou se tem de se apoiar em móveis quando anda poderá precisar de uma bengala ou andador.

Fale com o seu médico ou enfermeiro de família para que a solução seja a correta.

Verifique se o auxiliar de marcha está em boas condições (ponteira de borracha, comprimento adequado...).

Ande devagar e esteja atento a obstáculos, buracos no chão, superfícies escorregadias ou outros perigos.

Preste particular atenção quando caminhar nos passeios (calçada portuguesa) e em zonas com folhas secas no chão. (Direção Geral de Saúde, 2023)

O QUE FAZER SE CAIR?

As quedas são muito comuns no domicílio, pelo que é importante saber como atuar quando estas possam existir.

01



SENTE A PESSOA NO CHÃO

NÃO LEVANTAR SE:
DOR INTENSA
DOR LOCALIZADA
PESSOA NÃO MELHOR

02



AJUDAR A SENTAR

COLOQUE-SE À TRÁS
SEGURE COM AS DUAS MÃOS NO
CINTO OU NAS CALÇAS

03



PROCURAR ASSISTÊNCIA MÉDICA

DOR LOCALIZADA
PAINCADA NA CABEÇA
VÔMITOS
DESORIENTAÇÃO

(Direção Geral de Saúde, 2023)

EXERCÍCIO PRÁTICO





DIA DO PULMÃO


CUIDAR DA SUA SAÚDE RESPIRATÓRIA



Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Sandra Esteves
 Enfermeira Especialista em Enfermagem Reabilitação Natália Sousa
 Docente da Especialidade de Enfermagem Reabilitação Joana Alonso

OBJETIVOS

- 1 Informar sobre a importância de manter uma boa saúde pulmonar.
- 2 Prevenir gripes e infeções respiratórias.
- 3 Cuidados necessários: temperatura, vestuário, higiene das mãos e alimentação.



O NOSSO PULMÃO

A saúde pulmonar desempenha um papel essencial em todas as idades, fornecendo oxigénio, protegendo contra infeções e apoiando o sistema imunológico.



OXIGENÇÃO ESSENCIAL

Os pulmões são responsáveis por fornecer oxigénio ao corpo, um processo essencial para o funcionamento das células em todas as idades.



PROTEÇÃO CONTRA INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS

Pulmões saudáveis são uma barreira vital contra infeções respiratórias, como gripes e constipações, que podem afetar qualquer faixa etária.



FUNÇÃO IMUNOLÓGICA

A saúde pulmonar desempenha um papel importante na defesa do organismo contra invasões de microorganismos **invasores**.

(Weibel, 2017; Ferreira et al., 2018)

ENVELHECIMENTO DO PULMÃO

Diminuição da função pulmonar por alteração dos tecidos e músculos respiratórios.
 Diminuição da eficiência na troca de gases ao fornecer oxigénio e eliminar dióxido de carbono.



Aumento do risco de doenças respiratórias crónicas como DPOC e infeções respiratórias.

(Schiller, et al., 2019; Sant-Celja, et al., 2021)

CUIDADOS GERAIS COM A SAÚDE RESPIRATÓRIA

Neste vídeo vamos falar sobre os riscos no Inverno e os cuidados a ter



Ferreira et al., 2018

CUIDADOS GERAIS COM A SAÚDE RESPIRATÓRIA



ADAPTAÇÃO ÀS DIFERENÇAS DE TEMPERATURA
Vestir adequadamente em diferentes estações do ano.



HIGIENE DAS MÃOS
Importância da lavagem frequente das mãos na propagação vírus e bactérias respiratórios.



HIDRATAÇÃO
A necessidade de beber água regularmente para manter as vias respiratórias hidratadas e lubrificadas.



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
Rica em vitaminas para fortalecer o sistema imunológico e a saúde pulmonar.

TERAPÉUTICA INALATÓRIA (BRONCODILATADORES)

A terapêutica inalatória tem como principal objetivo a entrega da dose terapêutica do medicamento, que é libertada sob a forma de aerossol, nas vias respiratórias inferiores.

Esta abordagem é recomendada no tratamento de condições respiratórias, tais como:

- Asma;
- Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC);
- Fibrose quística;
- Bronquiectasias.

Lembre-se, a técnica adequada de inalação desempenha um papel fundamental no sucesso do tratamento. Certifique-se de seguir as instruções do profissional de saúde.



GESTÃO DE ESFORÇO E PERÍODOS DE DESCANSO

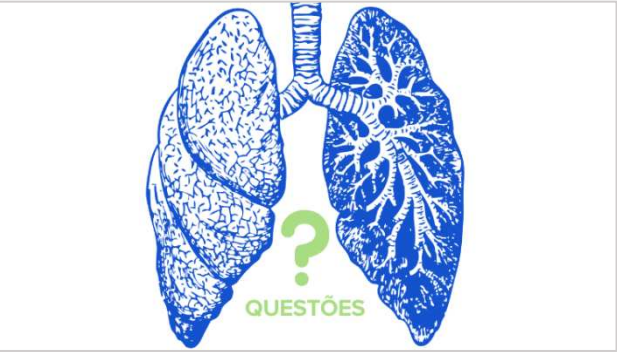
A gestão de esforço desempenha um papel crucial na nossa saúde respiratória, assim evitar a fadiga respiratória é essencial para o funcionamento adequado do sistema respiratório pois o excesso de esforço sem pausas adequadas pode levar a sintomas desconfortáveis como: as mudanças na respiração, tonturas, sensação de aperto, suor e palidez. Reconheça os sinais de alerta.

<p>MUDANÇAS NA RESPIRAÇÃO Respiração rápida e superficial. Dificuldade em inspirar ou expirar profundamente.</p>		<p>SINAIS VISUAIS Uso de músculos acessórios para respirar. Cianose (coloração azulada na pele).</p>
<p>SINAIS FÍSICOS Sensação de aperto no peito. Sudor excessivo.</p>		<p>SINAIS DE ANSIEDADE Sensação de ansiedade ou pânico. Cansaço Geral.</p>

[Ferreira et al., 2018]

DISSOCIAÇÃO DOS TEMPOS RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO ABDOMINODIAPHRAGMÁTICA



DIA DO PULMÃO: CUIDAR DA SUA SAÚDE RESPIRATORIA

Objetivo da Base:

- Informar sobre a importância de manter uma boa saúde pulmonar.
- Promover hábitos e estilos respiratórios.
- Explorar os conteúdos curriculares, incluindo a adaptação às diferenças de temperatura, incluindo atividades, técnicas de relaxamento e alimentação saudável.

Descrição: 1 hora | **Participantes:** Equipa de LCCs | **Público-Alvo:** 16-20 Participantes (Membros/Alunos/Docentes Críticos (DPOC) **Resumo:** *alérgico* | **Computador** | **Projetor** (Power Point, tablet e papel folheado)

<p>PLANO DE SESSÃO</p> <p>PARTE TEÓRICA (30 MINUTOS)</p> <p>Introdução (5 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saudações e apresentação de palestrante - Apresentação do tema e do objetivo da palestra <p>O meu Pulmão (5 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrever como a respiração do tecido pulmonar acontece no corpo - Descrever para que o ar ambiente pode atingir a função pulmonar <p>Cuidado Geral com a Saúde Respiratória (10 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de situações de temperatura como se sente desfavoravelmente em diferentes situações de ar - Importância de manter frequência dos dias na prevenção de infecções respiratórias - A necessidade de falar que regularmente para manter as vias respiratórias mais plenas - Alimentação saudável para fortalecer o sistema imunológico e a saúde pulmonar <p>Prevenção de Gripes e Infecções Respiratórias (5 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter-se limpo para prevenir a gripe e infecções respiratórias 	<p>PARTE PRÁTICA (30 MINUTOS)</p> <p>Exercícios Respiratórios (10 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar e explicar as diferenças dos tempos respiratórios: explicar como essa técnica pode melhorar a capacidade pulmonar - Prática da respiração abdominal/diaphragmática orientada para melhorar a qualidade da respiração <p>Sinais de Alerta e Períodos de Descanso (10 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de exercícios de gestão de esforço para evitar a fadiga respiratória - Exercícios práticos para identificar os sinais de fadiga e aprender a fazer pausas adequadas <p>Discussão e Perguntas (10 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encerrar os slides e convidar os seus colegas a fazer perguntas sobre os tópicos abordados <p>Encerramento (5 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recapitulação dos principais pontos da palestra - Entrega a importância de seguir essas recomendações de vida diária - Agradecer aos alunos pela participação - Promover feedback e sugestões de conteúdo para slides e recursos adicionais
--	--

Apêndice 19: Folheto sobre Saúde Pulmonar- Dia do Pulmão

VACINA DA GRIPE

A QUEM SE DESTINA?

- Pessoas com 65 anos ou mais;
- Residentes em lares de idosos, instituições e serviços de domiciliários;
- Grávidas e mulheres a amamentar;
- Pessoas com doenças crónicas ou imunitárias;
- Profissionais do Serviço Nacional de Saúde.

COMO É FEITA A CONVOCATÓRIA PARA A VACINA DA GRIPE?

- Agendamento local, pelas unidades de saúde, por contacto telefónico ou através de SMS via 2424;

QUANDO DEVE SER FEITA A VACINAÇÃO?

A vacinação é **GRATUITA** para os grupos de risco acima mencionados e tem início de outubro até final de dezembro.

Informe-se junta da sua equipa de saúde.

GESTÃO DE ESFORÇO E PERÍODOS DE DESCANSO

A gestão de esforço desempenha um papel crucial na nossa saúde respiratória, assim evitar a fadiga respiratória é essencial para o funcionamento adequado do sistema respiratório.

O excesso de esforço sem pausas adequadas pode levar a sintomas desconfortáveis como:

- Mudanças na respiração;
- Tonturas;
- Sensação de aperto;
- Suor;
- Palidez.

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS



1. Deite-se de costas, em posição de relaxamento.
2. Coloque uma almofada debaixo dos joelhos.
3. Coloque as suas mãos sobre a barriga.
4. Inspire pelo nariz, enchendo a barriga de ar.
5. Expire pela boca, esvaziando a barriga e baixando as mãos.



1. Deite-se de lado, dobrando os joelhos até à barriga.
2. Inspire pelo nariz, enchendo a barriga de ar.
3. Expire pela boca, esvaziando a barriga.

QUALQUER DÚVIDA, CONTACTE A EQUIPA DE ENFERMAGEM:

info@careceiver.com

DIA DO PULMÃO

CUIDAR DA SUA
SAÚDE RESPIRATÓRIA



2023

O NOSSO PULMÃO

A saúde pulmonar desempenha um papel essencial em todas as idades, fornecendo oxigénio, protegendo contra infeções e apoiando o sistema imunológico.



FUNÇÃO IMUNOLÓGICA

A saúde pulmonar desempenha um papel importante na defesa do organismo contra invasões de microrganismos invasores.



PROTEÇÃO CONTRA INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS

Pulmões saudáveis são uma barreira vital contra infeções respiratórias, como gripes e constipações, que podem afetar qualquer faixa etária.



OXIGENAÇÃO ESSENCIAL

Os pulmões são responsáveis por fornecer oxigénio ao corpo, um processo essencial para o funcionamento das células em todas as idades.

ENVELHECIMENTO DO PULMÃO

Diminuição da função pulmonar por alteração dos tecidos e músculos respiratórios.

Diminuição da eficiência na troca de gases ao fornecer oxigénio e eliminar dióxido de carbono.



Aumento do risco de doenças respiratórias crónicas como DPOC e Fibrose etc.

CUIDADOS GERAIS COM A SAÚDE RESPIRATÓRIA



ADAPTAÇÃO ÀS DIFERENÇAS DE TEMPERATURA

Vestir adequadamente em diferentes estações do ano.



HIDRATAÇÃO

A necessidade de beber água regularmente para manter as vias respiratórias hidratadas e lubrificadas.



HIGIENE DAS MÃOS

Importância da lavagem frequente das mãos na propagação de vírus e bactérias respiratórios.



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

rica em vitaminas para fortalecer o sistema imunológico e a saúde pulmonar.

CUIDADOS GERAIS COM A SAÚDE RESPIRATÓRIA



VACINAÇÃO ANUAL CONTRA A GRIPE

A vacina anual contra a gripe é uma das medidas mais eficazes para prevenir a gripe sazonal.



LAVAGEM DAS MÃOS

Remove germes das mãos que podem ser transferidos para o rosto e as vias respiratórias.



ETIQUETA RESPIRATÓRIA

Cobrir a boca e o nariz com um lenço de papel ou o cotovelo ao tossir ou espirrar ajuda a evitar a propagação de partículas virais no ar.



DISTANCIAMENTO SOCIAL

Evitar o contato próximo com pessoas que estão doentes.

COMO ADMINISTRAR OS BRONCODILATADORES?

INALADORES PRESSURIZADOS DOSEÁVEIS (PMDIS)

-  RETIRAR A TAMPA
-  AGITAR O INALADOR ("BOMBA")
-  ADAPTAR INALADOR À CÂMARA EXPANSORA- SE NECESSÁRIA
- ADAPTAR O BOCAL OU MÁSCARA
- EXPIRAR PROFUNDAMENTE
-  REALIZAR A INALAÇÃO
- "SUSTER" A RESPIRAÇÃO DURANTE 10 SEGUNDOS.
- REPETIR A INALAÇÃO DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA
- HIGIENIZAR E SECAR BEM O BOCAL
- BOCHECHAR ÁGUA.

INALADORES DE PÓ SECO (DPIS):

- ABRA O DISPOSITIVO E INSIRA A CÁPSULA DE PÓ SECO (SE APLICÁVEL)
- OU**
- RODE A PEÇA GIRATÓRIA DISPENSADORA DE DOSE
- ADAPTAR O BOCAL
- FAÇA UMA INALAÇÃO RÁPIDA E PROFUNDA, PARA LIBERTAR O PÓ DO DISPOSITIVO
- "SUSTER" A RESPIRAÇÃO DURANTE 10 SEGUNDOS.
- REPETIR A INALAÇÃO DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA
- HIGIENIZAR E SECAR BEM O BOCAL
- BOCHECHAR ÁGUA.

(Aguar, et al., 2016)

CONTACTOS EM CASO DE DÚVIDA:

INALOTERAPIA



Elaborado por:

Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Joana Afonso
Discente da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

SISTEMA RESPIRATÓRIO



O sistema respiratório permite eliminar o dióxido de carbono do sangue circulante e absorver oxigénio inspirado.

(Weibel, 2017; Janowiak, 2022)

SINAIS DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

Reconhecer precocemente os sinais de dificuldades respiratórias pode fazer a diferença na prevenção e tratamento atempados.



(Alwarth et al., 2020; Akashiba, et al., 2020; MacLeod, et al., 2021)

TERAPÉUTICA INALATÓRIA (BRONCODILATADORES)

A terapêutica inalatória tem como principal objetivo a entrega da dose terapêutica do medicamento, que é libertada sob a forma de aerossol, nas vias respiratórias inferiores.

Esta abordagem é recomendada no tratamento de condições respiratórias, tais como:

- Asma;
- Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC);
- Fibrose cística;
- Bronquiectasias.

(Alwarth et al., 2020; Akashiba, et al., 2020; MacLeod, et al., 2021)

TIPOS DE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS OU "BOMBAS"

Existem diferentes tipos de dispositivos inalatórios, cada um com suas características:

INALADORES PRESSURIZADOS DOSEÁVEIS (PMDIS):

- Podem ser usados com ou sem câmara expansora;
- Eficientes na entrega do medicamento nas vias respiratórias inferiores.



INALADORES DE PÓ SECO (DPIS):

- Libertam o medicamento de forma diferente dos pMDIs;
- Requerem uma capacidade de inspiração rápida para propagação da absorção.



INALADORES COM SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO:

- Transformam uma solução em aerossol.
- Utilizados conforme a prescrição médica durante determinado período do tempo.



A seleção do dispositivo inalatório correto é essencial para o tratamento eficaz. Consulte o seu médico para determinar qual dispositivo atende às suas necessidades específicas.

Lembre-se, a técnica adequada de inalação desempenha um papel fundamental no sucesso do tratamento. Certifique-se de seguir as instruções do profissional de saúde.

(Fontes, 2015)

COMPLICAÇÕES DO VNI:

- ✓ Desconforto
- ✓ Sensação de claustrofobia;
- ✓ Eritema/vermelhidão na face;
- ✓ Úlcera de pressão;
- ✓ Cefaleias;
- ✓ Obstrução nasal e acumulo de secreções;
- ✓ Distensão abdominal.

Procure ajustar a máscara de forma confortável.

Procure o uso de máscara parcial em vez de total.

Aplicar creme e aliviar ligeiramente a pressão aplicada.

Aplicar apósito e aliviar ligeiramente a pressão aplicada.
Ponderar Full Mask.

Aliviar ligeiramente a pressão aplicada.

Realize limpeza com soro fisiológico.

Deite-se em posição lateral esquerda para maior conforto.



VENTILOTERAPIA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)



CUIDADOS COM A PELE:

Aproveitar os momentos de pausa da ventiloterapia para higienizar bem a face com sabão neutro e secar bem.

Observar a coloração, integridade e hidratação da pele, estando atento a sinais de úlcera por pressão;

Manter a pele sempre hidratada, com recurso a creme hidratante.

Sempre que existam complicações, deve informar um médico ou enfermeiro, para que possa atuar atempadamente.

(Morais, 2016; Tan, et al., 2020; Raveling, et al. 2021)

CONTACTOS EM CASO DE DÚVIDA:



Elaborado por:

Especialista em Enfermagem de Reabilitação
 Joana Afonso
 Docente da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

VENTILOTERAPIA - VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

O suporte ventilatório não invasivo é essencial para pessoas com doenças respiratórias crónicas. Isso inclui métodos como:

- CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas);
- BiPAP (Pressão Positiva Intermitente);
- Oxigénio Suplementar.

O objetivo é melhorar a ventilação e as trocas gasosas sem recorrer a métodos invasivos da via aérea.

A sua aplicação em casa permite o controlo de agudizações, reduzindo as hospitalizações e melhorando a qualidade de vida da pessoa com doença respiratória.

(Weibel, 2017; Janowiak, 2022)



A VNI PODE SER UTILIZADA EM SITUAÇÕES DE:

- ✓ Insuficiência Respiratória Aguda;
- ✓ Apneia do Sono;
- ✓ Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;
- ✓ Edema Agudo do Pulmão.

(Morais, 2016; Tan, et al., 2020; Raveling, et al. 2021)

CONSTITUIÇÃO DO VENTILADOR:



Ventilador: Onde se encontra o botão de ligar/desligar e onde existem os parâmetros ventilatórios programados (os quais não devem ser alterados pelo cuidador).

Filtro de partículas: filtra as partículas do ar (normalmente cinzento e branco).

Conector de O₂: Adaptado, quando necessário, à saída do ventilador.



Traqueias: não devem exceder os 4 metros e conectam o ventilador à máscara, permitindo a circulação do ar.

Humidificador: mantém o equilíbrio entre o calor e a mistura de gases na via aérea. Aumenta o conforto, diminui a desidratação da pele e das mucosas e melhora a capacidade de expelir secreções.



Máscara/interface: Pode ser uma máscara facial, uma máscara facial total, máscara nasal; bucal; almofada nasal e sistema de Helmet, sendo a máscara facial e a nasal mais utilizadas.

DEVE SEMPRE VERIFICAR-SE QUE NÃO EXISTEM FUGAS DE AR!

MANUTENÇÃO

(Morais, 2016)

VENTILADOR

- Desligar da corrente quando não está a ser utilizado;
- Limpar o exterior com um pano húmido e deixar secar;
- Colocar numa superfície plana e estável.

MÁSCARA

- Limpar e desmontar 4x por semana;
- Lavar 1x por mês com água quente e um detergente suave;
- Lavar com água corrente e secar.

FILTRO

- Lavável (preto ou cinzento): Substituir quando escurecido;
- Substituir de 6/6 meses ou quando necessário;
- Lavar com água e sabão 1x por semana e deixar secar.

HUMIDIFICADOR

- Despedir a água que se encontra no interior;
- Lavar com água e sabão neutro e deixar secar;
- Colocar água limpa (com baixo teor de calcário).

Caso uma pessoa tenha ventiloterapia durante um período de mais de 16h por dia, deve ter equipamento de substituição para quando for necessário higienizar o que está a utilizar.

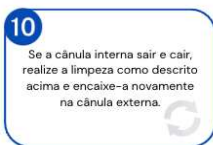
(Costa, et al., 2015; Morais, 2016)



8
Recoloque a cânula interna e gire o conector até travar.



9
Substitua fio de nastro.



10
Se a cânula interna sair e cair, realize a limpeza como descrito acima e encaixe-a novamente na cânula externa.

(Khanum et al. 2022)

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Monitorizar a respiração.
- Despistar sinais de dificuldade respiratória.
- Aspirar secreções conforme necessário.
- Manter a região da limpa e seca.
- Evitar obstruções no tubo.
- Facilitar a comunicação alternativa.
- Prevenir infeções com correta higiene das mãos.
- Preparar emergências.

O QUE FAZER EM CASO DE INTERCORRÊNCIA?

Obstrução:

- Proceda à higienização da cânula. Se persistir contacte médico ou enfermeiro.

Hemorragia:

- Se ocorrer sangramento da traqueostomia, aplique uma compressa estéril para controlar o sangramento, sem remover o tubo. Contactar um médico.

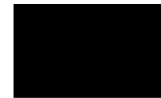
Infeção:

- Se a área ao redor da traqueostomia ficar vermelha, inchada, quente, entre em contato com o seu médico ou enfermeiro para avaliação e tratamento.

Em todas estas situações, manter a calma e seguir as orientações da equipa médica ou de enfermagem de acordo com as necessidades da pessoa traqueostomizada.

(Raimondi, et al., 2017)

CONTACTOS EM CASO DE DÚVIDA:



CUIDADOS A TER COM TRAQUEOSTOMIA



Elaborado por:

Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Joana Afonso
Discente da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

TRAQUEOSTOMIA

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico que consiste numa abertura realizada na traqueia, com inserção de um tubo (cânula), que permitirá a passagem do ar.

A traqueia é um tubo vertical cilíndrico, cartilaginoso e membranoso, localizado entre a laringe e os brônquios, fortalecido por anéis de cartilagem, que conduzem o ar inspirado até aos pulmões.

(Weibel, 2017; Janowiak, 2022)



A CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA É COMPOSTA PELAS SEGUINTE PARTES:

CÂNULA EXTERNA

CÂNULA INTERNA

Possui uma placa com aberturas para sua fixação no pescoço.

Possui aberturas nas laterais para a colocação de um fixador (nastro).

É encaixada dentro da cânula externa.

Assim que for realizada a limpeza, é necessário recolocar a cânula interna dentro da cânula externa.

(Medeiros et al. 2019)

CUIDADOS DE HIGIENE

As secreções acumuladas dentro da cânula interna precisam de ser retiradas através de limpeza frequente (4x dia), pois podem formar "rolhões" de secreções endurecidas que impedem ou dificultam a passagem do ar pelo tubo (respiração).



1
Eleve a cabeça ou sente a pessoa traqueostomizada durante a limpeza.



2
Lave bem as mãos antes e depois de realizar a limpeza.



3
Retire a cânula interna com luvas limpas.



4
Desadapte a cânula com cuidado.



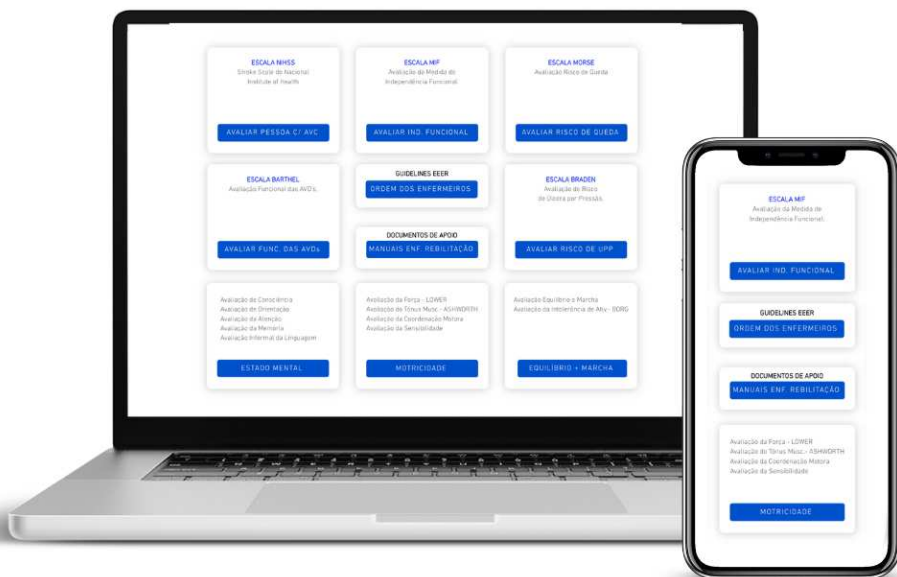
5
Limpe a cânula interna com água corrente/soluções de pH neutro + compressas



6
Limpe a cânula com ajuda de uma escova.



7
Seque bem a cânula interna com compressas limpas secas.

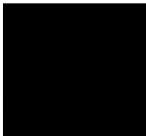



<p>ESCALA NIHSS Stroke Scale do National Institute of Health</p> <p>AVALIAR PESSOA C/ AVC</p>	<p>ESCALA MIF Avaliação da Medida de Independência Funcional.</p> <p>AVALIAR IND. FUNCIONAL</p>	<p>ESCALA MORSE Avaliação Risco de Queda</p> <p>AVALIAR RISCO DE QUEDA</p>
<p>ESCALA BARTHEL Avaliação Funcional das AVDs.</p> <p>AVALIAR FUNC. DAS AVDs</p>	<p>GUIDELINES EEEER ORDEM DOS ENFERMEIROS</p> <p>DOCUMENTOS DE APOIO MANUAIS ENF. REABILITAÇÃO</p>	<p>ESCALA BRADEN Avaliação de Risco de Úlcera por Pressão.</p> <p>AVALIAR RISCO DE UPP</p>
<p>Avaliação de Consciência Avaliação de Orientação Avaliação da Atenção Avaliação da Memória Avaliação Informal da Linguagem</p> <p>ESTADO MENTAL</p>	<p>Avaliação da Força - LOWER Avaliação do Tônus Musc.- ASHWORTH Avaliação da Coordenação Motora Avaliação da Sensibilidade</p> <p>MOTRICIDADE</p>	<p>Avaliação Equilíbrio e Marcha Avaliação da Intolerância de Ativ.- BORG</p> <p>EQUILÍBRIO + MARCHA</p>

Anexo 1- Certificado de Participação nas Jornadas UCC como
Preletora.



CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Santos Afonso** 
participou como preletor do tema "Um olhar
sobre o cuidador informal", nas 1^{as} Jornadas da , que decorreram no dia
29 de fevereiro de 2024, no Auditório Carlos Paredes em Benfica.

Lisboa, 29 de Fevereiro de 2024



Anexo 2- Certificado de Participação nas Jornadas UCC.

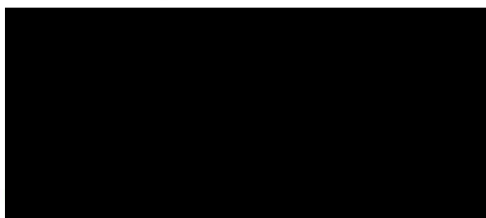
.



CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Santos Afonso** esteve presente nas 1^{as} Jornadas da [REDACTED] que decorreram no dia 29 de fevereiro de 2024, no Auditório Carlos Paredes em Benfica, com duração de sete horas.

Lisboa, 29 de Fevereiro de 2024



Anexo 3: Participação Poster Prevenção das LME em Saúde
Ginástica Laboral Programa Reabilitar Quem Cuida 1.º Webinar
e Encontro Digital



1.º Webinar e Encontro Digital Enfermaria de Isolamento do Hospital

“Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

Enfermaria de
Isolamento

9 de Dezembro 2023

CERTIFICADO DE PÓSTER

Certifica-se que:

Joana Afonso,

Participaram com o póster **“Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas em Saúde Ginástica Laboral Programa Reabilitar Quem Cuida”**, no 1.º Webinar e Encontro Digital da Enfermaria de Isolamento do Hospital, que se realizou no dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e do Microsoft Teams. Este póster foi distinguido com **Menção Honrosa**.

Almada, 9 de dezembro de 2023

Pª Comissão Organizadora

Anexo 4: Participação Poster Prevenção das Lesões
Musculoesquéticas – Enfermagem de Reabilitação: Princípios de
Ergonomia 1.º Webinar e Encontro Digital



1.º Webinar e Encontro Digital

Enfermaria de Isolamento do [REDACTED]

“Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

Enfermaria de
Isolamento

9 de Dezembro 2023

CERTIFICADO DE PÓSTER

Certifica-se que:

Joana Afonso, [REDACTED]

Participaram com o póster **“Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas - Enfermagem de Reabilitação: Princípios de Ergonomia e Biomecânica”**, no 1.º Webinar e Encontro Digital da Enfermaria de Isolamento do Hospital [REDACTED] que se realizou no dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e do Microsoft Teams. Este póster foi distinguido com **Menção Honrosa**.

Almada, 9 de dezembro de 2023

P' Comissão Organizadora

[REDACTED]

Anexo 5- Certificado de Participação nas III Jornadas de
Enfermagem como Preletora.



CERTIFICADO

Joana Afonso

palestrou na mesa **Tecnologia e Saúde Digital**, com tema: **“Careceiver: Tecnologia Humanizada Para Um Cuidado Personalizado”** nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde [REDACTED]

[REDACTED]
Presidente da Comissão Científica

[REDACTED]
Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:



Anexo 6- Certificado de Participação nas III Jornadas de
Enfermagem como Comissão Organizadora.



CERTIFICADO

Joana Afonso

integrou a **Comissão Organizadora** das III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde [REDACTED]

[REDACTED]
Presidente da Comissão Científica

[REDACTED]
Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:



Anexo 7: Certificado de Participação no Digital Health Summit



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ



Digital Health
summit
2023

CERTIFICATE

We hereby certify that

Joana dos Santos Afonso

attended the DIGITAL HEALTH SUMMIT that took place at Universidade of

November 29th and 30th, 2023

Prof. Paulo Vieira
Managing Partner - Premivalor Consulting

Anexo 8- Certificado de Participação nas III Jornadas de
Enfermagem.



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

III JORNADAS DE ENFERMAGEM
ONE HEALTH
CONQUISTAS E DESAFIOS

CERTIFICADO

Joana Afonso

esteve presente nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde [REDACTED] na condição de assistente.

[REDACTED]
Presidente da Comissão Científica

[REDACTED]
Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:



