



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA
O AUTOCUIDADO**

REALIZADO POR: SOLANGE MARQUES

ORIENTAÇÃO: PROFESSORA CRISTINA MESQUITA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Barcarena, 2024



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA
O AUTOCUIDADO**

REALIZADO POR: SOLANGE MARQUES

ORIENTAÇÃO: PROFESSORA CRISTINA MESQUITA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO – Versão corrigida após discussão pública a 19 de junho de
2024**

Barcarena, 2024

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, muito obrigada Professora Cristina Mesquita pelo acompanhamento tanto na componente teórica do curso como em todos os estágios realizados, pelo seu apoio, disponibilidade e paciência em todos os momentos, o que tornou o mestrado sem dúvida mais exigente, mas ao mesmo tempo leve e animado.

A todos os professores com quem tive contacto Professor Doutor Luís Sousa, Professora Helena Pestana, Professora Dulce Ferreira, Professor Doutor Nelson Guerra e Professora Doutora Helena José, pois através dos seus ensinamentos promoverem o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com quem me cruzei neste percurso, pois foi sem dúvida através dos seus conhecimentos, apoio e orientação em estágio que me tornei uma melhor profissional.

A todos os utentes e familiares com quem tive a oportunidade de trabalhar, pois pela sua generosidade e disponibilidade permitiram-me desempenhar o meu papel com afinco e motivação o que me permitiu consolidar conhecimentos e crescer.

Aos meus colegas de mestrado, mas em especial à minha amiga Bárbara e Vera que se tornaram a minha rede de apoio tanto no trabalho como no mestrado, foi sem dúvida muito melhor convosco.

Por fim, um agradecimento muito especial, e sem dúvida o mais importante, ao meu futuro marido, o meu David, que esteve sempre presente, apoiando e compreendendo a minha falta de tempo. E à minha família que percebem o motivo da minha ausência. O meu muito obrigada por estarem sempre por perto e serem os pilares da minha vida.

RESUMO

Enquadramento: Em virtude do processo de envelhecimento e dos fatores de risco que existem na população o número de Acidentes Vasculares Cerebrais tem aumentado, sendo considerado a primeira causa de morte e incapacidade em Portugal (INE,2023; SPMI,2023). Assim sendo, a Enfermagem de Reabilitação apresenta uma responsabilidade acrescida na promoção da autonomia e na restauração da funcionalidade. Ao fornecer suporte personalizado, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem a possibilidade de promover a capacidade funcional contribuindo para a menor dependência no autocuidado, prevenir complicações e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. A abordagem holística promove uma maior qualidade de vida na pessoa e no seu seio familiar após o AVC (Godinho de Matos & Gonçalves Simões, 2020).

Objetivo: O presente relatório tem como finalidade descrever, analisar e refletir o processo de aquisição e domínio de competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as de Mestre, adquiridas através das atividades desenvolvidas durante os estágios realizados e com foco na temática mais abordada no último estágio, o AVC.

Metodologia: Para comprovação das competências adquiridas seguiu-se a metodologia reflexiva e recorreu-se à revisão narrativa da literatura de forma a fundamentar o conhecimento adquirido, usando como referencial teórico a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem.

Conclusão: No final do ciclo de estudo verifica-se o domínio das competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, assim como as competências de Mestre, que são demonstradas na sustentação dos enquadramentos teóricos nos diferentes trabalhos realizados e nas decisões clínicas tomadas.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; Capacitação; Autocuidado; Funcionalidade; Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Framework: Due to the ageing process and the risk factors that exist in the population, the number of strokes has increased and is considered the leading cause of death and disability in Portugal (INE,2023; SPMI,2023). As such, Rehabilitation Nursing has an increased responsibility for promoting autonomy and restoring functionality. By providing personalised support, the Rehabilitation Nurse Specialist has the possibility of promoting functional capacity, contributing to less dependence on self-care, preventing complications and minimising the impact of installed disabilities. The holistic approach promotes a better quality of life for the person and their family after the stroke (Godinho de Matos & Gonçalves Simões, 2020).

Objective: The purpose of this report is to describe, analyse and reflect on the process of acquiring and mastering the competences common to the Specialist Nurse, the competences specific to the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and those of the Master, acquired through the activities developed during the internships carried out and focusing on the topic most addressed in the last internship, stroke.

Methodology: In order to prove the competences acquired, the reflective methodology was followed and a narrative review of the literature was used to substantiate the knowledge acquired, using Meleis' Transitions Theory and Orem's Self-Care Deficit Theory as theoretical references.

Conclusion: At the end of the study cycle, the Common and Specific competences of the Nurse Specialising in Rehabilitation Nursing were mastered, as well as the Master's competences, which were demonstrated in the support of the theoretical frameworks in the different work carried out and in the clinical decisions made.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Empowerment; Self-care; Functionality; Stroke.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ANÁLISE DO CONTEXTO	17
1.1. Contexto do Estágio de Reabilitação na Comunidade.....	17
1.2. Contexto do Estágio Profissionalizante	29
2. ENQUADRAMENTO CONCEITUAL	46
2.1. Análise de Conceitos.....	46
2.2. Referências teóricas de Enfermagem de Reabilitação	50
2.2.1. Teoria da Dorothea Orem	51
2.2.2. Teoria da Afaf Meleis	53
2.3. Problemática Abordada no Contexto de Estágio	54
2.3.1. Acidente Vascular Cerebral	54
2.3.2. Focos, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	61
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	67
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	68
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	72
3.3. Competências de Mestre.....	78
4. ANÁLISE SWOT DO MESTRADO.....	82
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Plano de Cuidados da Pessoa com DPOC.....	98
APÊNDICE I – Guia de Exercícios no Domicílio.....	103
APÊNDICE III – Check-List de Saída de Casa.....	108
APÊNDICE IV – Estudo de Caso “Reabilitação em Contexto Comunitário da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Referenciado pelos Cuidados Paliativos”	111
APÊNDICE V – Material de Apoio à Avaliação dos Pares Cranianos.....	147
APÊNDICE VI – Relato de Caso Clínico “Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Independência Funcional na Pessoa, com Acidente Vascular Cerebral.....	154
APÊNDICE VII –Quadro De Comunicação.....	218

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Formação “XXV Congresso Nacional de Medicina Intensiva”	226
ANEXO II – Certificado de Formação “Investigação em Enfermagem”	228
ANEXO III – Certificado de Formação “Terapêutica de Nebulização”	231

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1: Intolerância à atividade na DPOC – Comunidade	18
Tabela n.º 2: Ventilação na DPOC – Comunidade.....	19
Tabela n.º 3: Movimento Muscular na DPOC – Comunidade	20
Tabela n.º 4: Movimento Muscular na Síndrome de Imobilidade – Comunidade.....	21
Tabela n.º 5: Transferir-se na Síndrome de Imobilidade – Comunidade	21
Tabela n.º 6: Equilíbrio Corporal na Síndrome de Imobilidade – Comunidade	22
Tabela n.º 7: Andar com Auxiliar de Marcha na Síndrome de Imobilidade – Comunidade	23
Tabela n.º 8: Movimento Muscular no AVC – Comunidade	24
Tabela n.º 9: Espasticidade no AVC – Comunidade	25
Tabela n.º 10: Equilíbrio Corporal no AVC – Comunidade	27
Tabela n.º 11: Transferir-se no AVC – Comunidade.....	27
Tabela n.º 12: Movimento Muscular (Membro Superior) – Centro de Reabilitação.....	31
Tabela n.º 13: Movimento Muscular (Membro Inferior) – Centro de Reabilitação	33
Tabela n.º 14: Esquecimento Unilateral – Centro de Reabilitação	33
Tabela n.º 15: Défice Sensorial – Centro de Reabilitação	34
Tabela n.º 16: Espasticidade – Centro de Reabilitação.....	35
Tabela n.º 17: Equilíbrio Corporal– Centro de Reabilitação	36
Tabela n.º 18: Transferir-se – Centro de Reabilitação	36
Tabela n.º 19: Andar – Centro de Reabilitação	36
Tabela n.º 20: Higiene – Centro de Reabilitação.....	37
Tabela n.º 21: Ir ao Sanitário – Centro de Reabilitação	38
Tabela n.º 22: Autocontrolo: continência urinária – Centro de Reabilitação.....	39
Tabela n.º 23: Autocontrolo: continência intestinal – Centro de Reabilitação.....	39
Tabela n.º 24: Vestuário – Centro de Reabilitação	40
Tabela n.º 25: Deglutição – Centro de Reabilitação.....	41
Tabela n.º 26: Comunicação – Centro de Reabilitação	42
Tabela n.º 27: Ventilação – URR.....	43
Tabela n.º 28: Expetorar – URR.....	44

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACM- Artéria Cerebral Média
AHA – American Heart Association
AIT – Acidente Isquémico Transitório
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
ASA – American Stroke Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de Vida Diária
CAT - Teste de Avaliação da DPOC
CCQ – Questionário Clínico para a DPOC
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade
CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
CSBP – Canadian Stroke Best Practice
DGS – Direção Geral da Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESO – European Stroke Organization
FITT - VP – Frequência; Intensidade; Tempo; Tipo de Exercício – Volume; Progressão
GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
INE – Instituto Nacional de Estatística
LVM – Lesão Vertebro Medular
MI – Membro Inferior
MIF – Medida de Independência Funcional
MRC - Medical Research Council
mMRC – Modified MRC Dyspnea Questionnaire
MS – Membro Superior
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
SRA – Serviço de Reabilitação de Adultos
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
URR – Unidade de Reabilitação Respiratória
WHO - World Health Organization
WSO – World Stroke Organization

INTRODUÇÃO

O presente relatório final emerge no âmbito da unidade curricular Estágio Profissionalizante, inserido no 2º Ano – 1º Semestre, do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Atlântica, no decorrer do ano letivo 2023/2024. Tendo como finalidade encerrar o ciclo de estudos do mestrado, permitindo a obtenção do grau de mestre e do título profissional de Enfermeiro Especialista. Segue por isso as recomendações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2021), para a sua elaboração, tendo como destaque a descrição das experiências vividas e das atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios frequentados, tendo como foco a análise crítica das atividades desenvolvidas e contendo uma reflexão fundamentada no pensamento teórico de Enfermagem (OE, 2021), bem como demonstrar as competências associadas ao grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018). No entanto neste processo reflexivo é necessário evidenciar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com base nas competências comuns e específicas, assumindo a importância e a exigência técnica e científica que uma área de especialidade exige. Através da elaboração do presente relatório é também demonstrado o desenvolvimento das competências de mestre. Considera-se, portanto que o exercício reflexivo, de todas as competências referidas, no âmbito aprendizagem clínica, deve ser executado de modo sistemático e monitorizado tanto pelo enfermeiro especialista supervisor, como pelo professor orientador, que contribui significativamente para a construção do pensamento em enfermagem de reabilitação.

Para alicerçar a aquisição de competências científicas, características de um 2º Ciclo, foi necessário aprofundar conhecimentos teórico-científicos e sobre a evolução histórica e epistemológica da Enfermagem de Reabilitação. Desta forma, foram exploradas as competências profissionais na área de especialidade, consolidando a compreensão e a resolução de problemas nos diferentes contextos e favorecendo a formação técnica e cultural.

Tendo presente que, no percurso para ser Enfermeiro Especialista, tem-se como objetivo a aquisição de competências comuns, que se consideram competências abrangentes a todas as áreas de especialidade, que envolvem as dimensões da educação das pessoas e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo responsabilidade em descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem (OE, 2019 - Regulamento n.º140/2019), bem como competências específicas que permitam nos diferentes contextos da prática, conseguir planear os cuidados de enfermagem de reabilitação; reconhecer a individualidade da pessoa em todos os seus aspetos; avaliar, diagnosticar e intervir nas diferentes situações de saúde /doença tendo sempre em consideração a adaptação às limitações funcionais

da pessoa, à maximização da sua autonomia e à promoção da melhor qualidade de vida perante a situação de saúde/doença. Assim sendo, como objetivos de aprendizagem, foram delineadas intervenções no âmbito da avaliação, planeamento e implementação de estratégias que visam promover a manutenção das capacidades funcionais da pessoa tanto na comunidade como em contexto de internamento, garantindo que os planos de cuidados executados, se encontram à luz de referências científicas válidas e atualizadas (OE, 2019 - Regulamento n.º 392/2019). Com o objetivo de proporcionar intervenções terapêuticas que pretendam melhorar as funções já adquiridas, promover a aquisição de funções perdidas e manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, de forma a minimizar o impacto das incapacidades instaladas, independentemente da sua etiologia, podendo ser tanto no processo neurológico, respiratório, cardíaco ou orto-traumatológico. Desta forma, como finalidade no âmbito da saúde foi atingir uma ação terapêutica, através dos cuidados prestados tanto à pessoa, como à sua família ou população que necessita de cuidados de enfermagem para a promoção de saúde, para a prevenção da doença e para a reabilitação e recuperação (Ventura et al., 2021). No que diz respeito à enfermagem de reabilitação a sua finalidade prendeu-se com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, a nível dos autocuidados e sexualidade, intervindo na maximização da funcionalidade, capacitação e autonomia (Ventura et al., 2021). No âmbito das relações, o objetivo foi criar uma relação terapêutica com a pessoa a quem se destina os cuidados de enfermagem de reabilitação, pois é considerada como o meio facilitador do processo de reabilitação, pois potencia a adesão e o envolvimento da pessoa no processo, assegurando a satisfação das suas reais necessidades (Ventura et al., 2021). Outro objetivo foi intervir na gestão dos cuidados, integrando as equipas de enfermagem de modo a otimizar a sua resposta, otimizar a articulação com a equipa multidisciplinar, aumentando a capacidade de realização dos planos de cuidados individualizados. Foi sempre tida em atenção, a avaliação da evolução funcional da pessoa a quem os cuidados de enfermagem de reabilitação foram dirigidos, de forma a comprovar a efetividade das intervenções, registando os dados obtidos sensíveis aos cuidados prestados.

Sendo a reabilitação considerada uma especialidade multidisciplinar, apresenta um conjunto de saberes e procedimentos específicos que permite prestar ajuda à pessoa com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas de forma a maximizar o seu potencial funcional e promover a independência. Tem como objetivos gerais melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (OE, 2019).

Segundo Hesbeen (2003) para considerar a definição de reabilitação é necessário refletir sobre conceitos como a desvantagem e obstáculo. A desvantagem pode ser considerada como um peso associado

a determinada condição, não sendo necessariamente contante (Hesbeen, 2023). Por outro lado, a deficiência considera-se como um desvio face à norma fisiológica e a incapacidade como uma consequência funcional da deficiência, o que não leva inevitavelmente à desvantagem, ou pelo menos a uma desvantagem permanente (CIF, 2004, p.15). Partindo da constatação de que a desvantagem em termos absolutos não existe e que é resultante dos obstáculos com que, em determinadas situações, nos confrontamos, “a reabilitação poderia então ser definida como a ciência e arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem” (Hesbeen, 2003, p.52).

A especialidade Enfermagem de reabilitação foi sendo reconhecida por enaltecer o conceito de cuidar e valorizar a funcionalidade, tendo uma influência significativa na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo uma sociedade inclusiva, em que a pessoa com deficiência consegue participar de igual forma e usufruir dos mesmos direitos (Gaspar et al., 2021).

A Enfermagem de Reabilitação, surgiu como uma resposta aos cuidados necessários após as guerras, na prevenção de complicações e minimização de sequelas e evoluiu para um paradigma atual que abrange outras exigências. Com o aumento da longevidade, a sociedade vive mais tempo, mas também enfrenta mais situações de incapacidade e dependência existindo cada vez mais pessoas que precisam de cuidados especiais para recuperar ou manter sua funcionalidade (Correia et al., 2023). Desta forma, o EEER assume uma responsabilidade acrescida de intervir na sociedade, com o intuito de manter e promover a autonomia da pessoa, prestando cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo do seu ciclo de vida (Correia et al., 2023; OE, 2015; OE, 2019).

A etapa final do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, termina com estágio profissionalizante que teve a duração de 16 semanas e decorreu de 11 de setembro de 2023 a 12 de janeiro de 2024, foi realizado no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e na Unidade de Reabilitação Respiratória, do Hospital de Santa Maria, em Lisboa. Apesar do estágio ser em dois locais distintos o principal processo trabalhado foi o processo neurológico na sua vertente vascular, degenerativa e traumatológica, mas onde também existiu desenvolvimento de conhecimento e prática clínica no processo cardiorrespiratório e no processo orto-traumatológico.

No decorrer do estágio, existiu uma integração na equipa multidisciplinar, onde a orientação e supervisão clínica ficou ao cargo de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que se considera como promotor do desenvolvimento de competências e que fomenta e auxilia na aquisição de novas práticas e conhecimentos. Considera-se que o facto de o estágio ter sido desenvolvido em grande parte, num centro de reabilitação permitiu expandir formas de conhecimento novas sobre a Reabilitação Motora e o papel que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem no seio da equipa

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

multidisciplinar, permitindo ter acesso a pessoas com diferentes níveis de incapacidade e limitações e diversos processos patológicos. Portanto neste processo reflexivo, a realização do último estágio neste tipo de instituição foi uma mais-valia no processo formativo e de aquisição de competências.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no contexto do centro de reabilitação é notável, pois neste local tem o privilégio de poder intervir como enfermeiro a um nível de complexidade mais elevado (Pestana, 2023), uma vez que também se encontra reconhecido pela instituição, o que indica que tem progressão na carreira de Enfermagem como Enfermeiro Especialista, apresenta responsabilidades acrescidas, como ser responsável pela supervisão e orientação de alunos de mestrado, apresenta a responsabilidade de no seio da equipa formar os elementos não especialistas, prestando apoio e transmitindo conhecimentos das melhores práticas clínicas. Apresenta também a responsabilidade de ser enfermeiro de referência de determinados utentes, sendo responsável pela criação do plano de cuidados individualizado, acompanhar a sua evolução e mantê-lo atualizado, de forma a que nas reuniões tanto semanais, como na reunião multidisciplinar exista o estabelecimento de objetivos reais e atingíveis, promovendo a transmissão de informação adequada, clara e concisa das atividades que o utente realiza na enfermaria e por conseguinte da sua capacidade funcional neste ambiente.

Encontrando-se integrado no seio de uma equipa multidisciplinar, onde todos os profissionais delineiam diagnósticos nas suas áreas de intervenção, o EEER tem a vantagem de ser o primeiro profissional a acolher a pessoa no internamento e desta forma criar laços importantes com a pessoa e sua família no momento da admissão. Neste processo de acolhimento a intervenção inicial do EEER, promove o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação e propicia uma maior inclusão no centro de reabilitação, bem como diminui os riscos e possíveis problemas ou dificuldades associadas ao internamento num ambiente estranho à pessoa.

A temática do presente relatório, recaiu sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado na pessoa com AVC, pois foi a área de cuidados de enfermagem de reabilitação mais trabalhada no segundo estágio, em contexto do centro de reabilitação e corroborando com os dados estatísticos imitados pelo INE (2023), o número de pessoa que sofrem acidentes vasculares cerebrais tem vindo a aumentar. Alicerçada nas indicações do *Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030* (ESO, 2018), a continuidade dos cuidados no AVC, os cuidados de enfermagem especializados e a reabilitação por especialistas são aspetos essenciais à reabilitação no AVC, demonstrando que a intervenção multidisciplinar promove a redução da mortalidade e da incapacidade (ESO, 2018). E sendo esta já uma área de interesse, a literatura corrobora indicando que, existindo experiência pode-se garantir consistência nos cuidados prestados e redução do risco de

complicações (CSBP, 2019). Portanto, para conseguir adquirir as diferentes competências descritas no Regulamento n.º 140/2019 das competências comuns, no regulamento n.º 392/2019 das competências específicas do EEER e no decreto-lei n.º 65/2018 sobre as competências de Mestre, foi necessário realizar a avaliação, levantar diagnósticos de enfermagem por foco e realizar um plano de intervenções, de forma a demonstrar, conjuntamente com todas as atividades desenvolvidas durante o curso a aquisição dessas mesmas competências. Segundo a ESO, para se exercer uma boa prática em Reabilitação, esta deve incluir também o estabelecer de planos de ensinos com a pessoa e os seus cuidadores sobre o AVC e a necessidade de reabilitação, assim como o planeamento para a alta e do acompanhamento necessário posterior ao internamento, pois estas intervenções contribuem para melhorar o conhecimento e a satisfação e reduzir a depressão na pessoa com AVC, considerando também que o treino de Atividades de Vida Diária, é benéfico até um ano após o AVC (ESO, 2018, p.14).

Perante esta temática, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, em que os operadores booleanos foram “Rehabilitation Nursing” AND “ Self-care”, “Rehabilitation Nursing” AND “Functionality” AND “Empowerment” e “Rehabilitation Nursing” AND “Stroke” conseguindo-se através da Base de Dados Científicos da Ordem dos Enfermeiros (em que os recursos disponíveis são a EBSCOhost – Research Databases; CINAHL®; Nursing & Allied Health Collection; Cochrane Plus Collection; MedicLatina; MedLine®) e pesquisa dos mesmos descritores na Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação e na Revista de Enfermagem Referência, encontrando diferentes artigos científicos que fundamentam o enquadramento conceptual do presente relatório, bem como a justificação para as intervenções estabelecidas nos planos de cuidados realizados. Foi também tido como apoio o material fornecido no contexto académico e a procura bibliográfica independente em manuais da disciplina, sobre as restante temáticas abordadas, com vista a realizar um planeamento, implementação e execução de programas de promoção do autocuidado, de treino de Atividades de Vida Diária, de reeducação funcional e de treino de exercício à luz das melhores recomendações para a prática de enfermagem de reabilitação e o mais atualizadas possível, permitindo intervir capacitando a pessoa para o autocontrolo e autocuidado (Godinho de Matos & Gonçalves Simões, 2020). Procurando também, através do regulamento n.º 350/2015, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, que estes sirvam como instrumento essencial para a promoção da melhoria continua destes cuidados e como referencial para a reflexão sobre a prática, executando um exercício profissional seguro e de qualidade.

O presente relatório foi estruturado, seguindo as orientações para a elaboração do relatório de estágio profissionalizante, respeitando os indicadores expostos. Portanto após a presente introdução ao relatório e ao tema escolhido bem como à importância da intervenção do EEER, o segundo capítulo aborda

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

o enquadramento conceptual onde foi realizada uma análise de conceitos que são abordados durante o relatório e os referenciais teóricos de relevância que sustentaram a prática desenvolvida e a explicação da problemática abordada no contexto do estágio, bem como os focos de enfermagem de reabilitação. O terceiro capítulo, compreende a análise crítico-reflexiva das competências comuns, específicas do EEER e de mestre. Posteriormente no quarto capítulo foi realizada a análise swot do mestrado. Terminando numa concisa conclusão.

1. ANÁLISE DO CONTEXTO

1.1. Contexto do Estágio de Reabilitação na Comunidade

O estágio de Reabilitação na Comunidade, encontra-se integrado no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no 1º Ano, 2º Semestre e teve como objetivo atribuir aos candidatos a Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação a experiência de aprendizagem inicial e essencial à consolidação de conhecimento adquiridos na componente teórica do curso na área da reabilitação.

Concretizado durante 12 semanas, no período de 24 de abril a 14 de julho de 2023, foram executadas um total de 235 horas de contacto em estágio, mais 85 horas de trabalho autónomo e as 90 horas de orientação tutorial e 4 horas de seminário. O contexto selecionado foi a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a tipologia foi a Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários (ECCI). Tendo sido realizado no Centro de saúde da Parede, na UCC Girassol, que integra o ACES de Cascais. A Unidade de Cuidados na Comunidade apresentava como objetivo prestar cuidados de saúde multidisciplinares de âmbito dos cuidados domiciliários e comunitários em todas as fases do ciclo de vida. Estes cuidados incidem sobre as pessoas e as suas famílias e grupos que se encontram em maior risco ou que apresentam dependências físicas e funcionais ou doenças que necessitem de acompanhamento (SNS, 2017).

A UCC Girassol atua nas freguesias de Carcavelos, Parede e São Domingos de Rana. E tendo a ECCI esta área de abrangência pode desenvolver as competências associadas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, concentrada na equipa dos cuidados domiciliários, sob supervisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na ECCI tem uma grande responsabilidade na comunidade, pois tendo a UCC apenas dois elementos com esta especialidade numa equipa de seis enfermeiros, perante as cinquenta vagas existentes torna-se imprescindível avaliar e perceber as necessidades das pessoas que carecem da sua intervenção especializada. No entanto, existem pessoas que integram a rede de cuidados continuados integrados, com a necessidade reabilitação bem definida, como no caso das fraquezas musculares associadas a internamentos prolongados, as cirurgias do foro ortopédico, a doentes respiratórios que necessitem de reeducação funcional respiratória, mas muitas vezes a maioria das pessoas integradas na ECCI, têm outras comorbilidades que necessitam de cuidados de enfermagem, mas na avaliação inicial percebe-se que também se tem de intervir prestando cuidados de enfermagem de reabilitação. Na comunidade o EEER

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

lida com pessoas com diversas patologias e intervém de modo a ajudar a pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizarem o seu potencial funcional e de independência. Esta equipa visa dar resposta a uma estratégia integrada e centrada na pessoa, pois através dela a equipa procura prevenir a fragmentação dos cuidados e promover uma melhor gestão da saúde da população a nível comunitário.

No decorrer do estágio para atingir as competências de EEER, foi realizado um plano de atividades e posteriormente um estudo de caso cujo tema foi Reabilitação em contexto comunitário da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica, referenciada pelos cuidados paliativos. No acompanhamento da pessoa com DPOC, na comunidade, pude executar um plano de cuidados de reabilitação adequado às necessidades da pessoa (Apêndice I), um guia de exercícios no domicílio (Apêndice II), uma check-list de saída de casa (Apêndice III) e posteriormente apresentar o estudo de caso à equipa da ECCL, demonstrando o trabalho realizado (Apêndice IV).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação exerce uma função vital na comunidade, visando melhorar a função, promover a independência e ao otimizar esses aspetos, pretende atingir a melhoria da qualidade de vida, satisfação pessoal e autoestima.

No decorrer do estágio, o EEER supervisor referiu, que apesar de existir vontade de realizar projetos de melhoria e de organização de cuidados, que de momento na ECCL, em especial os EEER, não estariam integrados em nenhum projeto, dado ao volume de trabalho existente.

No entanto, durante o estágio tive a oportunidade de intervir e prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a uma população muito variada o que permitiu desenvolver planos de cuidados individualizados e adequados as situações de saúde/doença, ao meio da pessoa e integrando o cuidador/ família.

Dos focos de enfermagem de reabilitação mais trabalhados foram:

- Para a pessoa com diagnóstico DPOC grave GOLD 4

Foco de enfermagem de Reabilitação	Intolerância à atividade
Diagnóstico de Enfermagem	Intolerância à atividade presente
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	- Negociar atividade física; - Planear a atividade física e o repouso;

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre técnicas de conservação de energia, como por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Tomar banho sentado num banco; - Calçar e descalçar os sapatos sentado; - Fazer a higiene matinal sentado (lavar os dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se); - Usar sapatos sem atacadores; - Dividir o tempo para a realização de tarefas domésticas; - Subir escadas degrau a degrau e não ter pressa na realização das Tarefas. - Ensinar sobre hábitos de exercício; - Providenciar material educativo (entregue no dia 25-05-2023 plano de exercícios que o utente pode realizar sem supervisão de profissional de saúde, sem pôr em risco a sua segurança).
--	---

Tabela nº1: Intolerância à atividade na DPOC - Comunidade

Foco de enfermagem de Reabilitação	Ventilação
Diagnóstico de Enfermagem	Ventilação ineficaz <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para autocontrolo do padrão respiratório; - Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para usar técnicas respiratórias; - Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre o autocontrolo do padrão respiratório; - Ensinar sobre a respiração Diafragmática; - Ensinar e treinar as posições de descanso e relaxamento; Treino da expiração com os lábios semicerrados em conjunto com o treino da respiração diafragmática, para obter uma eficácia

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<p>respiratória máxima (Cordeiro & Menoita, 2012) – treino realizado em repouso e durante as atividades de vida;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Reeducação Diafragmática global na posição de sentado; - Reeducação diafragmática com resistência (Manual); - Reeducação Costal Global com Bastão; - Reeducação Seletiva com abertura.
--	--

Tabela nº 2: Ventilação na DPOC - Comunidade

Foco de enfermagem de Reabilitação	Movimento Muscular
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Movimento Muscular Mantido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. - Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar força muscular através de escala de Força Muscular Medical Research Council (MRC); - Monitorizar a perceção subjetiva de dispneia através da escala de Borg Modificada; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Providenciar material educativo (Apêndice II); - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo e ativo - resistido: <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de Fortalecimento Muscular; <ul style="list-style-type: none"> • Membro superior: Flexão e extensão do Cotovelo MSD + MSE Exercício de adução e abdução da escapulo-umeral, com MS em extensão. • Membro Inferior: Flexão e extensão do Joelho direito e esquerdo (com caneleira) Abdução e Adução MID e MIE (sem peso).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<p>- Treino de resistência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de agachamento como levantar e sentar na cadeira; • Subir e descer escadas; • Caminhada no exterior.
--	---

Tabela nº 3: Movimento Muscular na DPOC - Comunidade

- A pessoa com diagnóstico de Síndrome de Imobilidade

Foco de enfermagem de Reabilitação	Movimento Muscular
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Movimento Muscular Diminuído</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. - Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar força muscular através de escala de Força Muscular Medical Research Council (MRC); - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo e ativo - resistido: <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de Fortalecimento Muscular; <ul style="list-style-type: none"> • Membro superior: Flexão e extensão do Bicípite MSD + MSE Flexão e extensão do Tricípite MSD + MSE Flexão e extensão do ombro MSD + MSE. • Membro Inferior: Flexão e extensão do Joelho direito e esquerdo Abdução e Adução MID e MIE. - Treino de resistência: <ul style="list-style-type: none"> • Subir e descer um degrau; • Caminhada no exterior com andarilho.

Tabela nº 4: Movimento Muscular no Síndrome de Imobilidade - Comunidade

Foco de enfermagem de Reabilitação	Transferir-se
Diagnóstico de Enfermagem	Transferir-se comprometido

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se. - Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre a adaptação do domicílio para transferir-se; - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se; - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para transferir-se; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para transferir-se; - Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se (rolamentos no leito, carga nos Membros superiores; Ponte); - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se; - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para transferir-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Treinar uso de dispositivo auxiliar para transferir-se (recurso à cama articulada e ao trapézio da cama); - Treinar técnica de adaptação para transferir-se (treino de posicionamento e rolamento no leito e levante).

Tabela nº 5: Transferir-se no Síndrome de Imobilidade - Comunidade

Foco de enfermagem de Reabilitação	Equilíbrio Corporal
Diagnóstico de Enfermagem	Equilíbrio Corporal comprometido
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio Corporal (empiricamente); - Aplicar dispositivo auxiliar; - Estimular a manter equilíbrio Corporal; - Executar Técnica de treino de equilíbrio:

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<ul style="list-style-type: none"> - Alternância de carga nos MS's; - Alternância de carga nos MI's; - Apoio Unipodal; - Contorno de obstáculos (contornar os móveis no domicílio); - Exercícios de coordenação de movimentos.
--	---

Tabela nº 6: Equilíbrio Corporal no Síndrome de Imobilidade - Comunidade

Foco de enfermagem de Reabilitação	Andar com Auxiliar de Marcha
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Andar com Auxiliar de Marcha Comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha. - Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha. - Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; - Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (Remoção de tapetes e de móveis que diminuem largura dos corredores e áreas de passagem); - Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (Foram ajustados em altura, de forma que quando se segura as pegadas os cotovelos façam um ângulo de 25º a 30º de flexão); - Instruir e treinar sobre técnica de andar com auxiliar de marcha (Deambulação com andarilho: 1º deslocar o andarilho para a frente; 2º Dar um passo em frente com o membro inferior com menos força muscular; 3º a seguir dar um passo com o membro inferior com mais força, não ultrapassando a base do auxiliar de marcha Deambulação com canadiana a quatro pontos, por ambos os membros inferiores conseguirem fazer carga parcial.

	Ensino da sequência de movimento: canadiana de um dos lados avança; avança o membro inferior contralateral, avança a outra canadiana e posteriormente o membro inferior contralateral, por exemplo canadiana direita depois membro inferior esquerdo; canadiana esquerda, membro inferior direito (OE, 2013)).
--	--

Tabela nº 7: Andar com auxiliar de marcha no Síndrome de Imobilidade - Comunidade

- A pessoa com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral, da Artéria Cerebral Média Esquerda

Foco de enfermagem de Reabilitação	Movimento Muscular
Diagnóstico de Enfermagem	Movimento Muscular Diminuído no Hemicorpo direito <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios e a mobilidade do membro superior. - Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a perceção que a utente apresenta do hemicorpo afetado; - Avaliar a sensibilidade Superficial e Profunda do hemicorpo afetado; - Analisar com a pessoa a relação entre o exercício e a perceção. - Instruir exercícios para melhorar a perceção como: ativação do membro, rotação do tronco, treino bilateral dos membros superiores e facilitação cruzada; - Estimulação sensorial através da massagem terapêutica. <p>MEMBRO SUPERIOR DIREITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar força muscular através de escala [Escala de Força MRC]; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (correspondente à força muscular avaliada, iniciando no segmento distal para o proximal); - Dedos: Flexão/extensão, adução, abdução, oponência do polegar;

	<ul style="list-style-type: none"> - Punho: Flexão/extensão, desvio radial, desvio cubital; - Antebraço: Pronação e supinação; - Cotovelo: Flexão/Extensão; - Ombro: Rotação interna/ Rotação externa Flexão/Extensão, adução/ abdução, elevação/depressão e circundação; - Omoplata: Elevação e depressão; rotação medial e rotação lateral; - Automobilização do membro Superior. <p>MEMBRO INFERIOR DIREITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar força muscular através de escala [Escala de Força MRC]; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivas; ativas-assistidas; ativas e ativas resistidas (correspondente à força muscular avaliada, iniciando no segmento distal para o proximal); - Dedos: Flexão/extensão; - Tibiotársica: Eversão/ Inversão; Dorsiflexão/ Flexão Plantar; - Joelho: Flexão/Extensão; - Coxo-femoral: Rotação Interna/ Externa; Adução/ Abdução; Flexão/ Extensão.
--	--

Tabela nº 8: Movimento Muscular no AVC - Comunidade

Foco de enfermagem de Reabilitação	Espasticidade
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Espasticidade em grau reduzido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre posicionamento em padrão anti-espástico e prevenção da espasticidade no hemicorpo direito. - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular. - Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares.

	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar o conhecimento sobre posicionamentos em padrão anti-espástico. - Potencial para melhorar a capacidade para executar posicionamentos em padrão anti-espástico.
<p>Intervenções de Enfermagem de reabilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercícios musculares e articulares passivos no hemicorpo direito (já referidos no movimento muscular); - Posicionar em Padrão Anti-espástico nos diferentes decúbitos, tendo em atenção que o decúbito dorsal é o que mais favorece a espasticidade (o posicionamento deve permitir: manter a cabeça alinhada com o corpo e se possível, inclinar a cabeça para o lado menos afetado, com rotação para o lado afetado; rotação externa e abdução da articulação escapulo-umeral; Extensão do cotovelo, punho, dedos, abdução destes; Supinação do antebraço; Extensão do tronco, com bácia posterior da bacia; rotação interna e flexão da coxa, joelho e tibiotársica (Menoita, 2012)); - Posicionar em padrão anti-espástico na posição de sentado (a pessoa, sentada, com o membro inferior não afetado cruzado por cima do membro inferior afetado (carga proprioceptiva), coloca as mãos entrelaçadas sobre o joelho do membro inferior não afetado, nesta posição, o membro superior do lado afetado não pode retrair em flexão e o peso recai sobre o lado afetado (Araújo et al., 2021)). Este posicionamento tem uma influência positiva sobre o hemicorpo direito, permitindo melhorar a sensibilidade e a consciência em relação ao hemicorpo; - Aplicar calor na região do Ombro e do Músculo Trapézio (Promove a vasodilatação e o relaxamento muscular (Araújo et al., 2021)); - Neste caso, não foi colocada Talas insufláveis, por não existirem disponíveis na comunidade.

Tabela nº 9: Espasticidade no AVC - Comunidade

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Foco de enfermagem de Reabilitação	Equilíbrio Corporal
Diagnóstico de Enfermagem	Equilíbrio Corporal comprometido
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio Corporal (empiricamente); - Estimular a manter equilíbrio Corporal através da correção postural; - Executar Técnica de treino de equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> - Facilitação Cruzada; - Alternância de carga nos MS's; - Alternância de carga nos MI's; - Apoio Unipodal.

Tabela nº 10: Equilíbrio Corporal no AVC - Comunidade

Foco de enfermagem de Reabilitação	Transferir-se
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Transferir-se comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se. - Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre a adaptação do domicílio para transferir-se; - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se; - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para transferir-se; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para transferir-se; - Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se (rolamentos no leito, rotação controlada da anca; automobilização do membro superior carga no cotovelo; ponte terapêutica);

	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se;- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se;- Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para transferir-se;- Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se;- Treinar uso de dispositivo auxiliar para transferir-se (recurso à cama articulada e ao trapézio da cama);- Treinar técnica de adaptação para transferir-se (treino de rolamentos no leito, rotação controlada da anca; automobilização do membro superior carga no cotovelo; ponte terapêutica e levante).
--	--

Tabela nº 11: Transferir-se no AVC - Comunidade

Os focos e diagnósticos levantados, seguiram o instrumento *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação* (2015), que permitiu caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior clareza, tendo em conta a resposta humana às transições decorrentes do estado de dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (PDCEER, 2015).

No decorrer do presente estágio existiu a oportunidade de participar no XXV Congresso Nacional de Medicina Intensiva, que se realizou em Oeiras entre 10 e 12 de Maio e onde houve a possibilidade de assistir ao Programa de Enfermagem “Tomada de Decisão em Enfermagem de Reabilitação em UCI - How the basics become so complex”, que apresentava como moderadora a Professora Dulce Ferreira e onde foram abordados temas como: “Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Intensivos” pela EEER Virgínia Prazeres; “Prescrição de exercício físico em contexto de Cuidados Intensivos pelo EEER Miguel Pires; “Repercussões da intervenção do Enfermeiro Especialista Reabilitação na ventilação do doente crítico com recurso ao treino muscular inspiratório”, pelo EEER Luís Estevão e “Reabilitação multissensorial em contexto de cuidados intensivos”, pela EEER Cristina Rodrigues. As sessões assistidas foram de extrema importância no consolidar de conhecimentos específicos na área da Enfermagem de Reabilitação. Apesar de não estar relacionado com a prática clínica em estágio, foi mais um momento de aprendizagem numa área de interesse.

1.2. Contexto do Estágio Profissionalizante

O Estágio Profissionalizante, encontra-se integrado no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no 2º Ano, 1º Semestre possibilita aos candidatos a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, mais experiências de aprendizagem no âmbito da prática clínica de forma a mobilizar, integrar e consolidar conhecimentos adquiridos nos momentos de ensino-aprendizagem teóricos, teórico-práticos, práticos, em seminários e do estágio anterior de forma a garantir que foram atingidas as competências comuns e específicas de enfermagem de reabilitação e as competências de mestre.

Sendo este o estágio final, durou 16 semanas e teve dois momentos distintos. Teve como período temporal início a 11 de setembro de 2023 e o seu término a 12 de janeiro de 2024, onde existiu o seminário final. No decorrer deste período pude realizar 303 horas de contacto em estágio, mais 210 horas de trabalho autónomo e as 90 horas de orientação tutorial.

O contexto inicial definido foi o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e para completar as horas do processo respiratório, foi necessário realizar durante 2 semanas estágio em contexto hospitalar na Unidade de Reabilitação Respiratória e Centro de Referência Fibrose Quística, Piso 9 do Hospital de Santa Maria.

A escolha do estágio no CMRA, foi devida ao facto de ter sido nesta instituição que nasce a história de Enfermagem de Reabilitação em Portugal e porque desde a sua criação é considerada uma das instituições de referência no ramo da Reabilitação no país. O CMRA tem como finalidade prestar serviços de reabilitação, dirigidos à pessoa com incapacidade, de qualquer idade e proveniente de qualquer ponto do País. Visando promover a máxima funcionalidade da pessoa e da sua família, tendo sempre como objetivo maximizar a sua autonomia e qualidade de vida e valorizar e potenciar as capacidades de cada pessoa, apoiando-a a adaptar-se à sua nova condição de vida. Contribuir para formação de profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e de saúde e para a investigação científica. Prestando cuidados em reabilitação com elevado grau de humanização e qualidade em tempo útil.

O CMRA tem como área específica a reabilitação pós situação aguda de pessoas com incapacidades adquiridas, deficiências do domínio físico e motor e multideficiência congénita e adquirida, em todas as idades.

O Centro dispõe neste momento de 150 camas, sendo 16 destinadas à reabilitação em idade pediátrica. Divide-se em 3 serviços, de acordo com o grupo etário e regime de prestação de cuidados.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

As patologias mais frequentes são as doenças ou sequelas de doenças neurológicas, as sequelas de politraumatismos graves, as amputações de membros, as deficiências congénitas e as doenças ou perturbações do desenvolvimento.

No CMRA, desenvolvi a minha prática clínica no Serviço de Reabilitação de Adultos – 3ºEsquerdo (SRA3) o piso no total tem 68 camas, sendo cada ala composta por 34 camas, este piso destina-se ao internamento de pessoas com sequelas de AVC, TCE, amputados e patologias neurodegenerativas. Após a avaliação inicial de cada pessoa e ingresso no CMRA existe uma equipa multiprofissional que proporciona de forma holística a reabilitação de forma organizada, orientada por objetivos e centrada na pessoa (CMRA, 2015).

No presente estágio, usufruí da hipótese de frequentar diferentes departamentos do CMRA, entre os quais o Laboratório de Fisiopatologia Respiratória onde se realizam as Provas de Função Respiratória, onde os métodos utilizados foram a colheita de gasimetria arterial, a espirometria e a pletismografia, este departamento tem a capacidade para avaliação da função respiratória em crianças e adultos e dispõe de uma cabine de pletismografia adaptada à pessoa em cadeira de rodas.

No departamento dos Estudo Urodinâmicos foi possível, perceber o seu papel e contribuição para a avaliação, orientação terapêutica e seguimento da pessoa com bexiga neurogénica de diversas causas, auxiliando os profissionais a promoverem o treino vesical adequado a cada pessoa. No entanto, o departamento também realiza em contextos específicos exames de diagnóstico como nas indicações cirúrgicas de correção da incontinência urinária e na cirurgia ginecológica sendo a avaliação realizada no pré e pós-operatório. Também nos homens é realizado o estudo e seguimento patologia prostática.

Também tive a oportunidade de observar o funcionamento do Laboratório de Marcha, que é constituído por um Médico Fisiatra, um Fisioterapeuta e um especialista da área da Biomecânica, tem com objetivo a análise laboratorial de postura e marcha, visando a monitorização de casos clínicos com situações especiais, avaliando-os e analisando-os, integrando os achados biomecânicos para o diagnóstico e aplicação clínica. Efetuam exames com o registo videográfico do ortostatismo e da marcha; análise cinemática e dinâmica do movimento (marcha); análise da dinâmica articular durante a marcha; eletromiografia dinâmica telemétrica, durante a marcha; análise do apoio em dinâmica postural; análise Baropodográfica estática e dinâmica e Posturografia (controlo postural em ortostatismo).

No Laboratório da Realidade Virtual aplicada à Reabilitação são utilizados programas de realidade virtual e jogos de vídeo interativos como método de tratamento utilizados na reabilitação de pessoa com sequelas de AVC, bem como nas doenças neurodegenerativas, o responsável pelo programa é um

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Psicólogo, que explica que a promoção da estimulação de vários sistemas sensoriais, especialmente o visual e auditivo, promove e intensifica o trânsito de informação no sistema nervoso central, favorecendo o desenvolvimento das funções cognitivas e motoras.

No decorrer do estágio profissionalizante, realizei também um plano de atividades, onde expus as necessidades de aprendizagem que ainda necessitava colmatar e onde identifiquei as atividades a realizar. Realizei um relato de caso clínico com o tema a Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional, na pessoa com acidente vascular cerebral. E desenvolvi material de apoio à avaliação dos pares cranianos para ficar no serviço (apêndice V), de forma a sistematizar e simplificar a avaliação.

Posteriormente, durante 2 semanas frequentei a Unidade Terapêutica de atividades da Vida Diária, onde só existem EEER, que tem como função o treino individualizado das diferentes atividades de vida, bem como o estudo de produtos de apoio e o aconselhamento dos utentes, familiares/cuidadores sobre as adaptações que poderão ser necessárias para tornar a habitação acessível aos utentes com mobilidade condicionada.

Também surgiu a oportunidade de realizar um turno no serviço de reabilitação de adultos 1º direito que tem como maior foco de atenção a pessoa afetada por traumatismo vertebro-medular e patologias neurodegenerativas. E onde pude observar a utilização de atividades terapêuticas adequadas à pessoa com lesão vertebro-medular, como o plano inclinado e os exercícios no leito.

Em suma, no decorrer do estágio trabalhei diferentes focos de enfermagem de reabilitação, mas maioritariamente intervindo na pessoa com AVC, tendo também a oportunidade de intervir na pessoa com doença neurodegenerativa e na pessoa com alteração do processo osteoarticular. Por abordar a pessoa com doença neurodegenerativa, foi realizado apesar de menos vezes o foco de enfermagem da ventilação (que será abordado no próximo campo de estágio) e da intolerância à atividade (foco já abordado na comunidade). Maioritariamente os processos trabalhados remeteram para os seguintes focos de enfermagem de reabilitação:

Foco de enfermagem de Reabilitação	Movimento Muscular (membro superior)
Diagnóstico de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios e a mobilidade do membro superior.- Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular no hemicorpo (afetado).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<ul style="list-style-type: none"> - Movimento muscular diminuído no Membro Superior. - Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares no Membro Superior.
<p>Intervenções de Enfermagem de reabilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a perceção que a utente apresenta do hemicorpo afetado; - Avaliar a sensibilidade Superficial e Profunda do hemicorpo afetado; - Analisar com a pessoa a relação entre o exercício e a perceção; - Instruir exercícios para melhorar a perceção como: ativação do membro, rotação do tronco, treino bilateral dos membros superiores e facilitação cruzada; - Estimulação sensorial através da massagem terapêutica; <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar técnicas de exercício muscular e articular; <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar força muscular [Escala de Força MRC]; - Monitorizar força muscular através de escala [Escala de Força MRC]; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (correspondente à força muscular avaliada, iniciando no segmento distal para o proximal); - Dedos: Flexão/extensão, adução, abdução, oponência do polegar; - Punho: Flexão/extensão, desvio radial, desvio cubital; - Antebraço: Pronação e supinação; - Cotovelo: Flexão/Extensão; - Ombro: Rotação interna/ Rotação externa Flexão/Extensão, adução/ abdução, elevação/depressão e circundação; - Omoplata: Elevação e depressão; rotação medial e rotação lateral; <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Automobilização do membro Superior; - Estimulação sensorial através da massagem terapêutica.

Tabela nº 12: Movimento Muscular (Membro Superior) – Centro de Reabilitação

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Foco de enfermagem de Reabilitação	Movimento Muscular (membro inferior)
Diagnóstico de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Movimento muscular diminuído no Membro Inferior. - Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular no Membro Inferior.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar força muscular [Escala de Força MRC]; - Monitorizar força muscular através de escala [Escala de Força MRC]; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivas; ativas-assistidas; ativas e ativas resistidas (correspondente à força muscular avaliada, iniciando no segmento distal para o proximal); - Dedos: Flexão/extensão; - Tibiotársica: Eversão/ Inversão; Dorsiflexão/ Flexão Plantar; - Joelho: Flexão/Extensão; - Coxo-femoral: Rotação Interna/ Externa; Adução/ Abdução; Flexão/ Extensão. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (como as automobilizações, rolamentos; ponte terapêutica; dissociação da cintura pélvica; os exercícios de fortalecimento muscular); - Treinar técnicas de exercício muscular e articular (como as automobilizações, rolamentos; ponte terapêutica; dissociação da cintura pélvica; os exercícios de fortalecimento muscular); - Estimulação sensorial através da massagem terapêutica.

Tabela nº 13: Movimento Muscular (Membro Inferior) – Centro de Reabilitação

Foco de enfermagem de Reabilitação	Esquecimento Unilateral
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Esquecimento unilateral presente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar a consciencialização sobre a negligência unilateral.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. - Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Consciencializar e ensinar sobre a negligência unilateral; - Estimular a perceção sensorial: varrimento visual; - Estimular perceção sensorial através da gestão de ambiente; - Executar técnica de estimulação sensorial através de dicas visuais/verbais/auditivas e estimulação térmica; - Instruir sobre exercícios para melhorar a perceção: Ativação do membro; Rotação de tronco; Terapia de espelho; treino bilateral dos membros superiores; Facilitação cruzada.

Tabela nº 14: Esquecimento Unilateral – Centro de Reabilitação

Foco de enfermagem de Reabilitação	Déficé Sensorial
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Déficé sensorial presente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao déficé sensorial.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sensibilidade e visão; - Avaliar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao déficé sensorial; - Ensinar sobre estratégias adaptativas ao déficé sensorial; - Gerir ambiente físico; - Executar estimulação sensitiva através da aplicação de calor e frio; - Estimular a perceção sensorial; - Aplicar a Tala insuflável; - Executar técnica de massagem; - Executar técnica de posicionamento; - Incentivar a execução de exercício muscular e articular.

Tabela nº 15: Déficé Sensorial – Centro de Reabilitação

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Foco de enfermagem de Reabilitação	Espasticidade
Diagnóstico de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Espasticidade em grau reduzido - Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade. - Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar Tónus Muscular [Escala de Ashworth Modificada]; - Monitorizar Tónus Muscular [Escala de Ashworth Modificada]; - Avaliar o conhecimento sobre medidas de prevenção da espasticidade e técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; - Ensinar sobre medidas de prevenção da espasticidade; - Providenciar material educativo (presente na sala de reabilitação do serviço). <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar Tala Insuflável; - Executar técnica de exercícios muscular e articular passivo em todos os segmentos, iniciando a mobilização do segmento distal para o proximal. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para usar a técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; - Instruir sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; - Treinar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade.

Tabela nº 16: Espasticidade – Centro de Reabilitação

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Foco de enfermagem de Reabilitação	Equilíbrio Corporal
Diagnóstico de Enfermagem	Equilíbrio corporal comprometido
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio Corporal (empiricamente); - Avaliar equilíbrio corporal através de escala [Índice de Tinetti]; - Monitorizar equilíbrio corporal através de escala [Índice de Tinetti]; - Executar técnicas de treino de equilíbrio [dinâmico sentado]; - Executar técnicas de treino de equilíbrio [estático em pé]; - Executar técnicas de treino de equilíbrio [dinâmico em pé]; - Estimular a manter equilíbrio corporal (treino no standing frame e facilitação cruzada).

Tabela nº 17: Equilíbrio Corporal – Centro de Reabilitação

Foco de enfermagem de Reabilitação	Transferir-se
Diagnóstico de Enfermagem	Transferir-se comprometido <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento e capacidade sobre a técnica de adaptação para transferir-se não demonstrada.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Treinar técnica de adaptação para transferir-se.

Tabela nº 18: Transferir-se – Centro de Reabilitação

Foco de enfermagem de Reabilitação	Andar
Diagnóstico de Enfermagem	Capacidade para andar comprometida <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar. - Potencial para melhorar a capacidade para andar.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa a andar; - Ensinar técnica de adaptação para andar;

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre técnica de adaptação para andar; - Treinar técnica de adaptação para andar (andar assistido pelo aluno, sendo a abordagem do lado afetado. O peso deve ser transmitido através do calcanhar, com o pé totalmente apoiado no chão, mantendo os pés paralelos. O membro superior deve ser suportado ao nível proximal (ombro) e distal (mão), mantendo o cotovelo e o punho em extensão. Durante a fase de balanço pode-se controlar o impulso inicial do pé e o joelho do lado afetado).
--	---

Tabela nº 19: Andar – Centro de Reabilitação

Foco de enfermagem de Reabilitação	Autocuidado: Higiene
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Autocuidado: Higiene comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene. - Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene; - Ensinar prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene; - Providenciar material de apoio (que se encontra disponível no serviço de internamento e na Unidade Terapêutica de atividades da Vida Diária). <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado de higiene; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado de higiene; - Treinar uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado de higiene.

Tabela nº 20: Higiene – Centro de Reabilitação

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Foco de enfermagem de Reabilitação	Autocuidado: Ir ao Sanitário
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Autocuidado: Ir ao Sanitário comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre a adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário. - Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário. - Potencial para melhora conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário. - Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar e para usar a técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre a adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário; - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Ensinar sobre a adaptação do domicílio, sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário (as sanitas baixas, podem necessitar de um alteador de sanita, usado para facilitar o sentar/levantar da pessoa e a presença de barras laterais proporcionam apoio como nas cadeiras de braços, apoiando o movimento de sentar/levantar e aumentam a segurança, minimizando o risco de queda); - Providenciar material de apoio (que se encontra disponível no serviço de internamento e na Unidade Terapêutica de atividades da Vida Diária). <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e a técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário;

Tabela nº 21: Ir ao Sanitário – Centro de Reabilitação

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Foco de enfermagem de Reabilitação	Autocontrolo: continência urinária
Diagnóstico de Enfermagem	Autocontrolo: continência urinária ineficaz
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocontrolo: continência urinária; - Ensinar sobre reeducação vesical; - Instruir sobre técnicas de exercícios para o autocontrolo: continência urinária (como a estimulação externa; compressão abdominal; manobra de Valsalva); - Treinar técnicas de exercícios para o autocontrolo: continência urinária; - Planear eliminação urinária através de uma rotina miccional levando a pessoa à casa de banho a horas certas e várias vezes ao dia (antes do autocuidado: higiene, após o pequeno-almoço, após o almoço; após o lanche e antes de deitar) e todas as vezes que a pessoa refere necessidade; - Monitorizar eliminação urinária; - Planear ingestão de líquidos.

Tabela nº 22: Autocontrolo: continência urinária – Centro de Reabilitação

Foco de enfermagem de Reabilitação	Autocontrolo: continência intestinal
Diagnóstico de Enfermagem	Autocontrolo: continência intestinal ineficaz
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocontrolo: continência intestinal; - Ensinar sobre reeducação intestinal, exercícios musculares pélvicos e dieta adequada à pessoa e situação clínica; - Instruir sobre técnicas de exercícios para o autocontrolo: continência intestinal (massagem e compressão abdominal); - Treinar técnicas de exercícios para o autocontrolo: continência intestinal; - Planear eliminação intestinal através da rotina e tendo por base o padrão fisiológico da pessoa levando-a à casa de banho a horas certas e várias vezes ao dia (antes do autocuidado: higiene, após

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<p>o pequeno-almoço, após o almoço; após o lanche e antes de deitar) e todas as vezes que a pessoa refere necessidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar eliminação intestinal; - Planear dieta e ingestão de líquidos.
--	--

Tabela nº 23: Autocontrolo: continência intestinal – Centro de Reabilitação

Foco de enfermagem de Reabilitação	Autocuidado: Vestuário
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Autocuidado: Vestuário comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário. - Potencial para melhora conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário. - Potencial para melhorar a capacidade para usar a técnica de adaptação e usar o dispositivo auxiliar para o autocuidado: Vestuário.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: Vestuário; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: Vestuário (o vestuário da cintura para cima deve ser iniciado pelo membro afetado, com o cotovelo em flexão, ir vestindo até à região posterior do ombro, e de seguida vestir o membro não afetado. Para despir a pessoa é ensinada a puxar a roupa pela parte posterior, puxando-a sobre a cabeça até a retirar, posteriormente, retira primeiro o membro não afetado e por fim o membro afetado. No vestuário da cintura para baixo, a pessoa deve cruzar a perna, vestir primeiro o lado afetado, de preferência com os dois membros superiores, posteriormente descruza os membros inferiores e veste o membro inferior não afetado, de seguida deve adotar a posição ortostática, com apoio numa superfície estática e puxar a roupa para cima, para despir a parte inferior do corpo, a pessoa deve adotar novamente a posição ortostática para baixar a roupa e posteriormente sentar-

	<p>se e despir primeiro o membro não afetado, voltar a cruzar os membros inferiores, ficando o membro afetado por cima de forma a remover a roupa deste membro.);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Providenciar material de apoio (que se encontra disponível no serviço de internamento e na Unidade Terapêutica de atividades da Vida Diária). <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e a técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário.
--	--

Tabela nº 24: Vestuário – Centro de Reabilitação

Foco de enfermagem de Reabilitação	Deglutição
Diagnóstico de Enfermagem	Deglutição comprometida
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade de deglutição; - Monitorizar deglutição [Escala de GUSS]; - Ensinar sobre o risco de aspiração; - Posicionar pessoa; - Ensinar sobre estratégias compensatórias da deglutição; - Instruir sobre estratégias compensatórias da deglutição; - Treinar sobre estratégias compensatórias da deglutição: <ul style="list-style-type: none"> a) Estratégias compensatórias posturais: flexão anterior do pescoço, rotação da cabeça para o lado afetado; flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado. b) Estratégias compensatórias sensoriais: frio; sabores ácidos; incremento do volume; pressão da colher sobre a língua. c) Estratégias compensatórias de consistência: Líquidos tipo pudim; tipo mel; tipo néctar.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<ul style="list-style-type: none"> - Planear e gerir dieta; - Ensinar sobre técnicas de deglutição; - Instruir sobre técnicas de deglutição; - Treinar técnicas de deglutição (deglutição supraglótica; Manobra de Mendelson; Manobra de deglutição dupla e Deglutição forçada); - Supervisionar a deglutição.
--	---

Tabela nº 25: Deglutição – Centro de Reabilitação

Foco de enfermagem de Reabilitação	Comunicação
Diagnóstico de Enfermagem	Comunicação comprometida <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar de comunicação - Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar de comunicação
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para comunicar; - Incentivar a pessoa a comunicar; - Executar técnica de treino do discurso; - Providenciar quadros de comunicação (Apêndice VII).

Tabela nº 38: Comunicação – Centro de Reabilitação

Por final, a segunda parte do estágio profissionalizante foi realizada no Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria na Unidade de Reabilitação Respiratória e Centro de Referência Fibrose Quística. A Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) abrange uma área geográfica vasta que vai desde a linha do médio Tejo (Abrantes) até ao Algarve, e é composta por uma equipa multidisciplinar constituída por 5 Enfermeiros de Reabilitação, 3 Pneumologistas, 1 Psiquiatra, 2 Psicólogos, 1 Dietista, 2 Assistentes operacionais e 1 Assistente técnica.

Tem como área de intervenção a patologia respiratória, tendo como patologias mais frequentes a DPOC, asma, fibrose quística, bronquiectasias não fibrose quística, fibrose pulmonar, derrames pleurais, pneumonias e o acompanhamento pré e pós-operatório.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação desempenham a suas funções tanto no serviço de ambulatório, como nos serviços de internamento incluindo no seu leque de intervenção as especialidades médicas e cirúrgicas e quando necessário os serviços de medicina intensiva.

As pessoas admitidas na URR em regime de ambulatório têm a possibilidade de realizar reabilitação respiratória no departamento, com recurso a unidades individualizadas com disponibilidade de maca, espelho quadriculado e bicicleta ergonómica, assim como todo o material necessário à reeducação funcional respiratória e treino de exercício, bem como no ginásio (que à data do estágio, se encontra inoperacional, mas onde existia a possibilidade de realizar treino de exercício com recurso a roldanas e ao espaldar). De momento na unidade, também é possível realizar consultas de Telereabilitação e telemonitorização com o apoio dos dispositivos médicos da Linde[®], nos casos em que as pessoas apresentem a sua residência longe do centro hospitalar ou que não tenham a possibilidade de se deslocar ao hospital, sendo uma importante abordagem da reabilitação que utiliza tecnologias de comunicação à distância para fornecer serviços de reabilitação às pessoas de forma remota. Neste projeto está incluído sessões de Reeducação Funcional Respiratória, Treino de Exercício na pessoa com patologia respiratória, otimização da terapêutica inalatória e dos nebulizadores. Existe ainda na Unidade de Reabilitação Respiratória o Hospital da Dia da Asma, onde são feitas as administrações de Terapêuticas Biológicas a pessoa com Asma e o Centro Especializado de Fibrose Quística de Adultos que integra dois médicos Pneumologistas, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, uma dietista e uma assistente social, onde se realizam consultas 2 vezes por semana. Do ponto de vista de infraestruturas conta com um espaço de consulta individualizado de acordo com o exigido pela European Cystic Fibrosis Society, obedecendo a uma política de segregação com separação das pessoas de acordo com os microrganismos colonizantes, também de acordo com as exigências internacionais.

No âmbito da formação também foi possível assistir a uma sessão de formação no âmbito da “Terapêutica por nebulização”, pela EEER Raquel Bolas e à sessão de formação “Investigação em Enfermagem” pelo Professor Doutor Abel Paiva.

No decorrer, deste pequeno estágio, existiu a oportunidade de observar e poder executar técnicas no âmbito da reeducação funcional respiratória tendo sido os principais focos os seguintes:

Foco de enfermagem de Reabilitação	Ventilação
Diagnóstico de Enfermagem	Ventilação comprometida <ul style="list-style-type: none">- Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para autocontrolo do padrão respiratório.- Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para usar técnicas respiratórias.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre o autocontrolo do padrão respiratório; - Ensinar e treinar as posições de descanso e relaxamento; - Ensinar, instruir e treinar técnicas para otimizar a ventilação com: <ul style="list-style-type: none"> - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Reeducação Diafragmática global na posição de sentado; - Reeducação diafragmática com resistência (Manual e com dispositivos); - Reeducação Costal Global com Bastão; - Reeducação Seletiva com abertura; - Treino da expiração com os lábios semicerrados em conjunto com o treino da respiração diafragmática, para obter uma eficácia respiratória máxima (Cordeiro & Menoita, 2012) - treinada em repouso e durante as atividades de vida. - Realização de Espirómetro de incentivo (usados espirómetro de incentivo volume-dependente).

Tabela nº 27: Ventilação – URR

Foco de enfermagem de Reabilitação	Expertorar
Diagnóstico de Enfermagem	<p>Expertorar, Ineficaz em grau elevado.</p> <p>Expertorar, Ineficaz em grau moderado.</p> <p>Expertorar, Ineficaz em grau reduzido.</p>
Intervenções de Enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Advogar uso de dispositivo auxiliar para expertorar (Flutter/Acapella); - Aspirar secreções (quando ineficaz em grau elevado); - Assistir a tossir; - Avaliar reflexo de tosse; - Estimular reflexo de tosse, através do ensino da tosse (dirigida ou assistida);

	<ul style="list-style-type: none">- Executar cinesiterapia respiratória (abertura costal global, abertura costal seletiva direita e esquerda, técnica de drenagem postural modificada, manobras acessórias como a percussão, vibração, compressão e vibrocompressão);- Executar inaloterapia através de inalador e câmara expansora quando se justifica;- Usar manobra de Pressão Positiva Expiratória; de expiração lenta total com a glote aberta em decúbito lateral e do ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR);- Vigiar expectoração.
--	--

Tabela nº 28: Expetorar – URR

Também foram dignos de intervenção o foco de enfermagem de reabilitação, movimento muscular que apesar de na maioria dos diagnósticos encontrar-se mantido, foi intervencionado através das mobilizações musculares e articulares e através do treino de exercício (como anteriormente referido nos anteriores campos de estágio) e o foco de enfermagem intolerância à atividade, que muitas vezes se encontrava presente e foi abordado no estágio da comunidade.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Análise de Conceitos

Como referido anteriormente a Enfermagem de Reabilitação é uma especialidade na área de enfermagem que incide fundamentalmente na pessoa com necessidades especiais ao longo da vida, elaborando diagnósticos e intervindo na promoção da capacidade funcional das pessoas que sofrem doenças agudas, crónicas ou traumáticas e no âmbito da prevenção e minimização de sequelas de forma a promover uma melhor qualidade de vida (OE, 2018).

Assim sendo e com a redação do presente relatório considera-se importante definir alguns conceitos que ajudaram na orientação da prática da enfermagem de reabilitação e à aquisição de competências.

Contextualizando a intervenção do EEER recair sobre **a pessoa**, sendo esta um ser biopsicossocial integrado na comunidade é um ser que é mais do que a soma das partes e beneficia dos cuidados de enfermagem, segundo a WHO (2020) a palavra “pessoas” refere-se a um grupo coletivo e é mais comumente usada em saúde pública. A sua utilização é especificamente importante pois a WHO pretende elevar o perfil da deficiência numa perspetiva de saúde pública e não a limitar a ser considerada apenas uma minoria.

A deficiência, segundo a CIF (2004) é um conceito associado a problemas nas funções ou estruturas do corpo como um desvio significativo ou perda. No entanto, a noção de deficiência é uma experiência humana universal e uma questão de grau e não uma característica intrínseca da pessoa, como o género ou a idade (WHO,2020). Para Machado (2017, citado por Pereira et al., 2021, p.431) a deficiência é um fenómeno que envolve múltiplas dimensões, aspetos e conceitos, tais como a funcionalidade e a incapacidade, a limitação de atividade e a restrição de participação, que interagem com fatores contextuais que podem influenciar positiva ou negativamente a situação da pessoa com deficiência (Silva Pereira et al., 2020). Em relação à limitação da atividade é considerada a dificuldade que a pessoa pode encontrar na execução de atividades. Enquanto as restrições de participação são os problemas que a pessoa pode enfrentar no seu quotidiano (CIF,2004). O EEER tem como responsabilidade integrar a pessoa na sociedade de forma que a sua participação seja em condição de igualdade com as demais pessoas e possa usufruir em pleno do seu direito de cidadania, independentemente da severidade da deficiência para que a pessoa desfrute de melhores condições de vida, nos vários domínios da sua vida social (PQCEER, 2018).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

A **incapacidade** como conceito é interpretada como um problema da pessoa, causado diretamente por doença, trauma ou outro problema de saúde, que necessita de assistência médica sob a forma de tratamento específico (CIF, 2004). Os cuidados em relação à incapacidade têm o objetivo de curar, preparar e adaptar a pessoa na transição para a nova realidade.

Segundo Martins (2018) a **incapacidade funcional**, no domínio da saúde, diz respeito à falta de capacidade resultante de uma deficiência, para realizar Atividades de Vida Diária (AVD) consideradas fundamentais à pessoa.

O **conceito de Atividade de Vida Diária**, refere-se às tarefas ou atividades habituais, que a pessoa realiza de forma automática e por rotina no seu quotidiano. Estas atividades podem ser subdivididas em dois grupos: as atividades básicas de vida diária (ABVD) ou de cuidado pessoal e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) ou atividades domésticas e comunitárias. (Vigia et al., 2016). As ABVD são a higiene pessoal; controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários; Vestuário; Alimentação; Locomoção e Transferência. Os principais instrumentos de avaliação das ABVD utilizados em Portugal são o Índice de Barthel, o Índice de Katz e a Medida de Independência Funcional (MIF) e os instrumentos de avaliação mais utilizados para avaliar as AIVD e validados para a população portuguesa são o Índice de Lawton e Brody e Frenchay activity index (FAI) (OE, 2016; Vigia et al., 2016).

A **capacidade funcional** da pessoa manifesta-se no seu grau de aptidão para viver de forma autónoma e independente, nas circunstâncias particulares da sua vida. Sendo assim, é a habilidade para ultrapassar os desafios do autocuidado, da vida no domicílio e da mobilidade (Reis & Bule, 2016).

Os conceitos de independência e funcionalidade são o fundamento para identificar as necessidades relacionadas ao conteúdo funcional EEER e, assim, intervir de forma diferenciada junto da pessoa e da sua família (Petronilho et al., 2021). O **conceito de funcionalidade** é um termo abrangente para todas as funções do corpo, atividades e participação, assim sendo denota os aspetos positivos da interação entre a pessoa (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (CIF, 2004). Assim sendo, o enfermeiro de reabilitação avalia a funcionalidade da pessoa, utilizando instrumentos padronizados, e intervém para melhorar ou manter o seu nível de desempenho.

Como o EEER tem como um dos seus objetivos promover a independência, é importante referir que a **independência** é a capacidade da pessoa para realizar as suas atividades sem depender de outros, ou com o mínimo de ajuda possível. Assim sendo, a independência enquanto estado de saúde favorecido e promotora de bem-estar é considerada como um aspeto fundamental para o autocuidado

(Petronilho et al., 2021). Portanto, pode-se inferir que a independência funcional se evidencia pela autonomia da pessoa para executar as tarefas do seu dia-a-dia. A pessoa atinge o nível de independência quando não necessita de ajuda de outra pessoa para o desempenho das suas atividades diárias, como no autocuidado de alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se e controle de esfínteres. Nas funções como o andar, a mobilidade e o equilíbrio ao se intervir para promover o aumento da força muscular e da amplitude de movimento articular, promove-se a melhoria do equilíbrio e conseqüentemente a capacidade para a marcha, favorecendo a independência para o desempenho do autocuidado (Couto, 2012). O enfermeiro de reabilitação é, portanto, um elemento facilitador da independência da pessoa, fornecendo-lhe os meios e as estratégias adequadas para superar as suas limitações.

No entanto, é importante referir a diferença entre o conceito de independência, já clarificado e o conceito de autonomia.

A autonomia é considerada como a capacidade da pessoa de escolher e agir de acordo com a sua vontade, respeitando os seus direitos e deveres, destacando a importância da liberdade e da escolha para a pessoa tomar as suas próprias decisões com base nos seus objetivos e valores (Dzeng, 2019; Lima et al., 2021 a). É considerada como um conceito multidimensional pois existe interação da dimensão biológica, social, psicológica e espiritual e é movida por uma fonte intrínseca de motivação (Lima et al., 2021 b).

Logo, conhecendo a teoria da autodeterminação, elaborada em 1981, por Richard M. Ryan e Edward L. Deci (Appel-Silva et al., 2010), que permite analisar as motivações que apoiam a pessoa a realizar determinadas tarefas, percebe-se que estando centrada em três necessidades básicas, a autonomia é um dos seus pilares, pois a pessoa expressa o desejo de ser a origem do seu próprio comportamento sem ser subjugado por terceiros, outros do pilares é a competência, onde a pessoa manifesta a necessidade de se sentir eficaz na execução de suas ações; e por último as conexões que compreende o desejo de manter o relacionamento com o seu grupo social e comunidade e sentir-se valorizado por eles (Lima et al., 2021 b).

É necessário também referir que sendo o empoderamento motor para o conhecimento é a autonomia que permite a tomada de decisão (Sousa et al., 2020). De acordo com o referido, o EEER respeita e promove a autonomia da pessoa, reconhecendo-a como um ser único, pretendo que a pessoa atinja como meta da reabilitação o maior nível de participação.

A capacitação, surge como um conceito basilar para o EEER, pois é necessário perceber que no regulamento das competências específicas, quando existe referência a “Capacita a pessoa com

deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania” (OE, 2019), o EEER tem o dever promover o processo de fortalecimento das aptidões de cada pessoa, da confiança e da participação da pessoa na gestão da sua saúde e da sua vida. Sendo um processo multidimensional envolve o conhecimento, decisão e ação, que segundo as autoras Reis & Bule (2016) os “conhecimentos são os saberes construídos e alicerçados em valores individuais, que se modificam ao longo da vida e são influenciados por fatores, nomeadamente de ordem social, cultural e religiosa”. Estes conhecimentos influenciam a decisão sobre a ação a qual se modifica com o decorrer do tempo(Sousa et al., 2020). Assim sendo considera-se a capacitação um processo que necessita de mobilizar o domínio cognitivo, físico e material (Reis & Bule, 2016; Sousa et al., 2020). Importa então reforçar que o enfermeiro de reabilitação capacita a pessoa a tomar decisões informadas, a definir objetivos e a mobilizar recursos para alcançar os seus propósitos, empoderando-a e capacitando-a a partir do conhecimento que detém. (Sousa et al., 2020)

Importa também referir que a **literacia em saúde** influencia diretamente o processo de saúde/doença, pois deter conhecimento na área da saúde permite deter habilidades para obter, entender, julgar e usar informação em saúde de modo a fazer escolhas no dia-a-dia sobre a sua condição, apostando na prevenção e no bem-estar, conservando ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida (Pereira et al., 2022). Segundo Teixeira et al., (2023), a literacia em saúde é considerada um fator facilitador da capacidade de autocuidado, logo no papel inverso a falta de informação e baixos níveis de escolaridade, estão diretamente relacionadas com prejuízo da compreensão das estratégias de readaptação, levando à inaptidão para o autocuidado. Desta forma, o EEER tem um papel importante na promoção da literacia em saúde, para que a pessoa alcance o máximo potencial de saúde, e tal é realizado através do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa (PQCEER, 2018).

Como o presente relatório tem como tema a promoção da independência funcional para o autocuidado, logo considera-se essencial esclarecer este conceito.

O conceito autocuidado está intimamente relacionado com as atividades da vida diária, e tem uma definição ampla. Segundo a definição de Orem (Orem, 2001) o autocuidado é considerado como a prática de atividades que a pessoa inicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Theuerkauf, 2000). Segundo a CIPE® (versão 2, 2011), o autocuidado é definido como “atividade executada pelo próprio; tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.” Pode portanto ser entendido como uma capacidade ou condição humana reguladora, e é assente em

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

três características: a universal aplicável a todos as pessoas, como o alimentar-se, tomar banho, posicionar-se, andar; a de desenvolvimento, no sentido que admite progresso; e de desvio de saúde que enquadra as situações de saúde/ doença, em que a pessoa autogere a doença crónica, por meio da vigilância e monitorização de sinais e sintomas e da adequação dos estilos de vida (Reis & Bule, 2016; Petronilho et al., 2021). O EEER tem como responsabilidade ajudar a pessoa a desenvolver e manter o autocuidado, através de intervenções educativas, terapêuticas e adaptativas. Pois transmitindo conhecimentos e treinando capacidades neste processo, consegue-se potenciar a realização de um autocuidado autónomo e independente (Teixeira et al., 2023).

Considerando-se o autocuidado como aspeto fundamental na vida de todas as pessoas, as transições, que podem ser causadas por fatores de desenvolvimento ou por situações importantes da vida que requerem adaptação, afetam a capacidade de autocuidado das pessoas. Por isso, os enfermeiros devem dar uma atenção especial à dependência no autocuidado, que pode surgir no processo de saúde/doença de forma progressiva ou imprevista (Ribeiro et al., 2014).

Como atividades de autocuidado podemos considerar a higiene corporal, a higiene pessoal, o vestir/despir, o uso do sanitário, bem como os processos de eliminação urinária e intestinal, cuidados com a pele, a alimentação e o comer, bem como a mobilidade funcional, manutenção de objetos pessoais, administração de medicamentos no domicílio e as atividades sexuais (Faleiros et al., 2021).

A transição é assumida como conceito central para a enfermagem de reabilitação (Martins et al., 2018) e é reconhecida como uma mudança de um estado, condição ou de um local para outro, mas na esfera da saúde, abrange diferentes tipos de transição sendo comum a passagem de um estado de saúde para um de doença ou vice-versa (Santos et al., 2015). Tendo diferentes naturezas podem ser agrupadas por tipo como de desenvolvimento, situacional, de saúde/doença e organizacionais (Martins et al., 2018). O EEER perante as transições tem o papel de identificar os problemas e as necessidades das pessoas, e planear e executar terapêuticas de enfermagem intencionalmente direcionadas para a facilitação das transições (Meleis, 2010).

2.2. Referenciais teóricos de Enfermagem de Reabilitação

A relevância de sustentar a prática de enfermagem nos referenciais teóricos da disciplina, é parte integrante da competência do EEER, pois no regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2019) pode-se perceber que os modelos do autocuidado e das transições são estruturantes e de excelência para a melhoria da qualidade do exercício profissional (Ribeiro et al., 2021).

A ciência da enfermagem tem como propósito o desenvolvimento de teoria para descrever, explicar e compreender a natureza dos fenómenos de enfermagem e antecipar a sua ocorrência (Meleis, 2010). A relevância de sustentar a prática nos referenciais teóricos da disciplina de enfermagem é uma necessidade crescente, pois estes norteiam a prática e orientam nas fragilidades relativas a esse processo (Ribeiro et al., 2021).

2.2.1. Teoria de Dorothea Orem

A Teoria do défice de autocuidado de Orem, foi um dos modelos teóricos na qual se baseou a prática clínica. Apesar de pertencer à corrente de pensamento em que os cuidados de enfermagem tinham como objetivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões biológica, psicológica, social, espiritual e cultural, considera-se bastante atual e satisfaz as necessidades concetuais do EEER (José & Sousa, 2021). O paradigma da integração enquadra a escola das necessidades de Dorothea Orem como modelo conceptual e este apresenta teorias interrelacionadas como a teoria dos sistemas de enfermagem (que apresenta e explica o modo como os enfermeiros e/ou as pessoas dão respostas às necessidades de autocuidado), teoria do défice de autocuidado e a teoria do autocuidado. De acordo com Orem, quando as exigências para o autocuidado excedem a capacidade, ocorrem os défices de autocuidado. Os sistemas de enfermagem são projetados para lidar com esses défices de autocuidado (José & Sousa, 2021; Petronilho et al., 2021).

No entanto é notável perceber-se que os requisitos de autocuidado são comuns a todas as pessoas ao longo da sua vida, assim sendo são considerados requisitos universais e como dimensões inter-relacionadas. Orem (2001), definiu como requisitos universais do autocuidado a manutenção de um quantidade suficiente de ar; manutenção de um ingestão suficiente de água e de alimentos; provisão de cuidados associados com o processo de eliminação; a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso; a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; a prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano e por último a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal. Tendo também definido os requisitos do autocuidado de desenvolvimento que são importantes para a formação inicial das características humanas (estruturais, funcionais e comportamentais), bem como do movimento dinâmico em direção a níveis cada vez mais complexos de organização e funcionamento (Petronilho & Machado, 2016). Os requisitos do autocuidado no desvio de saúde são impostos em condições de

doença ou lesão, logo relacionados com as doenças ou a intervenções de diagnóstico e tratamento (Petronilho & Machado, 2016). O ciclo de vida, as condições e as características devem ser sempre tidas em consideração para uma melhor perceção da situação.

A presente teoria, é considerada como um marco teórico, e influenciou e continua a influenciar o pensamento e fundamento teórico através da teoria do autocuidado que demonstra o porquê e de que modo as pessoas cuidam de si próprias e da teoria do défice de autocuidado, que indica o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas pelos profissionais de enfermagem, pois quer dizer que as necessidades da pessoa são superiores às suas capacidades. Neste campo, Orem (2001), identifica cinco métodos de ajuda, começando pelo agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e por último ensinar. Logo pela avaliação deste défice de autocuidado, o enfermeiro tem o papel de adequar a sua intervenção de forma a minimizar o seu efeito. E pode fazê-lo através do iniciar e manter um relacionamento com a pessoa, família ou grupo até que este não necessite de cuidados de enfermagem; determinar como é que a pessoa pode ser ajudada através dos cuidados de enfermagem; responder às solicitações, desejos e necessidades da pessoa em relação ao contacto e à assistência do enfermeiro; prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta às pessoas (e pessoas significativas) numa perspetiva de coordenar integra os cuidados de enfermagem na sua vida diária, com a assistência disponível ou com os serviços sociais e educacionais necessários.

Esta teoria de Enfermagem sendo uma linha norteadora da prática, tem uma fundamental importância para a qualidade de cuidados de enfermagem de reabilitação (Teixeira et al., 2023). Através dela é possível sustentar a prática, pois o foco é a pessoa e o ambiente como unidade, que se considera capaz de aprender e ensinar novas práticas de autocuidado, conduzindo ao aperfeiçoamento dos cuidados e intervindo no ensino e na gestão (Silva et al., 2020). No entanto é necessário demonstrar a organização e o conteúdo referente à prática de enfermagem, pois consoante a prioridade/capacidade da pessoa existe uma adequação do exercício profissional, existindo três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, em que a pessoa não consegue participar no autocuidado; o sistema parcialmente compensatório, em que o enfermeiro compensa as limitações da pessoa e o sistema de apoio/educativo em que a pessoa tem capacidade para executar o autocuidado, mas necessita de orientação e instrução do enfermeiro (Petronilho & Machado, 2016).

Assim sendo, o EEER no decorrer da sua formação integra de forma orgânica e intencional o autocuidado no planeamento dos cuidados, capacitando a pessoa no desempenho das atividades que

compõem cada um dos seus domínios, estipulando como principais metas a promoção do autocuidado, a reconstrução da autonomia e o bem-estar (Petronilho & Machado, 2016; Ribeiro et al., 2021).

2.2.2. Teoria de Afaf Meleis

Dado ao facto de o tema do relatório recair sobre a promoção da independência funcional para o autocuidado na pessoa que sofreu um Acidente Vascular é sentida a necessidade de integrar o referencial teórico de Afaf Meleis. Associado à teoria do défice do autocuidado, a teoria das Transições apoia a orientação disciplinar, como base para o desenvolvimento da prática diferenciada da enfermagem de reabilitação, pois um dos objetivos enquanto aspirante a EEER é ter o papel de facilitador das transições.

A transição é considerada como uma mudança de estado, condição ou mudança de lugar. Percebe-se, portanto, que as transições são de extrema complexidade e multidisciplinares, caracterizadas pelo fluxo e o movimento ao longo do tempo, que poderão ser responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões comportamentais, que circundam um processo de movimento e mudança fundamental nos estilos de vida e que se manifesta em todos os indivíduos (Santos et al., 2015)

Na área da Saúde, um exemplo de transição é o processo saúde/doença, pois existe a mudança de uma situação de bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica, sendo que o inverso também se verifica (Santos et al., 2015). Logo as transições fazem parte da experiência humana e o modo como a pessoa gere essas transições afeta a sua saúde e o bem-estar. A teoria das transições inclui os fatores que desencadeiam a transição, as propriedades das transições, as condições de mudança, padrões de resposta às transições, bem como as intervenções de enfermagem para promover uma passagem suave durante as transições (José & Sousa, 2021). Logo tenta descrever e dar atenção às interações entre o enfermeiro e a pessoa, depreendendo que o enfermeiro se preocupa com as experiências transitórias vivenciadas pela pessoa, tentando atingir como meta terapêutica de enfermagem a saúde e o bem-estar (Ribeiro et al., 2021).

Meleis sustenta que a transição, sendo um processo que conduz à incorporação das mudanças no modo de vida, com reorientação e redefinição do modo de ser e estar de quem vive a transição é considerada uma conceção central em enfermagem, e que as transições podem ser de quatro tipos, transições de desenvolvimento, situacionais, relacionadas com situações de saúde- doença e organizacionais (Meleis, 2010). Consideradas complexas e multidimensionais as transições possuem

inúmeras propriedades, habitualmente inter-relacionais como a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a diferença, o intervalo de tempo e circunstâncias críticas (Ribeiro et al., 2021).

Nesta teoria salienta-se a relevância da consciencialização da pessoa, a nível físico, emocional e social como uma propriedade fundamental para que a transição ocorra de forma saudável. Conduzindo assim a um desafio para os EEER pois estes têm de envolver-se no processo de transição de forma a ajudar a pessoa a experienciá-lo da melhor forma possível. O que vai de encontro ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, que apoiando o processo de transição da pessoa existe um potencial para maximizar a capacitação, a sua funcionalidade e autonomia, interferindo positivamente na qualidade de vida (Ribeiro et al., 2021).

Os enfermeiros e mais especificamente os EEER lidam com pessoas em múltiplas situações de transição e estão predispostos para apoiar a pessoa, avaliando as necessidades psicossociais durante o período de transição e direcionam a intervenção consoante as necessidades individuais de cada pessoa (Meleis, 2010).

2.3. PROBLEMÁTICA ABORDADA NO CONTEXTO DE ESTÁGIO

2.3.1. Acidente Vascular Cerebral

A necessidade de abordar o contexto desta patologia clínica, recai sobre o fato de o estágio ter sido realizado num centro de reabilitação e no serviço em que o mesmo foi realizado, a patologia com maior prevalência é o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O AVC, pertence ao grupo das doenças cerebrovasculares e é a patologia com maior expressividade mundialmente (ASA, 2024).

Globalmente, o AVC é a segunda principal causa de morte e a terceira principal causa de incapacidade. Uma em cada quatro pessoas corre o risco de sofrer um AVC durante a vida. Os fatores de risco do estilo de vida para o AVC incluem, excesso de peso ou obesidade, inatividade física, o consumo de tabaco e abuso de álcool. Os fatores de risco médico incluem, a hipertensão arterial não controlada, a hipercolesterolemia, a diabetes e o histórico pessoal ou familiar de acidente vascular cerebral ou ataque cardíaco. Estima-se que 70% dos AVC ocorrem em países de baixo e médio rendimento, que também são responsáveis por 87% das mortes relacionadas com AVC e dos anos de vida ajustados por incapacidade (OMS, 2021).

Na Europa, o AVC continua a ser uma das principais causas de morte e incapacidade, e as previsões indicam que se continuar a ser menosprezado, o peso do AVC não irá diminuir nos próximos

anos na nossa sociedade, traduzindo-se num aumento do custo total dos cuidados de saúde (ESO,2018).

Em Portugal, o AVC em 2020 foi a principal causa de morte, vitimando 11439, mais 464 mortes do que em 2019, o que perfaz 9.2% do total de mortes, que representa 31 mortes por dia (INE, 2022). A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2023), comunica que o AVC não sendo só a principal causa de morte no país é a principal causa de incapacidade permanente. O que significa que a cada hora que passa há três portugueses que sofrem um AVC, um deles não sobreviverá, e metade dos sobreviventes poderão ficar com sequelas incapacitantes.

Perante estes números na europa setenta especialistas, a trabalhar em grupos para a avaliação de todos os aspetos da cadeia de cuidados no AVC, criaram o Plano de Ação para o AVC na Europa (ESO,2018).

O AVC é uma emergência médica, caracterizada por um compromisso neurológico focal ou global de início súbito com duração superior a 24h ou que conduz à morte, excluindo o Acidente Isquémico Transitório (AIT), no qual os sintomas desaparecem antes desse período (ASA, 2024). Ocorre quando o fornecimento de sangue para uma parte do cérebro é reduzido ou interrompido, resultando numa lesão cerebral. Pode ser resultante de um processo isquémico ou hemorrágico, que se manifesta de forma diferente de pessoa para pessoa, pois depende de vários fatores como a área do cérebro atingida, extensão da lesão, estado geral de saúde, morbilidades prévias associadas e características individuais (Gomes et al., 2021). Quando isso acontece, parte do cérebro não consegue obter o sangue (oxigénio e nutrientes) de que necessita, resultando na isquémia e morte das células cerebrais (ASA,2024). Manifestando sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral, e com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas (Menoita, 2012).

O AVC é classificado, segundo critério etiológico, em isquémico ou hemorrágico. O AVC de origem isquémica ocorre quando um vaso sanguíneo é bloqueado por um coágulo ou placa de ateromatose, e o hemorrágico, ocorre quando um vaso sanguíneo se rompe e causa uma hemorragia no cérebro.

O AVC isquémico é responsável por cerca de 87% de todos os acidentes vasculares cerebrais e o hemorrágico por 13% (ASA, 2024). E a sua principal causa é a aterosclerose ou as placas de ateroma que revestem as paredes dos vasos. Existem dois tipos de obstrução a trombose cerebral que é um trombo (coágulo sanguíneo) que se desenvolve no local da placa de gordura dentro de um vaso sanguíneo que fornece sangue ao cérebro. E a embolia cerebral que é causada por um coágulo sanguíneo que se forma no coração ou nas grandes artérias da parte superior do tórax ou pescoço, ou

em outro local do sistema circulatório. Este coágulo entra em circulação e migra pelos vasos sanguíneos do cérebro até atingir vasos pequenos, onde causa a oclusão. A principal causa de embolia é a fibrilhação auricular, que pode causar a formação de coágulos nas cavidades cardíacas e posteriormente migrar para o cérebro (Menoita, 2012; WSO, 2017; ASA, 2024)

O AVC hemorrágico, ocorre quando um vaso sanguíneo se rompe. Sendo que na sua origem estão habitualmente os aneurismas e malformações arteriovenosas (MAVs). A causa mais comum do AVC hemorrágico é a hipertensão arterial não controlada (Menoita, 2012; WSO, 2017; ASA, 2024).

As primeiras horas após o início dos sintomas de AVC são essenciais, pois é nesta janela temporal que os principais tratamentos têm maior eficácia. As guidelines internacionais revelam a conveniência da implementação de programas de educação, para que a população tenha uma maior consciencialização pública do reconhecimento precoce dos sintomas do AVC e ativação oportuna dos meios de emergência, para que seja encurtada a chegada às unidades hospitalares especializadas no tratamento do AVC e aumentar a possibilidade de acesso à trombólise e trombectomia (ESO,2018).

No tratamento do AVC isquémico existe o ativador do plasminogénio tecidual r-tPA, conhecido com Alteplase, tipo de tratamento medicamentoso, que pode ser administrado até 4,5h após o início dos sintomas e diagnóstico clínico com défice neurológico. A trombectomia mecânica (intervenção indicada na oclusão de grandes vasos), é um procedimento realizado seis horas após o início dos sintomas agudos do AVC, mas pode ser considerado até vinte e quatro horas após o início dos mesmos, se os exames de imagem mostrarem tecido cerebral não danificado. O tratamento do AVC hemorrágico, está diretamente relacionado com a causa da hemorragia indo desde a clipagem cirúrgica; à cirurgia; à neurorradiologia de intervenção entre outras (ASA, 2024 e Menoita, 2012).

Martins et al. (2018), descreve que o AVC, provoca uma lesão cerebrovascular que conduz a alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central, que afetam múltiplas funções como as motoras, sensoriais, comunicacionais, cognitivas e emocionais. Contextualizando, cada hemisfério cerebral é responsável por controlar a atividade do lado oposto do corpo, logo o dano existente num dos hemisférios conduzirá a uma incapacidade do lado oposto (Menoita, 2012). Após o evento crítico, existem inúmeras sequelas que podem permanecer no tempo, como a perda do controlo voluntário dos movimentos normais caracterizada pela perda do tónus muscular normal no lado afetado, quando esta função se encontra alterada a pessoa não consegue realizar movimentos controlados normais, contudo o tónus pode ser aumentado, diminuído ou ambos, quando considerado aumentado é descrito, como espasticidade ou hipertonia, quando diminuído é descrito como flacidez ou hipotonia. A ausência de movimento voluntário limita a capacidade para a realização das tarefas diárias, que caso

não seja tratada corretamente, pode conduzir a outro tipo de problemas secundários com úlceras por pressão, infecções respiratórias, obstipação, tromboflebitides e em casos mais graves trombo-embolismo pulmonar (OMS, 2003). Como seqüela também pode surgir a disfagia, devido à fraqueza associada aos músculos da face, da mandíbula e da língua causando dificuldade em engolir, o que pode causar diversos constrangimentos, inclusive a desidratação, desnutrição e a pneumonia de aspiração (Araújo et al., 2021). A incontinência após o AVC é comum ocorrer tanto ao nível vesical como intestinal. Sendo que na incontinência urinária, a consciência da bexiga cheia e o início da micção estão dependentes da sincronização do sistema nervoso, do detrusor, dos esfíncteres e do pavimento pélvico. Algumas pessoas vítimas do AVC podem aperceber-se da contração voluntária do detrusor e sensação de urgência miccional, existindo a perda da capacidade de contrair voluntariamente o esfíncter externo, apresentando perdas, outras pessoas perdem completamente a capacidade de contração do esfíncter (Braga et al., 2023). A hiperatividade do detrusor é uma das sequelas da lesão cortical (Braga et al., 2023). Considera-se portanto de toda a importância, incluir no plano de reabilitação o treino do autocuidado da eliminação, pois com o incremento do treino de hábitos, diário miccional e plano de restrição de líquidos, com horas para a ingestão hídrica e de treino de exercícios dirigidos ao pavimento pélvico, estes controlos tem tendência a melhorar e a retornar à função normal (OMS, 2003; Braga et al., 2023).

O dano da área cerebral pode não causar apenas incapacidade física evidente, mas também dificuldade na percepção e perda de discriminação sensorial (OMS, 2003; Menoita, 2012), cerca de 30% dos doentes terão negligência unilateral após o AVC, sendo que esta é definida como a percepção comprometida que se caracteriza por perda da capacidade de reconhecer um lado do corpo ou percepção da falta de consciência de um lado do corpo (Araújo et al., 2021). Além disso a pessoa, dependendo da área do cérebro afetada, pode apresentar problemas ao nível dos sentidos como tato, visão, audição, fala, olfato e equilíbrio (OMS, 2003). Também podem ser resultantes do AVC problemas de compreensão, pois pode ocorrer uma alteração da memória, da concentração e do entendimento de conceitos espaciais. Problemas psicológicos e emocionais, também podem ser enquadrados com uma consequência direta ou indireta do AVC, pois a pessoa após o evento de transição saúde-doença pode desenvolver sinais e sintomas de depressão, ansiedade ou alterações do humor, no desenvolvimento de competências para lidar com a nova condição (OMS, 2003). As consequências sociais, podem ocorrer de forma significativa entre a pessoa e os seus familiares, o que pode conduzir ao isolamento dentro do seio familiar e na comunidade.

Contudo é importante referir, que existem evidências concludentes de que o AVC é altamente evitável, tratável e controlável e existe um potencial para diminuir drasticamente peso do AVC, incluindo uma redução substancial das suas consequências a longo prazo (ESO, 2018).

Contudo os fatores de risco do AVC estão divididos em fatores não reversíveis, onde se enquadram o sexo, a idade, a raça e a hereditariedade; os fatores parcialmente reversíveis são a HTA, Diabetes Mellitus, problemas cardíacos e alterações lipídicas no sangue e os fatores reversíveis são o tabagismo, obesidade, ingestão de sódio, consumo de álcool, colesterol elevado, sedentarismo e uso de contraceção oral (Menoita, 2012; WSO, 2017). Assim sendo, o controlo adequado dos fatores de risco modificáveis ou parcialmente reversíveis diminui significativamente a probabilidade de sofrer um AVC, assim como, quanto maior for o número de fatores de risco, maior é a probabilidade de sofrer um AVC (Gomes et al., 2021). Para se perceber a dimensão substancial que os fatores de risco têm na probabilidade de sofrer AVC, estes são responsáveis por 90% dos casos. (ESO, 2018; WSO, 2017).

Segundo a ASA (2024), os dados obtidos através de um estudo americano descrevem que 10% dos sobreviventes a um AVC recuperam quase a totalidade; 25% recuperam com défices mínimos; 40% das pessoas ficam com sequelas moderadas a graves, necessitando de cuidados a longo prazo e 15% morrem no primeiro mês após o evento (Marques- Vieira et al., 2016; Silva et al., 2021).

A ESO (2018), no seu plano de ação 2018-2030, preconiza intervenções ao nível individual e social, para abordar problemas relacionados com a saúde e estilos de vida, envolvendo a pessoa, a população, os profissionais de saúde e os decisores políticos, alertando para a necessidade trabalhar e reunir esforços para que em conjunto se obtenham progressos.

Apesar de existir um enorme esforço de múltiplas entidades nacionais e internacionais no âmbito da prevenção e do tratamento, o que sabemos é que em Portugal existe uma resposta, por vezes insuficiente, para os sobreviventes do AVC, que ficam incapacitados e com graves repercussões na sua funcionalidade.

Também é necessário perceber que a pessoa com AVC, apresenta múltiplas alterações neurológicas, dependendo da região cerebral afetada, do tipo de AVC, da extensão e da gravidade da lesão. Além disso, o fator idade é determinante pois um cérebro jovem tem maior capacidade de adaptação funcional (Menoita, 2012).

A reabilitação no AVC é um processo progressivo, dinâmico e orientado para objetivos que visa permitir que uma pessoa com incapacidade funcional ou deficiência relacionada ao AVC atinja o seu nível funcional físico, cognitivo, emocional, comunicativo e social ideal (CSBP, 2019; Tanlaka et al., 2023)

A reabilitação do AVC deve ser prestada por uma equipa interdisciplinar de profissionais de saúde, com experiência na prestação de cuidados pós AVC, independentemente do local onde os serviços são prestados, para garantir consistência e reduzir o risco de complicações (CSBP, 2019; Green et al., 2021). As unidades e serviços destinados apenas à pessoa com AVC são o local ideal para o tratamento na fase aguda da doença de forma a minimizar a incapacidade funcional e as complicações pós-AVC (CSBP, 2019). Além disso, procuram reduzir a quantidade de pessoas doentes que precisam de cuidados enfermagem no domicílio ou em Unidades de Cuidados Continuados. Essas unidades também têm como meta facilitar o regresso de uma grande parte pessoas após AVC ao seu ambiente familiar e, se possível, ao seu local de trabalho (Marques- Vieira et al., 2016).

Na fase crónica do AVC, a reabilitação vai centrar-se na manutenção das capacidades funcionais atuais e na prevenção ou no atraso no declínio funcional futuro e de problemas de saúde secundários (CSBP, 2019).

Segundo as diretrizes para reabilitar a pessoa adulta com AVC e orientar os profissionais de saúde (ASA, 2024) a reabilitação deve ser precoce, mas é importante considerar que a mobilização prematura de alta intensidade, nas primeiras vinte e quatro horas pós-AVC pode reduzir a probabilidade de um *outcome* favorável aos três meses, pelo que não é recomendado – Nível de Evidência A (CSBP, 2019; Marques- Vieira et al., 2016; Winstein et al., 2016); a alta precoce para um ambiente de reabilitação na comunidade, em pessoas em situação de doença selecionados, pode promover *outcomes* semelhantes aos alcançados num serviço de reabilitação em regime de internamento – Nível de evidência B (CSBP, 2019; Marques- Vieira et al., 2016; Winstein et al., 2016).

Na fase inicial, após o AVC os cuidados de enfermagem podem centrar-se mais na prevenção de complicações. Contudo, à medida que a pessoa estabiliza e adquire um maior entendimento das implicações do AVC, é imprescindível que esses cuidados se concentrem na reintegração da pessoa a uma vida ativa (Marques- Vieira et al., 2016).

Segundo Santos & Oliveira (2015), os programas de enfermagem de reabilitação têm permitido que a pessoa atinja melhores níveis de independência funcional, benefícios na realização de autocuidados, mobilidade e locomoção, o que tem impacto direto na qualidade de vida da pessoa e da família.

Assim sendo, a intervenção do EEER assume um papel decisivo nos cuidados à pessoa após sofrer um AVC, pois está inerente às competências específicas cuidar da pessoa ao longo do ciclo de vida, conceber planos de cuidados especializados com vista a maximizar a funcionalidade, capacitando a pessoa para a autonomia e independência no autocuidado (OE, 2019; Silva et al., 2021). Esta

intervenção por parte do EEER, facilita também a vivência do processo de transição da pessoa e da sua família, permitindo a adaptação à situação de doença e dependência (Marques- Vieira et al., 2016).

A intervenção do EEER começa pela avaliação meticulosa, que irá permitir estipular os diagnósticos de enfermagem e definir o programa de reabilitação (Marques- Vieira et al., 2016). A prioridade na colheita da informação é determinada pela situação imediata da pessoa e/ou pelas suas necessidades (Menoita, 2012). Na avaliação será desejável utilizar instrumentos padronizados, válidos e confiáveis para avaliar a gravidade do compromisso do(s) membro(s) inferior/superior afetado(s), a nível da força, coordenação, tónus, amplitude articular e dor, em contexto institucional ou comunitário (Miller et al., 2010). No entanto, existem problemas que só se revelam aos olhos de peritos na área, pois encontram-se treinados na avaliação contínua, detalhada e perspicaz, daí a importância da intervenção do EEER, sendo esta única e privilegiada (Menoita, 2012).

No entanto a colheita de dados recai sobre a pessoa, fatores de risco, focos de atenção e sua evolução, antecedentes pessoais e familiares, história social, hábitos de vida anteriores ao eventos e condições habitacionais, qualidade de vida afetada e as suas dimensões, entre outros aspetos (Menoita, 2012).

Considera-se de extrema importância uma correta neuro-avaliação das alterações ou potenciais alterações e do estado neurológico que pode ser a chave do sucesso do processo de reabilitação (Menoita 2012; Araújo et al., 2021).

Segundo Menoita (2012), o exame neurológico faz parte integrante do exame físico geral da pessoa e da anamnese, sendo considerado importante a presença de um familiar para facultar as informações. Esta avaliação detalhada deve ser realizada em ambiente calmo e tranquilo e deve contemplar a avaliação do estado mental (estado de consciência; estado de orientação; atenção; memória; capacidades práxicas; negligência hemi-espacial unilateral; linguagem); avaliação dos pares cranianos; a avaliação da motricidade (força muscular; tónus muscular e coordenação motora); avaliação da sensibilidade e do equilíbrio e da marcha.

A pessoa com AVC beneficia da implementação precoce de cuidados de enfermagem de reabilitação, em conjunto com a equipa interdisciplinar e a sua família (CSBP,2019). No entanto após o AVC, é necessário precaução na precocidade dos tratamentos, pois o uso excessivo antecipado (1 a 7 dias depois da lesão), no membro afetado pode causar exacerbação da lesão e piora os resultados comportamentais (Menoita, 2012, p.79), mas após esta fase a mobilização melhora significativamente a capacidade funcional da pessoa com as sequelas do AVC na realização das atividades de vida diária, assim como o nível de independência no momento da alta (Marques- Vieira et al., 2016). Segundo

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Cooke et al. (2010), um programa de reabilitação composto por exercícios de fortalecimento muscular e treino de AVD'S melhoram a funcionalidade e a força do membro superior, assim como a velocidade de caminhada. Segundo Veiga (2015), num estudo retrospectivo de abordagem quantitativa, de carácter exploratório e descritivo numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 162 participantes, numa Unidade de Convalescença em Portugal, aferiu que as AVD'S mais afetadas foram a eliminação urinária e intestinal e as que melhor responderam ao programa de reabilitação foram as relacionadas com a mobilidade: as transferências e o subir/descer escadas, verificou ainda que a idade se correlaciona negativamente com todas as AVD's e que as AVD's se correlacionam positivamente entre si.

Denota-se assim o papel decisivo do EEER em incluir a pessoa a participar em programas de reabilitação que sejam significativos, envolventes, repetitivos, progressivamente adaptados, específicos para tarefas e orientado a objetivos, com empenho para melhorar o controlo motor e restaura a função sensoriomotora (CSBP, 2019; Menoita, 2012).

O EEER ainda tem como responsabilidade dar apoio ao processo de transição nomeadamente o do diagnóstico da doença, alteração na dependência, alta hospitalar e paralelamente a constante redefinição de papéis familiares, promovendo uma transição adequada, em tempo útil, saudável e eficaz, tanto para a pessoa com AVC, como para o seu cuidador/familiar (Menoita, 2012; Godinho de Matos & Gonçalves Simões, 2020).

2.3.2. Focos, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Dado ao forte impacto que as sequelas do AVC, tem na pessoa e na sua família do ponto de vista pessoal, social e financeiro, continua a existir a necessidade de implementação de abordagens integrativas, a fim de potenciar na pessoa com AVC uma adequada adaptação à sua nova condição (Menoita, 2012). Assim sendo, os EEER, são responsáveis por criar, executar, monitorizar e avaliar os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em conta os objetivos alcançáveis da pessoa, adequados dentro das suas limitações e capacidades, tendo sempre o foco a promoção da autonomia e da saúde, prevenindo complicações, tentando atingir a máxima funcionalidade através da otimização e capacitação para os cuidados.

A reabilitação neurológica visa promover a independência funcional em todos os contextos que a pessoa possa estar envolvida, devendo por isso ser iniciada o mais precocemente possível tanto em ambiente hospitalar, como no domicílio e na comunidade (Araújo et al., 2021).

O EEER tem um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que têm como foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida restaurando a funcionalidade quanto possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades.

Os focos de enfermagem de reabilitação em que se incidiu durante o estágio foram a promoção do autocuidado; potenciar o movimento corporal; o treino das atividades de vida diária; o treino de equilíbrio e a transição saúde- doença. Não foi possível abordar a Transição para o contexto domiciliário como seria desejável, durante o último estágio, mas foi uma das competências adquiridas no estágio da comunidade. No entanto o estudo do domicílio, é imprescindível para perceber e antecipar possíveis dificuldades e realizar-se o estudo de produtos de apoio e de ajuda técnicas, pois são meios indispensáveis ao bem-estar, à autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de forma a melhorar esta transição, permitindo uma atividade mais independente, com maior comodidade, com menor esforço e conseqüentemente menor desconforto.

No contexto dos focos de enfermagem de reabilitação relevantes para a prática clínica, as intervenções implementadas no âmbito do movimento muscular, permitem restabelecer o esquema corporal, estimular a sensibilidade propriocetiva, exercitar mecanismos de reflexo postural, melhorar o equilíbrio, reduzir a espasticidade, facilitar a mobilidade no leito e preparar a pessoa para a posição de sentada e ortostática (Menoita, 2012; Araújo et al., 2021). Deve-se ter também em consideração que para existir uma adequada evolução do programa de reabilitação, a direção do desenvolvimento do movimento voluntario apresenta-se da parte proximal para a distal, assim, é importante que o controlo do movimento do tronco, ombro, cintura pélvica e anca sejam estabelecidos primeiro; os movimentos no hemicorpo afetado evoluem de forma progressiva: movimentos passivos, ativos-assistidos e ativos e só quando exista uma suficiente recuperação é que deverá ser efetuado fortalecimento com exercícios resistidos (OMS, 2003).

Deve-se também incluir no plano de cuidados de Enfermagem de reabilitação as mobilizações que têm como objetivo retardar o aparecimento da espasticidade; promover o retorno da sensibilidade; recuperar, manter ou aumentar a força muscular; conservar a amplitude articular preservando e cuidando da sua integridade; conservar a flexibilidade; evitar aderências e contracturas e promover a melhoria da circulação sanguínea de retorno, intervindo no edema que advém da imobilidade. A Ordem dos Enfermeiros (2016) recomenda o uso da Escala Medical Research Council, como instrumento para a avaliação da Força Muscular, através da avaliação dos movimentos dos vários segmentos corporais, classificando-a em cinco níveis. Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa. Portanto através da

intensidade podemos classificar as mobilizações como passivas, em que o movimento muscular é produzido por uma ação externa, com pouca ou nenhuma contração muscular voluntária; como ativas-assistidas em que a força externa fornece assistência manual ou mecânica; como ativas onde existe contração ativa do músculo, onde é possível o movimento sem limitação, mas sem resistências exteriores e como as ativas-resistidas onde já é possível aplicar uma resistência externa.

Assim sendo, este tipo de mobilizações, adequadas ao grau de força da pessoa devem ser realizadas precocemente, mas tendo em atenção ao uso excessivo antecipado (intervalo de tempo do primeiro ao sétimo dia depois da lesão), no membro afetado causa exacerbação da lesão e piora os resultados comportamentais (Menoita, 2012). Mas após este período, mesmo que a pessoa apresente hemiplegia é fundamental iniciar um programa de mobilizações passivas, pois além das vantagens já mencionadas, demonstram que o estímulo proprioceptivo provocado pelas mobilizações, desencadeia um aumento do fluxo sanguíneo cerebral no córtex sensoriomotor, levando a uma ativação cerebral que pode interferir no retorno do controlo motor voluntário (Menoita, 2012; Araújo et al., 2021).

Segundo Menoita (2012), citando Branco e Santos (2010) e a Direção Gera de Saúde (2010), as mobilizações devem ser:

- “- Realizadas 2 a 3 vezes por dia;*
- Repetidas, no mínimo, 10 vezes em cada movimento;*
- Executadas até ao limite da dor, da fadiga cumulativa, da tolerância e de acordo com a reação da pessoa;*
- Realizadas de forma coordenada e repetida, para a formação do engrama motor;*
- Controladas, segurando o segmento a mobilizar em torno das articulações;*
- Efetuadas do segmento distal para o proximal;*
- Realizadas num segmento do hemicorpo, enquanto o outro deve estar em posição anti-espástica.” (pp.86)*

No âmbito da espasticidade, é uma condição que não se manifesta em todas as pessoas que sofrem um AVC, mas geralmente quando presente é perceptível em vários grupos musculares, e tem como particularidade de ser nos músculos anti-gravíticos, nomeadamente os flexores do membro superior e os extensores do membro inferior (Araújo et al., 2021). A Ordem dos Enfermeiros (2016) sugere a utilização da Escala de Ashworth Modificada para avaliar o tónus muscular. De acordo com Menoita (2012), citando Pinto (2001), o tónus muscular é um reflexo proprioceptivo que visa manter a postura corporal através da contração permanente e moderada dos músculos. Para realizar essa

avaliação, é necessário realizar a mobilização passiva dos membros e avaliar a resistência, considerando esse método como o mais preciso. Além disso, essa avaliação não se limita apenas a um músculo específico, mas abrange todo o grupo muscular responsável pelo segmento avaliado. Logo o foco do EEER é intervir na promoção do posicionamento em padrão anti-espástico durante as vinte e quatro do dia até à recuperação total. Tendo em conta a postura de Wernicke-Mann é essencial promover a alternância de decúbitos, sempre em padrão anti-espástico, pois é promotora da integração do esquema corporal e da lateralidade (Menoita, 2012), sendo os objetivos do posicionamento favorecer o conforto e bem-estar; a prevenção de alterações músculo-esqueléticas; manter a integridade cutânea e tecidos subjacentes; alternar os campos visuais e integrar o esquema corporal (Araújo et al., 2021). O posicionamento em padrão anti-espástico deverá ter em consideração manter a cabeça alinhada com o restante corpo, inclinar para o lado menos afetado e com rotação para o lado afetado, a articulação escapulo-umeral deve estar em rotação externa e abdução; o cotovelo deve estar em extensão bem como o punho e os dedos, com abdução dos mesmos, o antebraço deve ficar em supinação, o tronco em extensão, com bacia posterior da bacia e rotação interna e flexão da coxa, joelho e tornozelo (Menoita, 2012), o presente posicionamento tem implicação direta no tónus muscular e na promoção da sua recuperação e atenuação devendo-se também recorrer à aplicação das talas insufláveis e às mobilizações, pois sabendo-se que a espasticidade é evidenciada pelo grau de excitabilidade do fuso muscular, que depende fundamentalmente da velocidade com que os movimentos são feitos, estes devem então ser realizados de modo lento, pois assim tem menor possibilidade de induzir a hipertonia espástica (Menoita, 2012).

A reaprendizagem motora assume um papel basilar na reorganização neural, ao viabilizar uma evolução significativa na recuperação funcional da pessoa com lesão do sistema nervoso central (Toubarro, 2016). Intimamente relacionado com o controlo motor, encontra-se o conceito de controlo postural. A realização de uma atividade funcional depende do controlo postural, de modo a manter o alinhamento e corretas ativações das diversas áreas chave existentes para manter o equilíbrio necessário à função.

O mecanismo de controlo postural consiste num grande número e variedade de respostas motoras automáticas, adquiridas na infância, como o rolar, o sentar, o manter a posição ortostática e a marcha, logo na pessoa com hemiplegia tem de se reeducar o mecanismo de controlo postural e o treino das atividades terapêuticas, para se conseguir atingir ganhos na função motora e recuperação da posição de pé e equilíbrio (Menoita, 2012).

Assim sendo, o progresso da reabilitação da pessoa com AVC, em regra é atingido através da sequência de exercícios progressivos que seguem o padrão de desenvolvimento motor adquirido nos bebês, como já referido, pois promovem a facilitação do movimento, em que se solicita ajustamentos automáticos da postura a fim de produzir uma atividade através de reações automáticas de proteção, retificação e equilíbrio. A reeducação do mecanismo reflexo postural exige a repetição constante (Menoita, 2012). Logo no programa de reeducação funcional motora, são contempladas as atividades terapêuticas como o rolar; a ponte; rotação controlada da anca; automobilizações do membro superior e carga no cotovelo.

O equilíbrio sendo um processo dinâmico é um dos focos em que o EEER, tem maior capacidade de intervir (Araújo et al., 2021). A partir do momento em que a pessoa com AVC deve iniciar levante, iniciam-se os exercícios que têm por objetivo reeducar o equilíbrio, considerando diferentes tipos de exercícios, estes podem ser executados com a pessoa tanto na posição de sentada, como na posição de pé, treinando o equilíbrio estático e dinâmico, de modo a preparar a pessoa para a marcha (Menoita, 2012). Os exercícios de equilíbrio têm como objetivo: reeducar o mecanismo reflexo-postural; inibir a espasticidade; estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior; estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e preparar para a marcha (Menoita, 2012). O objetivo do treino de marcha é o de readquirir o padrão automático perdido (Araújo et al., 2021), mas só pode ser realizado, sem correr riscos de segurança e sem que a pessoa adote posições viciosas e dificultadoras do processo. A abordagem e a assistência à pessoa devem ser sempre realizadas pelo lado afetado, auxiliando desta forma a reintegração do esquema corporal (Menoita, 2012). Assim que a situação clínica da pessoa o permita realizar levante, deve-se iniciar também o programa de treino de equilíbrio começando na posição de sentado, estático e dinâmico. Os exercícios de equilíbrio têm como objetivo principal: reeducar o mecanismo de reflexo-postural; inibir a espasticidade; estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior; estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e preparar para a marcha (Menoita, 2012). Perante o levantamento do diagnóstico equilíbrio comprometido, existe a necessidade de fundamentar a tomada de decisão com instrumentos validados e recomendados, como é o caso do índice de Tinetti (versão portuguesa de Petiz, E.M. 2002), que permite demonstrar os ganhos associados à aplicação do plano de cuidados personalizado (OE, 20169).

Como foco de intervenção do EEER inclui-se o treino de atividade de vida diária de forma a promover a máxima autonomia e independência para o autocuidado. O treino das Atividades de Vida Diária é de extrema relevância na promoção do autocuidado. Isso envolve estimular a pessoa a tornar-

se o mais independente possível, oferecendo assistência apenas nas tarefas que não consegue realizar sozinha. O objetivo é alcançar maior autonomia e, simultaneamente, elevar a autoestima. Sendo crucial direcionar esse estímulo ao lado afetado.

Para avaliar a funcionalidade a literatura consultada indica o uso do Índice de Barthel e a Medida de Independência Funcional (MIF) (Menoita 2012; Ribeiro et al., 2014; OE, 2016; Vigia et al., 2016; Araújo et al., 2021)

O índice de Barthel permite estimar o grau de dependência da pessoa na realização de atividades de vida diária. E a MIF é considerada um instrumento de avaliação que tem como propósito determinar a incapacidade funcional de adultos e idosos; avaliar os ganhos funcionais; avaliar a qualidade de um programa de reabilitação; fazer comparação dos resultados e conseguir avaliar a evolução desde o momento da admissão até ao momento da alta. (OE, 2023 e Granger, 2011).

A MIF, é um instrumento de avaliação constituído por 18 itens, a DGS (2011) identifica-a como uma das escalas de avaliação funcional estandardizada para a definição do plano terapêutico de reabilitação individual da pessoa e a Ordem dos Enfermeiros (2016), como um instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE,2016).

O treino das AVD deve contemplar o treino de cuidados de higiene, promovendo o desempenho desta atividade na casa de banho da forma mais independente possível, avaliar a necessidade de produtos de apoio para o desempenho da função de higiene e fazer a ponte com o domicílio em que a pessoa e o seu cuidador são ensinados pelo EEER as adaptações necessárias a adotar, ajustadas às limitações da pessoa. No treino do Vestir é necessário primeiramente preparar a pessoa para perceber que é uma tarefa demorada no programa de treino de grande exigência e esforço o que pode induzir a sentimentos de frustração e conseqüentemente desmotivação, logo o EEER deve minimizar potenciais problemas, recorrendo ao elogio e ao reforço positivo em cada progresso da pessoa. No treino da alimentação existe uma complementaridade entre o EEER, o terapeuta da fala e os terapeutas ocupacionais, em que existe a preocupação em manter a pessoa na posição correta, sentada com o tronco ereto, com uma superfície de trabalho ou uma mesa de apoio com altura adequada e com alinhamento do membro superior afetado sobre a mesa, sendo fundamental ensinar a pessoa a alimentar-se usando a mão menos afetada e se possível a afetada. Deve-se estudar a necessidade de produtos de apoio como as proteções laterais do prato, talheres adaptados entre outros dispositivos disponíveis.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

Como fundamento à análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências é necessário referir a importância da formação, especialização e desenvolvimento profissional na disciplina de Enfermagem. Considerando-se que os avanços na área da saúde têm progredido extraordinariamente, resultando na crescente complexidade dos cuidados de saúde. Isso, por sua vez, exige respostas cada vez mais especializadas e exigentes na prestação de cuidados. Para garantir a excelência nesse cenário, é crucial que a enfermagem baseie a sua prática num processo contínuo de aprendizagem, aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências.

Ao longo da sua carreira, o enfermeiro deve procurar constantemente atualizações na sua formação, investindo no desenvolvimento de habilidades, na mobilização de conteúdos teóricos atualizados e integrando-as na prática clínica. A construção dessas competências ocorre ao respeitar o curso natural desse processo (Ferreira et al., 2017; Mártires et al., 2019).

O pensamento crítico e reflexivo é essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Ele está intrinsecamente ligado à evolução pessoal e profissional do enfermeiro, refletindo-se em resultados mais sustentados, autónomos e individualizados (Mártires et al., 2019).

Investir na formação especializada em enfermagem é fundamental para atender às necessidades individuais dos pacientes, promovendo sua autonomia e independência. É no contexto clínico que as competências do Enfermeiro Especialista se desenvolvem, tanto as comuns quanto as específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EEER), por meio da integração entre conhecimento teórico e prática efetiva. Nesse processo, a análise retrospectiva e reflexiva desempenha um papel crucial na tomada de decisões (Peixoto & Peixoto, 2016).

Além disso, a especialização também promove o desenvolvimento das competências de mestre. De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, essas competências incluem o aprofundamento de conhecimentos, a capacidade de compreensão e a resolução de problemas em diversas situações e contextos. Os enfermeiros especialistas demonstram habilidades que lhes permitem aprender ao longo da vida de forma autónoma, integrando raciocínios alicerçados em evidências científicas.

Em resumo, a formação contínua, a especialização e o desenvolvimento profissional são pilares essenciais para a excelência na prática de enfermagem e para a promoção contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O presente grupo de competências são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, evidenciadas pela capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados através de um suporte efetivo ao exercício profissional.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem assumem um papel de extrema relevância na sociedade, alicerçados num rigor e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

Assim sendo o enfermeiro especialista é reconhecido por possuir competências científicas, técnicas e humanas no âmbito da prestação de cuidados especializados na sua área de atuação, aplicáveis em diversos contextos. Essas competências especializadas resultam do aprimoramento dos domínios de competências comuns e específicas, reguladas de acordo com a especificidade de cada área de especialização.

Esclarecidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (regulamento n.º 140/2019) as competências comuns envolvem as dimensões de educação da pessoa e dos pares profissionais, de orientação e aconselhamento, no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a gestão de cuidados e liderança, incluindo a responsabilidade profissional, ética e legal e a melhoria contínua da qualidade apoiada no descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem.

Após o final do ciclo de estudos é necessário demonstrar competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, pois após o ciclo teórico, existiu o ciclo prático onde foram realizados estágios na comunidade e em instituições em que a minha atuação foi sempre conduzida por agir de acordo com as normas legais, alicerçando a minha prática clínica nos princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando os direitos humanos e a fomentando sempre a responsabilidade profissional, tendo por base o documento redigido pela Ordem dos Enfermeiros (2015) – Deontologia Profissional de Enfermagem. Assumo que respeitei os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, com fundamentos novos associados à área de especialização, em que só denotam ainda mais a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, respeitando sempre os direitos humanos na relação com a pessoa e a sua família e cuidadores e com a obrigação de executar a prática clínica com os valores e a excelência que o exercício da profissão exige, em geral

e na relação com outros profissionais. Assim sendo e por necessidade académica de realizar relatos de caso clínicos na comunidade e no estágio profissionalizante, foi sempre promovida a privacidade das pessoas, a sua segurança e dignidade. Baseada nos princípios éticos da tomada de decisão, a minha forma de agir e a minha intencionalidade foi sempre explicada primeiramente à pessoa de forma a promover o conhecimento sobre a minha área de atuação e desta forma realizarmos em conjunto um plano de cuidados, demonstrando o meu dever enquanto profissional e respeitando as necessidades da pessoa e a sua decisão perante o seu processo de reabilitação. Foi sempre salvaguardado o direito da pessoa ao consentimento livre e esclarecido das colheitas de dados pessoais, dos planos de cuidados elaborados e das avaliações realizadas, respeitando a intimidade da pessoa, família e cuidadores, o seu direito à privacidade, assim como o meu dever de manter a confidencialidade dos dados obtidos. As intervenções realizadas independentemente do contexto do estágio, tiveram sempre a atenção de proporcionar à pessoa alvo dos cuidados de enfermagem um ambiente seguro e controlado, sendo que todas as intervenções e atividades terapêuticas tiveram em consideração o princípio bioético da beneficência e não maleficência em que a pessoa tem a plena consciência do benefício para si da intervenção e que o enfermeiro irá por à sua disposição todos os meios disponíveis para promover o seu bem-estar e progresso no processo reabilitativo sempre tendo em conta a rigorosa avaliação da situação tendo a obrigação de não infligir dano à pessoa.

No domínio da melhoria contínua da qualidade considero ter garantido um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, onde desenvolvi competências científicas, técnicas e relacionais, graças ao apoio dos enfermeiros especialistas supervisores e dos restantes colegas especialistas com quem pude ter contacto e com os enfermeiros gestores das diferentes instituições, que acrescentaram conhecimento das práticas realizadas, da otimização dos planos de cuidados implementados e da gestão organizacional dos serviços. Existindo momentos que promovem o desenvolvimento pessoal como as passagens de turnos, onde surgem dúvidas pertinentes e que podem ser esclarecidas pela equipa, ou como por exemplo, os momentos de formação em que pude estar presente durante os estágios, ajudando a colmatar falhas de conhecimento em área específicas. Considero também que o facto de ser aspirante a EEER pude atuar no âmbito do desenvolvimento de práticas de qualidade, cuidando da pessoa ao longo do seu ciclo de vida, baseando-me em evidência científica de fontes credíveis e recentes, conseguindo gerir e colaborar na melhoria contínua dos cuidados prestados, adequada ao contexto clínico e de doença e aperfeiçoar a minha capacidade de execução e destreza na implementação dos planos de cuidados, recorrendo também aos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em

Enfermagem de Reabilitação que são um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados e como referencial para a reflexão sobre a prática especializada (OE, 2018). São descritas pelo regulamento 350/2015, oito categorias de enunciados descritivos, sendo elas a satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem. Durante a intervenção enquanto aluna, as tarefas realizadas foram fundamentadas com o objetivo de atingir os padrões de qualidade referidos, com um foco constante na promoção do aperfeiçoamento contínuo para manter a satisfação da pessoa e fomentar o seu bem-estar e autocuidado, evitando que a existência de complicações tanto da doença como do processo de reabilitação, em todos os contextos clínicos do estágio, o que se reflete nos planos de cuidados postos em prática (revelados em apêndices). A readaptação e a reeducação funcional foram sempre uma constante, visando a melhoria da qualidade de vida das pessoas e a promoção da inclusão social para a pessoa que recebe cuidados de reabilitação.

Foi sempre salvaguardada a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, havendo sempre a definição de limites dentro da execução dos planos de cuidados, tanto recorrendo à estipulação de frequências cardíacas máximas, segundo a fórmula de Karvonen (Delgado et al., 2020), bem como recorrendo a instrumentos de avaliação como a Escala de Borg (Gloeckl et al., 2013) e o método de Talk Test (Foster et al., 2008; Norman et al., 2008; Silva & Delgado, 2020), permitindo esta abordagem nunca por a pessoa em risco, nem provocar nenhuma exacerbação da doença, no caso do doentes respiratórios, nem desgaste físico exagerado no caso do doentes do foro musco-esquelético

Foram também desenvolvidas no primeiro estágio na comunidade para melhoria a qualidade dos cuidados prestados um guia de exercícios para a pessoa com DPOC no domicílio (apêndice II), adequado às suas capacidades, foi também desenvolvida uma Check-list de saída de casa para a pessoa com DPOC sujeita a Oxigenoterapia contínua (apêndice III), como meio de promoção da inclusão social e no segundo estágio foi elaborada uma caixa organizativa da avaliação dos pares cranianos com os respetivos materiais necessários para a sua realização de forma simples, rápida e eficiente da neuro-avaliação, promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

No domínio gestão dos cuidados é necessário que um enfermeiro especialista consiga gerir os cuidados de enfermagem, em prol de uma resposta da sua equipa otimizada e onde exista uma articulação na equipa de saúde. Deve também adaptar posições de liderança e gestão dos recursos face às situações e aos contextos vivenciados, visando a garantia da qualidade de cuidados. Esta competência foi atingida por integrar as diferentes equipas de enfermagem e estar envolvida nos

processos de reabilitação das pessoas. Em todos os contextos de estágios, tanto na comunidade como no centro de reabilitação, existiam semanalmente reuniões que favoreciam o enquadramento situacional da pessoa em que a equipa multidisciplinar se reunia para serem definidos objetivos e existir complementaridade das diferentes áreas da saúde, para alcançar a melhoria significativa da situação de saúde experienciada pela pessoa. Outro motivo para justificar o alcance desta competência foi o planeamento cuidadoso dos cuidados de enfermagem de reabilitação, da gestão eficiente dos recursos para assegurar a qualidade dos cuidados, e da colaboração multidisciplinar. A gestão dos recursos de enfermagem nem sempre é fácil, pois no contexto comunitário existiam no local de estágio apenas dois enfermeiros de reabilitação, o que se revela insuficiente, dado o volume de doentes que existia integrado na ECCI e devido ao fato de quase todas as pessoas beneficiariam de cuidados especializados da enfermagem de reabilitação. Este aspeto era muita vezes mencionado em reunião semanal, implicando a necessidade de realizar uma triagem de acordo com a prioridade dos utentes, garantindo uma prestação de cuidados de qualidade. Aqui a minha intervenção era garantir chegar de forma equitativa a todos os utentes e prestar os melhores cuidados possíveis. No centro de reabilitação a gestão de recursos de enfermagem era muito mais homogênea uma vez que grande parte da equipa de enfermagem era composta por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, logo todo o pensamento da organização de trabalho recai sobre uma metodologia de ensino e capacitação da pessoa e maximização da funcionalidade.

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a aquisição de competências é justificada pela elaboração do presente trabalho e por toda a pesquisa e enquadramento bibliográfico necessário ao desenvolvimento dos estágios, bem como dos trabalhos propostos em contexto académico e de prática clínica, como a realização dos relatos de casos clínicos na comunidade com o título de “Reabilitação em contexto comunitário da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica referenciada pelos cuidados paliativos” e pela participação no XXV Congresso Nacional de Medicina Intensiva, onde houve a possibilidade de assistir ao Programa de Enfermagem, como já referido anteriormente. No centro de reabilitação elaborei o relato de caso clínico “Enfermagem de reabilitação na promoção da independência funcional, na pessoa com acidente vascular cerebral” e posteriormente no Hospital de Santa Maria na Unidade de Reabilitação Respiratória pude assistir a uma sessão de formação no âmbito da “Terapêutica por nebulização”, e à sessão de formação “Investigação em Enfermagem” ministrada pelo Professor Doutor Abel Paiva. Considero portanto, ter atingido um bom e abrangente nível de conhecimentos nas diferentes áreas trabalhadas e onde pude demonstrar também o atingir de competências emocionais como a assertividade, pois em contexto de

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

discussão de planos de cuidados com os enfermeiros especialistas supervisores da prática clínica pode demonstrar a minha posição em relação a determinadas intervenções de forma clara e objetiva, baseadas em fundamentação teórica e demonstrando segurança, o que foi refletido nas avaliações dos diferentes contextos de estágio.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A área da reabilitação, enquanto especialidade que envolve diversos campos disciplinares, abrange um conjunto específico de conhecimentos e técnicas destinadas a auxiliar os indivíduos com doenças agudas, crônicas ou sequelas a otimizar a sua capacidade funcional e autonomia. Os objetivos primordiais consistem em aprimorar a funcionalidade, fomentar a independência e promover a plena satisfação do indivíduo, visando, assim, preservar a autoestima (OE, 2019).

Com base no princípio do cuidado e na ênfase dada à funcionalidade, a especialidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação foi sendo gradualmente reconhecida, tendo um impacto significativo na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Além disso, tem contribuído para a promoção de uma sociedade inclusiva, na qual as pessoas com deficiência são reconhecidas como cidadãs plenamente integradas e respeitadas (Gaspar et al., 2021).

Devido à necessidade de ajustar a resposta dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), ao avanço do conhecimento científico e à importância de integrar de forma contínua as novas descobertas da pesquisa na prática, foi reconhecida a necessidade de definir de forma específica as competências dos EEER de acordo com o público-alvo e o contexto de intervenção.

Nesta reflexão crítica e fundamentada em evidências, analiso as atividades desenvolvidas durante minha experiência clínica enquanto futura enfermeira especialista, destacando o impacto da componente clínica no meu desenvolvimento pessoal e profissional, com foco nas competências especializadas em enfermagem de reabilitação. Utilizando fundamento teórico em enfermagem e a evidência científica disponível, procuro sustentar e discutir as decisões e ações que promovem o desenvolvimento dessas competências, relacionando-as aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Refletindo sobre o julgamento clínico especializado em enfermagem de reabilitação, expresso nas competências específicas do EEER, examino a complexidade das intervenções implementadas nos relatos de casos clínicos, incluindo a análise e reflexão dos instrumentos de colheita de dados,

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

principais diagnósticos de enfermagem e suas resoluções, bem como as intervenções e atividades concretizadas.

Considerando as competências específicas do EEER, que incluem cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, capacitar indivíduos com deficiência para a reinserção na sociedade e maximizar sua funcionalidade, e os Padrões de Qualidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, como a satisfação do cliente, a promoção da saúde e a inclusão social, esta reflexão visa contribuir para o aprimoramento contínuo da prática clínica e a excelência nos cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo todas as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios contribuído para a sua aquisição e desenvolvimento das mesmas.

Realizando a análise crítico-reflexiva das competências pertencentes ao Regulamento n.º 392/2019 a competência “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019), foi atingida no decorrer dos três momentos de estágio onde pude desenvolver planos de cuidados associados à pessoa com DPOC, Síndrome de Imobilidade; AVC; Pós-operatório de cirurgia abdominal; Pessoa com bronquiectasia não fibrose quística, tal como referido no capítulo do contexto de estágio, onde se mencionou os focos, diagnósticos e intervenções realizadas nos diferentes estágios.

Em enfermagem de reabilitação, os instrumentos devem permitir medir a incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação inter/intradisciplinar, medir a eficácia do tratamento e documentar a continuidade dos cuidados, bem como os benefícios das intervenções de enfermagem (Hoeman, 2011). Para a implementação destes planos de cuidados foi realizada uma avaliação da funcionalidade de cada uma das pessoas através de instrumentos de colheita de dados validados e recomendados pela OE (2016) e pela literatura já descrita anteriormente e os instrumentos utilizados foram: Questionário clínico para a DPOC (CCQ), que é um instrumento clínico prático e com uma perspetiva holística para a avaliação da rotina do controlo clínico relativa à pessoa com DPOC, é multidimensional e prende-se com a avaliação do estado funcional, estado mental e dos sintomas apresentados pela doença (Silva & Delgado, 2020); Teste de sentar levantar em 30 segundos (30 STS) tem como objetivo avaliar a força dos membros inferiores, o risco de queda e avalia a resistência dos membros inferiores em indivíduos que vivem na comunidade, avalia também os domínios equilíbrio não vestibular e mobilidade funcional, tem como objetivo específico avaliar o número de ações “levantar/sentar” que um indivíduo pode completar em 30 segundos, pode também ser útil na quantificação da mudança funcional de movimentos de transição (OE, 2016); a mMRC - Questionário da dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire) que é considerado um instrumento adequado e

simples para a medição da dispneia na doença pulmonar obstrutiva crónica (Ribeiro et al., 2022), tendo a sua pontuação uma forte relação com outras medidas multidimensionais do estado de saúde e previsão do risco de mortalidade futura (Nishimura, 2002); Teste de Avaliação da DPOC (CAT), é considerado um questionário multidimensional, pois atualmente reconhece-se que a DPOC tem um impacto nos doentes que vai para além da dispneia (GOLD, 2023); Escala de Borg modificada considerada uma referência de forma a garantir a segurança dos utentes.; Escala Medical Research Council, como instrumento para a avaliação da Força Muscular; a Escala de Ashworth Modificada, para a avaliação do tónus muscular; a coordenação motora baseou-se na avaliação da simetria, ritmo, alternância e rapidez, segundo Menoita (2012); Índice de Tinetti para avaliação do equilíbrio; para avaliação da funcionalidade recorreu-se ao Índice de Barthel que é instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas e à Medida de Independência Funcional (MIF) instrumento de avaliação que tem como propósito determinar a incapacidade funcional de adultos e idosos; avaliar os ganhos funcionais; avaliar a qualidade de um programa de reabilitação, fazer comparação dos resultados e conseguir avaliar a evolução desde o momento da admissão até ao momento da alta (OE, 2023 e Granger, 2011).

A execução do programa de reeducação funcional respiratória e motora, foi sempre tido em conta a segurança da pessoa pelo que foram definidos limites máximos e mínimos tendo em conta a estabilidade respiratória e hemodinâmica. Pela literatura consultada também foi incluído o “Talk Test”, pois este suprime a necessidade de avaliar o limiar ventilatório, pois substituiu de forma segura (Foster et al., 2008).

A personalização do planeamento do exercício é crucial e deve seguir o princípio do FITT (frequência, intensidade, tempo e tipo de exercício). A prescrição do exercício físico considera então estes quatro fatores essenciais e deve igualmente obedecer aos quatro princípios do exercício físico: sobrecarga, individualidade, reversibilidade e especificidade (Novo et al., 2021).

No que diz respeito à frequência, os exercícios podem começar com 3 repetições, seguidas de uma pausa para verificar sinais de alerta, e depois mais 3 repetições por membro. A progressão deve ser feita diariamente, aumentando uma repetição por dia na ausência de sinais de alerta. Quanto à intensidade, devem ser considerados parâmetros objetivos como a frequência cardíaca (até 30 bpm acima da frequência cardíaca em repouso) e subjetivos como a perceção subjetiva de esforço, avaliada pela Escala de Borg modificada (recomenda-se que o esforço esteja entre 4 e 7). Quanto ao

tempo/duração, pode começar entre 3 a 5 minutos com períodos de descanso de 1-2 minutos entre as sessões e ser gradualmente aumentado conforme a ausência de sinais de alerta. O tipo de exercício deve ser de treino respiratório e aeróbico, realizado nas posições deitado, sentado ou em pé, e pode ser assistido pelo EEER ou realizado pela pessoa após instrução, orientação e supervisão.

Após a realização de planos de cuidados ajustados aos interesses, objetivos e capacidades das pessoas foram realizadas avaliações dessas mesmas intervenções, de maneira a ser possível identificar ganhos em saúde, pois o objetivo enquanto aluno da especialidade é que a pessoa adquira a maior independência possível, independentemente de ser na comunidade ou no centro de reabilitação. No centro de reabilitação existia ainda a necessidade de apoiar a pessoa numa transição segura para o domicílio. Um planeamento metódico e prévio para o regresso ao domicílio assegura a continuidade dos cuidados, reduzindo as limitações causadas pela doença e, ao mesmo tempo, estimulando o conhecimento e as habilidades de adaptação, e facilitando a inclusão da família como colaboradora nos cuidados. A execução dos planos de intervenção foi concretizada por meio da condução de sessões educativas, nas quais um guia de exercícios foi elaborado para que a pessoa pudesse praticar em casa. Além disso, foram realizadas demonstrações e treinos de técnicas conforme o plano estabelecido. O treino das Atividades da Vida Diária (AVD) deve ser adaptado às limitações individuais, começando com o ensino, seguido pelo treino e, posteriormente, supervisão da realização das atividades de autocuidado, utilizando produtos de apoio conforme necessário. Foram também realizados programas de reeducação funcional motora, cardiorrespiratória e treinos de reeducação funcional respiratória e programas de treino de exercício.

Na reeducação funcional motora, foram implementados programas de treino motor com o objetivo primordial de otimizar a funcionalidade da pessoa. Esses programas incluíam atividades como fortalecimento muscular, exercícios de mobilização articular, treino de equilíbrio e marcha com o auxílio de dispositivos como o andador, especialmente para a pessoa com síndrome de imobilidade que se encontrava no domicílio. No contexto da recuperação da função sensoriomotora na pessoa com AVC, foram desenvolvidos planos de treino que abrangem estimulação sensorial, aplicação de técnicas de facilitação cruzada, programa de mobilizações, posicionamento em padrão anti-espástico, atividades terapêuticas como rolar na cama, a ponte, rotação controlada da anca, automobilização do membro superior e carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio com uso de dispositivos de suporte como o Standing frame, além do ensino, instrução e treino de técnicas de levantar e transferência e treino de marcha. As intervenções aplicadas na reabilitação motora de pessoas com alterações na função sensoriomotora, como a hemiplegia, visam estimular a

sensibilidade, reeducar os reflexos posturais, prevenir a espasticidade e promover o movimento voluntário no lado afetado (Menoita, 2012).

Na reeducação funcional Respiratória, sendo uma terapêutica sustentada no movimento, vai atuar especialmente sobre os fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, na ventilação externa e através dela melhorar a ventilação alveolar, utilizando vários exercícios respiratórios. Estas práticas consistem em técnicas manuais, posturais e cinéticas, dos elementos torácicos e abdominais que podem ser aplicadas isoladamente ou em associação com outras técnicas (Cordeiro & Menoita, 2012). Foram tidos em conta objetivos como: reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular e prevenir e colmatar os defeitos ventilatório para melhorar a distribuição e ventilação alveolar através de técnicas de descanso e relaxamento (como as técnicas dependentes do posicionamento como a posição de cocheiro sentado numa cadeira, ou nos diferentes decúbitos), a consciencialização e controlo da respiração, a expiração com os lábios semicerrados, a respiração diafragmática, recorrendo a técnicas de espirometria de incentivo e recorrendo também aos exercícios respiratórios como a reeducação diafragmática, da hemicúpula diafragmática direita e esquerda e reeducação costal podendo ser global ou seletiva. No objetivo de assegurar a permeabilidade das vias aéreas, recorreu-se a técnicas como o ensino da tosse assistida e dirigida e de drenagem postural modificada (sem declive), em relação às manobras acessórias pode executar percussões, compressões e vibro-compressões, e observação de ensinamentos sobre o uso do Flutter® sendo estas técnicas maioritariamente desenvolvidas na Unidade de Reabilitação Respiratória. No objetivo corrigir defeitos posturais foram usadas técnicas de correção postural com recurso a espelho quadriculado. Consoante o objetivo de reeducar no esforço, foram incrementados exercícios de mobilização torácica e osteoarticular e o treino de Exercício respeitando sempre a fórmula FITT-VP.

Na competência - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, considero ter alcançado capacidade de analisar a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na nossa sociedade e conseguir planos de cuidados que promovam a capacidade funcional de forma a que a pessoa não sintam que a deficiência, limitação da atividade e/ou a restrição da participação penalize ainda mais o seu enquadramento social e económica promovendo uma consciência social inclusiva. Por isso mesmo toda a prática clínica desenvolvida nos três campos de estágios teve sempre como objetivo principal a promoção da autonomia para a tomada de decisão e a independência funcional através da aplicação de planos de cuidados com integração de programas de treino de AVD's a pessoa ganha funcionalidade e promovendo a autonomia e maximizando a qualidade de vida. No entanto, também é necessário

promover o conhecimento que a pessoa, pois recorrendo a estratégias educativas ajustadas, a pessoa tem uma melhor compreensão da situação de saúde/doença, levando à obtenção de melhores resultados por parte da enfermagem de reabilitação. A promoção da mobilidade é realizada através da implementação de programas de treino de exercício. Considerando a acessibilidade de extrema importância e impacto na vida da pessoa e da sua família, foram feitos estudos dos produtos de apoio e equipamentos com ajuda dos Enfermeiros Especialistas Supervisores que ajudam as pessoas e as suas famílias a fazer o estudo da acessibilidade no domicílio fornecendo ferramentas úteis de forma a que as pessoas que se encontram em processo de transição possam ter uma maior participação individual nos autocuidados e social tanto no seio familiar, como na comunidade.

Na competência - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. O foco principal da atuação do EEER é interagir com a pessoa de forma a desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, como as já referidas na primeira competência tendo sempre o objetivo de permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal, baseado sempre na evidência científica atualizada disponível. Foram concebidos e implementados programas de treino motor, cardíaco e respiratório, tendo sempre a responsabilidade de aplicar programas seguros e em que a pessoa esteja confortável dentro do limiar de exercício exigido. Foi sempre tido em conta os fatores de risco de queda tanto no domicílio, como no centro de reabilitação, pois existe um aumento do número de quedas associados à progressão da funcionalidade da pessoa, daí ter sido sempre realizado reforço para uso de calçado adequado a remoção no caso do domicílio de tapetes ou obstáculos inerentes as passagens dentro de casa, no centro de reabilitação foram feitos ensinamentos em relação ao manuseamento das cadeiras de rodas e à realização de transferência em segurança independentemente do ambiente em que sejam feitas, inicialmente e até à independência da pessoa são realizados ensinamentos e treinos progredindo para a supervisão conseguindo posteriormente a pessoa atingir a independência.

Através da aplicação de instrumentos de avaliação baseados na evidência científica foi possível avaliar e reformular programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados. Podendo posteriormente evidenciar os resultados obtidos e comparar com a literatura o que permite posteriormente avaliar o efeito do programa de reabilitação, justificando a necessidade da existência de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, pois na literatura é perfeitamente visível através dos estudos publicados a mais-valia em ganhos em saúde, devido à ação do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação.

3.3. Competências de Mestre

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de Mestre é atribuído aos estudantes que demonstrem tais competências:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contexto alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-Lei n.º 65/2018)

Para demonstrar que detenho conhecimentos e habilidades de compreensão a um nível que, baseando-se nos conhecimentos adquiridos na licenciatura seja possível ampliá-los e aprofundá-los é exemplo a frequência no curso de mestrado onde, os primeiros dois semestres são essencialmente aquisição de conhecimentos teóricos e teórico-práticos, em que os conhecimentos adquiridos vão para além do mencionado e lecionado na licenciatura, sendo estes a base de sustentação da prática clínica em conjunto com o trabalho autónomo realizado durante os estágios. A demonstração da competência indica aquisição de conhecimento que possibilitem e formem a base para desenvolvimentos e/ou aplicações inovadoras, muitas vezes em contexto de investigação, que foi o caso da realização de trabalhos durante o percurso académico, de salientar a Revisão Sistemática da Literatura, realizada na Unidade Curricular Contexto Comunitário de Enfermagem de Reabilitação em que o tema foi a “Reabilitação em contexto comunitário da pessoa com fraqueza muscular

associada aos cuidados intensivos”, com o objetivo de desenvolver um projeto de reabilitação e um plano de ensino para o fortalecimento muscular. Após o desenvolvimento deste trabalho foi perceptível o quanto a componente de investigação auxilia e permite melhorar a prática clínica. No âmbito da detenção de habilidade para aplicar os seus conhecimentos e sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e desconhecidas, em contextos alargados e multidisciplinares, mesmo que relacionados à sua área de estudo, são exemplos os estudos de caso e a realização dos planos de cuidados individualizados realizados à luz da evidência científica disponível, que permitem demonstrar a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, como a transição saúde-doença, a transição do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar, transição de papéis que se torna uma necessidade emergente, uma vez que irá influenciar diretamente tanto a vida da pessoa que necessita de cuidados, como da pessoa que presta esses cuidados. E coube ao aluno de mestrado, candidato ao título profissional de especialista desenvolver soluções perante estas transições e perante os problemas que surgem durante a aplicação de um plano de cuidados ou emitir opiniões em situações de informação limitada ou incompleta, para que a pessoa e o seu cuidador/familiar, estejam o mais capacitados possível para desempenharem o seu papel enquanto agentes para a sua própria mudança. Também demonstro a aquisição de competências por incluir reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas, respeitando sempre em todos os contextos os princípios éticos e deontológicos descritos pela Ordem dos Enfermeiros, bem como as responsabilidades sociais que resultem dessas soluções e dessas opiniões ou as influenciem.

Considero ter a capacidade de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios subjacentes a elas, tanto para especialistas quanto para outros colegas, de uma maneira clara e sem ambiguidades, e tal foi demonstrado essencialmente através dos Relatos de Casos Clínicos, tanto na comunidade onde pude realizar a apresentação do estudo, bem como a demonstração dos seus resultados (Apêndice IV e Apêndice VI). No centro de reabilitação a realização do estudo de caso, permitiu intervir de forma concreta na aplicação dos planos de cuidados como a apoio na pesquisa bibliográfica realizada, permitindo atingir conclusões baseadas em conhecimentos demonstrados e em raciocínios já explorados, melhorando substancialmente a minha prática e desenvolvendo competências que permitiram uma aprendizagem contínua, enquadrada teoricamente, de uma maneira fundamentalmente autodirigida ou autónoma.

Assim sendo, o curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, promove durante a sua concretização o desenvolvimento de tais competências, mas não só, os trabalhos académicos exigidos durante o ciclo de estudos fomentam a necessidade de aprofundar os alicerces da investigação em

enfermagem de reabilitação. Logo a obtenção das competências de mestre foi alcançada através do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro de reabilitação. Este progresso foi possível graças à pesquisa apoiada pela evidência científica e à aquisição de novos conhecimentos durante os estágios, que são consistentes com a excelência da prática dos cuidados especializados. A importância da aquisição de novos conhecimentos, da pesquisa baseada na evidência científica e o uso de instrumentos de avaliação para a qualidade dos cuidados foi evidente ao longo deste processo. Desta forma, o desempenho da atividade de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, garante a satisfação de necessidades reais da pessoa, recorrendo a modelos teóricos de enfermagem, a conhecimentos e técnicas especializadas e a equipamentos e recursos físicos que permitam, por um lado orientar a prática clínica e por outro lado, sustentar melhor o trabalho.

Dado a ser uma área de especialidade muito abrangente e onde não é possível em termos teóricos abordar todos os temas de forma profunda em contexto das aulas teóricas, existe uma grande necessidade de tentar suprimir esse défice de conhecimento através da investigação dos temas encontrados no contexto de estágio, até porque, existe uma constante evolução científica e tecnológica que só através da pesquisa de evidência científica válida, é possível melhorar a prática clínica.

Desta forma para que se consiga atingir uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados é necessário estar sempre atualizado pois só desta forma e através da fundamentação em artigos científicos, baseando a investigação em métodos quantitativos e qualitativos, e onde existam discussão de dados permite justificar a execução de determinado plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo a qualidade dos cuidados a diminuição de complicações inerente aos processo de doença e desta forma contribuir para o aumento da esperança média de vida, mas mais importante ainda para a promoção da qualidade de vida e dignidade da pessoa.

Segundo Martins et al., (2021), investigar é um processo sistemático e metodologicamente estruturado que ajuda a aumentar o nível de conhecimento. Logo, se se pretende rever o conhecimento de forma sistematizada, partindo de um problema ou situação já existente, pretende-se encontrar novas estratégias para a prática clínica para desta forma justificar e reorganizar o pensamento teórico (Martins et al., 2021). Por isso, foram desenvolvidos os trabalhos anteriormente referidos nos estágios realizados. Em sùmula, encontra-se a elaboração do presente relatório, que através uma revisão narrativa da literatura foram tidas como etapas a identificação de palavras-chave e posteriormente dos descritores, a definição do problema, os objetivos e a revisão da melhor

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

evidência sobre a temática, pretendendo desta forma justificar o tema e a aquisição das diferentes competências.

Como resultado do trajeto percorrido, foi possível desenvolver e aplicar os conhecimentos e as competências adquiridas nos vários contextos da prática clínica. Demonstrando a competência e capacidade para tomar decisões em situações novas, complexas e até então desconhecidas, evidenciando a capacidade enquanto estudante e aspirante a mestre de resolver problemas.

4. ANÁLISE DE SWOT DO PERCURSO AO LONGO DO MESTRADO

Perante a necessidade de realizar uma análise SWOT do presente ciclo de estudos, considera-se necessário enunciar que o presente mestrado em enfermagem de reabilitação é considerado um dos objetivos pessoais há muito almejado. A integração no curso de mestrado em enfermagem de reabilitação é sem dúvida uma oportunidade indiscreta, pois considero a área de especialidade como uma das áreas em que é possível deter conhecimentos, e conseguir aplicá-los de forma autónoma em prol da melhoria significativa da pessoa.

Até ao ano de 2021, a realização da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação não carecia de ser associada a mestrado, sendo o título profissional possível de ser alcançado com um ciclo de estudo mais curto. Mas como considero que a disciplina de Enfermagem necessita de mais enfermeiros com título académico, embarquei nesta aventura, que me faz sentido do ponto de vista profissional e académico.

Portanto, considero como pontos facilitadores internos do desenvolvimento de competências são:

- A motivação, pois foi sem dúvida o mais importante mesmo nos momentos mais tenso e exaustivos do ciclo de estudos. Considero-me também uma pessoa pragmática e obstinada, pois quando defino um objetivo entrego-me de forma a executá-lo com a maior precisão possível dentro das limitações que são impostas.
- O positivismo, que por vezes diminuiu ao longo destes longos três semestres, mas que regressa para mais um passo no meu percurso académico.
- O interesse pela temática do AVC, que consegui tanto trabalhar no contexto comunitário como no centro de reabilitação, e ter tido a oportunidade de poder escolher os locais de estágios com os quais me identificava, permitindo desta forma facilitar do ponto de vista logístico, bem como na aquisição das diferentes competências.
- A possibilidade de frequentar congressos e formações no âmbito da enfermagem de reabilitação, já anteriormente referidas, o que permitiu ter outro tipo de contacto com a especialidade e perceber o que os EEER, realizam nas suas práticas profissionais e tentar adquirir e integrar esses conhecimentos de forma a mobilizar novos instrumentos para a prática clínica.
- A organização do Curso de Mestrado, bem como a formação desenvolvida no mesmo e a orientação realizada pelos diferentes professores ao longo do curso.

Como pontos inibidores internos do desenvolvimento, considero a pouca disponibilidade para aprofundar detalhadamente todas as áreas de interesse na área da reabilitação. Apesar de tentar ao máximo atingir o melhor desempenho enquanto aluna, considero que com outra disponibilidade seria mais fácil. Também em alguns momentos existiram alterações a nível de cronogramas, o que conciliando com o exercício da profissão também dificultou o trajeto apesar de não ter trazido prejuízo direto a nível académico, criou desconfortos desnecessários a nível pessoal.

Os fatores facilitadores externos ao processo de desenvolvimento de competências, foi sem sombra de dúvida o apoio familiar, que apesar da pouca disponibilidade demonstrada perceberam a exigência do ciclo de estudo do ponto de vista da carga horária, do estudo exigido e dos trabalhos necessários e me apoiaram e favoreceram o pouco tempo de descanso.

Como barreiras externas ao desenvolvimento de competências é o exercício de funções numa instituição onde a carga horária são 40 semanais, e que por vezes excedem esse valor, o que dificulta integração neste tipo de ciclo de estudos. Apesar de ser exequível, considero que devem ser tomadas medidas de apoio aos profissionais que demonstram vontade e necessidade de aprofundar conhecimentos nas suas áreas de eleição. Para que desta forma não vejam as suas vidas pessoais e académicas prejudicadas, enquanto procuram ser melhores profissionais, com mais competências e com a vontade e disponibilidade para colocar em práticas as competências adquiridas durante o mestrado.

CONCLUSÃO

Na prática da Enfermagem de Reabilitação, a demonstração do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro é essencial. Através de uma base teórica sólida, aliada à prática clínica, o enfermeiro especialista alcança um nível elevado de competência. A progressão para o nível de mestre aprofunda ainda mais essas competências, permitindo uma abordagem mais holística e baseada em evidências nos cuidados de reabilitação. Confrontando os resultados obtidos na prática com toda a teoria que consultada durante a frequência no mestrado, é perceptível que os resultados são o espelho da correta abordagem das situações, do levantar diagnósticos corretos e implementar planos de cuidados exequíveis, com intervenções adequadas perante cada pessoa, tendo em consideração o seu ambiente. Assim sendo, foi fundamental basear a prática clínica na evidência científica uma vez que é através desta que é possível perceber melhor determinadas situações e adequar os planos de cuidados

Os ganhos sensíveis aos cuidados desenvolvidos na área de especialidade são multifacetados. Desde a melhoria da funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes até à redução de complicações e readmissões hospitalares, os enfermeiros de reabilitação desempenham um papel crucial no processo de recuperação dos indivíduos (Gheno & Weis, 2021). As recomendações para a prática, educação e políticas incluem a promoção da formação contínua dos enfermeiros, a implementação de diretrizes baseadas em evidências e o fortalecimento da colaboração interdisciplinar. Além disso, políticas que incentivem a integração da enfermagem de reabilitação em todos os níveis de cuidados de saúde são fundamentais para garantir a prestação de cuidados eficazes, e centrados no paciente. Para a continuidade do estudo e desenvolvimento em projetos futuros, sugere-se a investigação em áreas como a tecnologia assistida, intervenções psicossociais no processo de reabilitação e modelos de cuidados inovadores. Estudos longitudinais que avaliem o impacto a longo prazo dos cuidados de reabilitação também são importantes para melhorar continuamente a prática.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel preponderante na inclusão de pessoas com situações de saúde incapacitantes a diferentes níveis da sua saúde com o objetivo de poder torná-las participativas na sua casa, no seio familiar e comunidade.

No âmbito da intervenção, considera-se ter sido adquirida a capacidade para realizar as técnicas de reabilitação nos diferentes processos de forma segura, inteirar dos produtos de apoio como ajudas técnicas e dispositivos de compensação de forma a ultrapassar a dificuldade encontrada. A educação das pessoas e familiares em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da

prática de cuidados, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social foi um dos focos a ter em conta durante todo o percurso académico, contribuindo tanto para o meu desenvolvimento profissional, como pessoal.

É, portanto, assumido que o autocuidado é o foco central da enfermagem de reabilitação desta forma foi possível a aquisição de competências e capacidades ao longo deste ciclo de estudos para realizar planos de intervenção com o objetivo de a pessoa atingir a sua autonomia e independência. Estes planos de cuidados foram entregues aos enfermeiros supervisores com o objetivo de discussão dos mesmo e de forma a melhorar a sua conceção e selecionar e prescrever as intervenções mais adequadas.

Desta forma, considero que as atividades desenvolvidas, já referidas anteriormente contribuiriam para o alcance dos objetivos estipulados pois analisando o caminho realizado penso que tive sempre como documento norteador o regulamento de competências do EEER e o Padrão de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, conseguindo identificar as necessidades de cada pessoa que se encontrava tanto na comunidade como no centro de reabilitação, de forma a avaliar a funcionalidade com recursos a instrumentos que fossem possíveis de avaliar a evolução. Foram também tidas em consideração os elementos facilitadores e as barreiras que pudessem ter impacto na realização das AVD's, e trabalhei junto das pessoas para a resolução dos mesmos. Foram também desenvolvidos os objetivos que tinham por base a otimização e reeducação de funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, dos autocuidados e na realização de AVD's. Lembrando sempre que o elemento mais importante no processo reabilitativo é a pessoa, que tendo necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, esta deve sentir que da parte do Enfermeiro existe sempre disponibilidade para ensinar e prestar apoio, de forma que se encontre incentivada e motivada com o seu processo de reabilitação. Contribuindo para uma melhor e maior participação por parte da pessoa e das suas famílias neste processo.

As principais dificuldades encontradas incluem a escassez de recursos, a falta de reconhecimento da especialidade e a resistência à mudança por parte de alguns profissionais e instituições. Estratégias utilizadas para lidar com essas dificuldades incluem a advocacia pela enfermagem de reabilitação, a formação de parcerias colaborativas e o uso de evidências para demonstrar a eficácia dos cuidados prestados. As dificuldades sentidas também foram colmatadas com as horas empregues ao trabalho e estudo autónomo, pois reduziram as inseguranças sentidas e ao apoio da professora orientadora dos estágios e do relatório que teve um papel preponderante no acompanhamento deste percurso.

Em conclusão, no campo da Enfermagem de Reabilitação, o desenvolvimento das competências comuns, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista e do mestre, foram demonstradas de forma eficaz. Os objetivos delineados foram alcançados, evidenciando um crescimento significativo nessas áreas. Em suma, o progresso feito é notável e a perspectiva para o futuro é positiva, com a continuação do estudo e a aplicação das competências adquiridas prometendo trazer melhorias ainda maiores na prática de enfermagem. A jornada não foi isenta de desafios, mas a capacidade de superar esses obstáculos é uma prova da dedicação e competência do enfermeiro especialista e mestre. A proposta de continuidade do estudo em projetos futuros na área de especialidade é promissora, com potencial para trazer avanços significativos na prática de enfermagem. As principais dificuldades encontradas foram superadas com estratégias eficazes, demonstrando resiliência e adaptabilidade.

O desenvolvimento profissional especializado, assente na prática clínica, será um contributo facilitador para a criação de dinâmicas de gestão da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, fundamental para a tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas desta área clínica (OE, 2018). No entanto considera-se também importante e imperativo que os enfermeiros gestores estabeleçam condições de estrutura, processo e avaliação de resultado nos serviços para puderm assegurar a natureza fundamental da prática profissional dos EEER.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Stroke Association. (2024). Types of Stroke and Treatment in Website <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>

Appel-Silva, Marli, Welter Wendt, Guilherme, & Iracema de Lima Argimon, Irani. (2010). A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. *Psicologia em Revista*, 16(2), 351-369. In Website http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000200008&lng=pt&tlng=pt.

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso do sistema nervoso. In LIDEL (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.ª ED, pp. 164–233).

Braga, M., Ferreira, S., Morais, C., Chiado, A., & Lima, A. (2023). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o AVC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e288. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.288>

Canadian Stroke Best Practices. (2019). Stroke Best Practices in Website <https://www.strokebestpractices.ca/>

Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão. (2015). Informações Institucionais in Website https://cmra.scml.pt/?_gl=1%2Abgp901%2A_ga%2AMTMynTg0NDI3NC4xNzE5NzUyMzEx%2A_ga_7DTGXV1FSJ%2AMTcxOTc1MjMxMC4xLjEuMTcxOTc1Mjc5OC42MC4wLjA.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. (2004). In Website <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>

Cooke, E. v, Mares, K., Clark, A., Tallis, R. C., & Pomeroy, V. M. (2010). The effects of increased dose of exercise-based therapies to enhance motor recovery after stroke: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 8(1), 60. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-60>

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Cordeiro, M. do C. O., & Menoita, E. (2012). REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA. In LUSOCIÊNCIA (Ed.), *MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA - Conceitos, Princípios e Técnicas* (1.ª ED., pp. 61–115).

Correia, N., Bernardes, R., Parola, V., & Neves, H. (2023). A formação em enfermagem de reabilitação em Portugal desde 2006. *Revista de Enfermagem Referência, VI Série*(Nº2). <https://doi.org/10.12707/RV21141>

Couto, G.M.A. (2012). Autonomia/Independência no Autocuidado – Sensibilidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto in Website https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9323/1/MER%20_Glória%201621_.pdf

Decreto-Lei n.65/2018. (2018). Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, páginas 4147 – 4182 in website <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Delgado, B., Gomes, B., Mendes, E., Preto, L., Novo, A. (2020). Atividade Física e Exercício Físico. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto e M. Loureiro, *Reabilitação Cardíaca* (pp. 81-89). Almagem do Bispo: LusodidactaSabooks Editora

Direção-Geral da Saúde. 2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. In Website https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf

Dzeng, E. (2019). Habermasian communication pathologies in do-not-resuscitate discussions at the end of life: manipulation as an unintended consequence of an ideology of patient autonomy. *Sociology of Health & Illness*, 41(2), 325–342. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12825>

Europeana Stroke Organization. (2018). Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030 in Website <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F. G., Bimbatti, K., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na assistência à pessoa com lesão medular. In *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas* (1.^a Ed., pp. 404–429).

FERREIRA, R. M. F., CUBO DELGADO, S., & CARIOCA, V. J. de J. (2017). Motivaciones, necesidades e importancia atribuida a la formación continua en el desarrollo de habilidades profesionales del profesorado en la enseñanza de enfermería. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 35(2), 77. <https://doi.org/10.14201/et20173527796>

Foster, C., Porcari, J. P., Anderson, J., Paulson, M., Smaczny, D., Webber, H., Doberstein, S. T., & Udermann, B. (2008). The Talk Test as a Marker of Exercise Training Intensity. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 28(1), 24–30. <https://doi.org/10.1097/01.HCR.0000311504.41775.78>

Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a Ed. pp. 12–18).

Gheno, J., & Weis, A. H. (2021). CARE TRANSITION IN HOSPITAL DISCHARGE FOR ADULT PATIENTS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0030>

GLOBAL STRATEGY FOR PREVENTION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF COPD: 2023. (2023). In Website: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>

Gloeckl, R., Marinov, B., & Pitta, F. (2013). Practical recommendations for exercise training in patients with COPD. *European Respiratory Review*, 22(128), 178–186. <https://doi.org/10.1183/09059180.00000513>

Godinho de Matos, M. de F., & Gonçalves Simões, J. A. (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>

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Gomes, C., Marques-Vieira, C., & Braga, R. (2021). A Pessoa com Doença Cerebrovascular. In SABOOKS & LUSODIDACTA (Eds.), *CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA AGUDA* (1.ª ED., pp. 387–407).

Granger, C. – Quality and Outcome Measures for Rehabilitation. (2011) Medscape Reference. In Website <http://emedicine.medscape.com/article/317865-overview#aw2aab6b2>

Green, T. L., McNair, N. D., Hinkle, J. L., Middleton, S., Miller, E. T., Perrin, S., Power, M., Southerland, A. M., & Summers, D. v. (2021). Care of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Posthyperacute and Prehospital Discharge): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, 52(5). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000357>

Hesbeen, W. (2003). A Missão da Reabilitação. In *A Reabilitação - Criar Novos Caminhos* (pp. 27 – 54).

Hoeman, S.P. (2011). Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4.ªED. LUSODIDACTA

Instituto Nacional de Estatística. (2022). Estatísticas da Saúde – 2020. In Website https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=436989156&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2023). Anuário Estatístico de Portugal in Website https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66301433&PUBLICACOESmodo=2

Internacional Council of Nursing. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0. Publicado pela Ordem dos Enfermeiros in Website <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

José, H., & Sousa, L. (2021). Questões Epistemológicas em Enfermagem para a Conceção e Integração dos Cuidados. In *CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA AGUDA* (1.ª Ed., pp. 3–12).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Lima, A., Martins, M., Ferreira, M., Schoeller, S., & Parola, V. (2021 a). O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. *Revista de Enfermagem Referência, V Série(Nº 7)*. <https://doi.org/10.12707/RV20113>

Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Coelho, A. R. N., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2021 b). Nursing practice in the promotion of the elderly's autonomy. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 55*. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0029>

Marques- Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2016). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In SABOOKS & LUSODIDACTA (Eds.), *CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA* (1.ª ED., pp. 465–474).

Martins, C., Correia, R., Martins, R., Campos, S., & Moreira, T. (2018). Doentes Após Seis Meses de Acidente Vascular Cerebral: Nível de Incapacidade Funcional. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde, 1(1)*, 23–35. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.26>

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura Da Silva, J. (2018). Orientações concetuais 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>

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Schoeller, S. D. (2021). Investigação e inovação em enfermagem de reabilitação. In LIDEL (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 38–45).

Mártires, A., Monteiro, M. J., Rainho, M. da C., & Branco, M. Z. C. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação, 44*, 159–172. <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle44.10>

Meleis, A. I. (2010). Transitions from practice to evidence based models of care. In *Transition Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 1–10).

Menoita, E. C., Sousa, L. M. de, Alvo, I. B. P., & Vieira, C. M. (2012). *REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Miller, E. L., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R. D., Bakas, T., Clark, P., & Billinger, S. A. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient. *Stroke*, 41(10), 2402–2448. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3181e7512b>

Nishimura, K., Izumi, T., Tsukino, M., & Oga, T. (2002). Dyspnea Is a Better Predictor of 5-Year Survival Than Airway Obstruction in Patients With COPD. *Chest*, 121(5), 1434–1440. <https://doi.org/10.1378/chest.121.5.1434>

Novo, A., Delgado, B., Gaspar, L., Loureiro, M., Cunha, M., Garcia, S., & Vaz, S. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa com doença crónica: especificidades do exercício físico. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 375–392).

Norman, J. F., Hopkins, E., & Crapo, E. (2008). Validity of the Counting Talk Test in Comparison With Standard Methods of Estimating Exercise Intensity in Young Healthy Adults. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 28(3), 199–202. <https://doi.org/10.1097/01.HCR.0000320072.89093.0d>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alteração da mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação in Website https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação in website https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 350/2015 – Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, Diário da República (pp. 16655 – 16660) in Website

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQ ualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem in Website https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. 1–66. In Website https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreatilitacao_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação in Website https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamentos n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República (p. 4744- 4750) in Website <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, Diário da República (p. 13565- 13568) in Website <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes À atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista in Website <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Utilização de escala de medida de independência funcional (MIF). In Website <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28635/pron%C3%Bancia-n%C2%BA-02-ce-e>

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

mceer_utiliza%C3%A7%C3%A3o-de-escala-de-medida-de-independ%C3%Aancia-funcional-mif-
_anonimizado.pdf

Orem, D. (2001). Nursing : Concepts of Praticce. 6.^a ED. (pp.10-45; 225-236)

Organização Mundial de Saúde. (2003). O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E A RECUPERAÇÃO. In ARTMED (Ed.), *Promovendo Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde* (pp. 13–20).

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>

Pestana, H. (2023). Cuidados de Enfermagem: Enquadramento. In *CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA* (pp. 47–56).

Pereira, R. S., Martins, M. M., & Machado, W. (2021). Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência: o caminho para a inclusão social. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a Ed., pp. 430–449).

Pereira, I., Galvão, J., & Rodrigues, M. (2022). PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA DOS DOENTES COM AVC. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(2), 109–127. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4140>

Pestana, H. (2023). Cuidados de Enfermagem: Enquadramento. In *CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA* (1.^a ED., pp. 47–56).

Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In *CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA* (1.^a ED., pp. 3–14).

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a Ed., pp. 67–75).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Reis, G., & Bule, M. J. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In C. M. Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª, pp. 57–65).

Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 1), 25–36. <https://doi.org/10.12707/RIII12162>

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais Teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.ª Ed., pp. 48–57).

Ribeiro, S., Cardoso, C. S., Valério, M., Machado, J., Costa, J., Rodrigues, C., & Rebelo-Marques, A. (2022). Confirmatory Evaluation of the Modified Medical Research Council Questionnaire for Assessment of Dyspnea in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Portugal. *Acta Médica Portuguesa, 35*(2), 89–93. <https://doi.org/10.20344/amp.15208>

Santos, R; Oliveira, C. (2015). Contributos da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Evolução da dependência funcional do doente após o Acidente Vascular Cerebral. In *Enfermagem de Reabilitação – Percursos de Investigação* (pp. 17-33) in website https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=956&codigo=

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R, Coutinho, E., Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium, 49* (jun/dez), Pp.153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083/5685>

Silva Pereira, R. S., Martins, M. M., Alves Machado, W. C., Pereira, A. I., da Silva Pereira, A. M., & Chesani, F. H. (2020). Cuidados de Enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3*(2), 86–95. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827>

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Silva, L., & Delgado, B. (2020). Reabilitação respiratória domiciliária na doença pulmonar obstrutiva crónica: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 50–55. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.6.5776>

Silva, R. A., Araújo, P., & Marques, G. (2021). Programa de reabilitação com integração de ritmo. In LIDEL (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.ª ED., pp. 540–549).

Serviço Nacional de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias in WebSite <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/>

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2023), Dia Mundial do AVC 2023 in Website <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-causa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>

Sousa, L., Martins, M. 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>

Tanlaka, E. F., McIntyre, A., Connelly, D., Guitar, N., Nguyen, A., & Snobelen, N. (2023). The Role and Contributions of Nurses in Stroke Rehabilitation Units: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 45(8), 764–776. <https://doi.org/10.1177/01939459231178495>

Teixeira, F., Antunes Ferreira, D. S., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., & Mesquita, A. C. (2023). Indicadores preditivos do autocuidado – revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e324. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.324>

Theuerkauf, A. (2000). Autocuidado e Atividades da Vida Diária. In *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo* (2.ª Ed., pp. 173–207).

Toubarro, F. (2016). Função Sensoriomotora. In SABOOKS & LUSODIDACTA (Eds.), *CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA* (1.ª ED., pp. 159–166).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Veiga, L. M. C. (2015). Reabilitação funcional após acidente vascular cerebral: resultados de uma unidade de convalescença. Dissertação de Mestrado - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. In Website <http://hdl.handle.net/10198/11997>

Ventura, J., Martins, M. M., Trindade, L. de L., & Ribeiro, O. (2021). Processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.ª Ed, pp. 28–33).

Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2016). Treino de Atividade de Vida Diária. In SABOOKS & LUSODIDACTA (Eds.), *CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA* (1.ª ED., pp. 351–363).

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke*, 47(6). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

World Health Organization. (2020). Disability: People with disability vs persons with disabilities in website <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/people-with-disability-vs-persons-with-disabilities>

World Health Organization. (2021). World Stroke Day In Website <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>

World Stroke Organization. (2017). Qual é o seu motivo para Prevenir um AVC?. In Website https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Brazil_-_World_Stroke_Day_2017_Brochure.pdf

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

APÊNDICES

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

APÊNDICE I – Plano de Cuidados da Pessoa com DPOC

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Nome: Sr. ° AMO

Idade: 74^a

Diagnóstico: DPOC grave GOLD 4

Diagnósticos de Enfermagem (segundo o padrão documental dos cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação)

- Intolerância à atividade
- Ventilação Ineficaz
- Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para autocontrolo do padrão respiratório
- Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para usar técnicas respiratórias
- Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular

16/05/2023: Referenciado para a ECCI pela Equipa de Cuidados Paliativos, com objetivo de realizar reabilitação respiratória (paliativa – foco no conforto respiratório e alívio sintomático)

Semana de 16-05-2023 a 26-05-2023, utente realiza Programa de Reeducação funcional respiratória e Motora 2x por semana, (3^a e 5^a feiras), por indisponibilidade de agendamento.

25-05-2023. Questionado utente se o seu processo de doença e programa de reeducação funcional respiratória e motora poderia integrar um estudo de caso na área da enfermagem de reabilitação na comunidade, utente aceitou e assinou consentimento informado.

A partir da semana de 29-05-2023 utente integra programa de programa de reeducação funcional respiratória e motora, 3 x por semana (2^a;4^a e 6^aF).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Programa de Reeducação Funcional Respiratória e Motora:

Realizado 3x por semana (2^a; 4^a e 6^a)

Semana 29-05-2023

Aporte de O2 por Óculos Nasais a 1L/min

Relaxamento e aquecimento

Executar técnica de posicionamento:

Posição de descanso e relaxamento

Exercícios:

Controle e dissociação dos tempos respiratórios	2 Séries de 5 repetições
Manobras de compressão e descompressão do tórax	1 série de 5 repetições
Reeducação Costal Global com bastão	1 série de 10 repetições

Treino de força

Membros Superiores

Flexão e extensão do Cotovelo MSD + MSE	1 série de 10 repetições (1Kg)
Exercício de adução e abdução da escapulo- umeral, com MS em extensão	1 série de 10 repetições

Membros Inferiores

Flexão e extensão do Joelho direito e esquerdo	1 série de 10 repetições com caneleira 0.75kg
Abdução e Adução MID e MIE	1 série de 10 repetições

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Treino de resistência

Levantar e sentar	2 séries de 5 repetições
-------------------	--------------------------

Relaxamento

Controle e dissociação dos tempos respiratórios	1 Série de 5 repetições
---	-------------------------

Semana 05-06-2023

Aporte de O₂ por Óculos Nasais a 1L/min – 2L/min no treino de escadas

Relaxamento e aquecimento

Executar técnica de posicionamento:

Posição de descanso e relaxamento

Exercícios:

Controle e dissociação dos tempos respiratórios	2 Séries de 5 repetições
Manobras de compressão e descompressão do tórax	1 série de 5 repetições
Reeducação Costal Global com bastão	1 série de 15 repetições

Treino de força

Membros Superiores

Flexão e extensão do Cotovelo MSD + MSE	2 séries de 10 repetições (1Kg)
Exercício de adução e abdução da escapulo- umeral, com MS em extensão	1 série de 10 repetições

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Membros Inferiores

Flexão e extensão do Joelho direito e esquerdo	2 séries de 10 repetições com caneleira 0.75kg
--	--

Treino de resistência

Levantar e sentar	1 série de 10 repetições
Subir/descer escadas	3 séries de 6 degraus

Relaxamento

Controle e dissociação dos tempos respiratórios	1 Série de 5 repetições
---	-------------------------

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Negociar atividade física; • Planear a atividade física e o repouso; • Instruir sobre técnicas de conservação de energia; • Ensinar sobre hábitos de exercício; • Providenciar material educativo (entregue no dia 25-05-2023 plano de exercícios que o utente pode realizar sem supervisão de profissional de saúde, sem pôr em risco a sua segurança).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

APÊNDICE II – Guia de Exercícios no Domicílio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

GUIA DE EXERCÍCIOS NO DOMICÍLIO

Idade: 74 anos

Diagnóstico: DPOC GOLD 4

Diagnóstico de Enfermagem:

Foco: Ventilação (comprometida)

Foco: Limpeza das Vias Aéreas (ineficaz)

Foco: Movimento Muscular (Diminuído)

Foco: Intolerância à atividade

1ª Parte: Relaxamento e Aquecimento

Controlo e dissociação dos tempos respiratórios

- Inspiração lenta e controlada pelo nariz e expiração lenta e controlada pela boca.

Repetições: 5 vezes.

Realizar sempre que fique muito cansado e/ou ansioso.



Imagem 1: Controlo e dissociação dos Tempos respiratórios

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

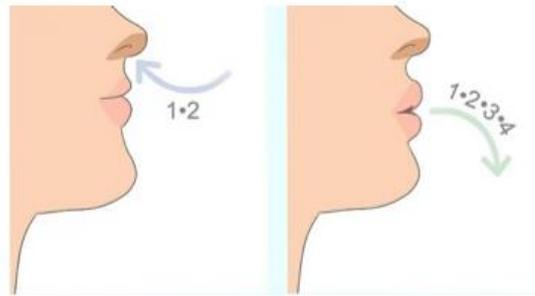


Imagem 2: Tempo inspiratório e tempo expiratório

Reeducação Costal Global com Bastão

Pode ser realizado sentado ou deitado, com ou sem bastão. Caso seja difícil levantar o bastão acima da cabeça, levantar o bastão ao nível dos ombros.

Exercício:

- Levantar o bastão acima da cabeça enquanto inspira.
- Expirar quando se retorna com os braços à posição de partida.

Repetições: 5 vezes.

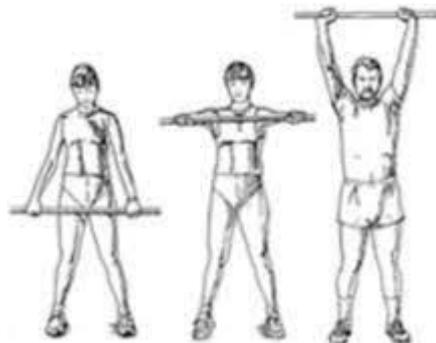


Imagem 3: Reeducação Costal Global com Bastão

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

2ª Parte: Exercícios de fortalecimento muscular

- Fortalecimento do bicípíte com garrafa de água.
Realizar flexão do cotovelo e esticar o braço no movimento de descida.
Movimentos lentos e controlados.

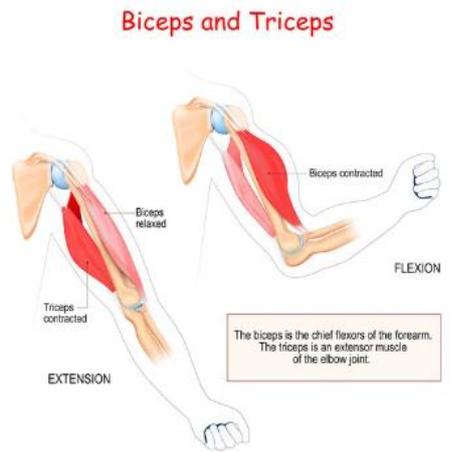


Imagem 4 e 5: Flexão do Cotovelo

Repetições: 10 vezes com cada braço

- Fortalecimento dos quadricípites - Extensão do Joelho
Realizar extensão do joelho e volta a dobrar o joelho e coloca o pé no chão.
Movimentos lentos e controlados.

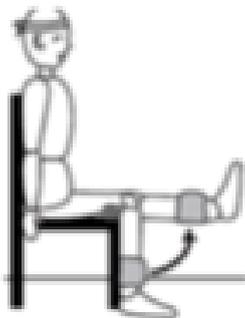


Imagem 6 e 7: Extensão do Joelho

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Repetições: 10 vezes com cada braço

- Agachamento sentando na cadeira
Colocar os pés afastado, e levantar-se sem apoio das mãos.
Voltar a sentar lentamente e controladamente.

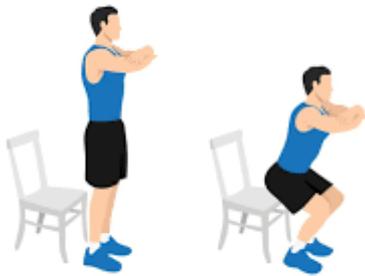


Imagem 8: Agachamento na cadeira

3ª Parte: Relaxamento

Controlo e dissociação dos tempos respiratórios

- Inspiração lenta e controlada pelo nariz e expiração lenta e controlada pela boca.

Repetições: 5 vezes.

Realizar sempre que fique muito cansado e/ou ansioso.

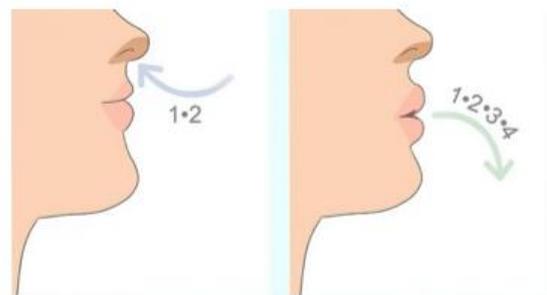


Imagem 1: Controlo e dissociação dos Tempos respiratórios

Imagem 2: Tempo inspiratório e tempo expiratório

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

APÊNDICE III – Check-List de Saída de Casa

CHECK-LIST

1ª PARTE

Caminha no exterior

(preferencialmente de manhã, evitar períodos de calor)

Inicialmente deve ir acompanhado.

- Ter realizado o inalador de manhã
- Concentrador de oxigénio portátil com bateria
- Óculos Nasais
- Inalador de SOS (Atrovent)
- Aumentar Oxigénio para 4L/min.

Fazer paragens frequentes.

2ª PARTE

Viagem de férias

Deverá contactar antecipadamente a Vitalaire.

Indicar a morada para onde vai e confirmar os contactos, por forma a que estejam disponíveis os meios indispensáveis para a sua deslocação.

O que deve levar:

- Medicação que faz habitualmente e os SOS
- Inaladores
- Câmara expansora
- Concentrador de Oxigénio de casa
- Carregador
- Óculos Nasais que estão a uso + Prolongamento
- 1 unidade de óculos nasais e prolongamento (extra)

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Não esquecer o VNI (ventilação não invasiva)

- Ventilador (Traqueias + Filtros)
- Carregador
- Máscara

Importante continuar a cumprir o máximo de períodos que conseguir.

Programar a saída (evitar horas de calor; trânsito; evitar paragens desnecessárias)

- Ter realizado o inalador de manhã
- Concentrador de oxigénio portátil com bateria + Bateria extra.
- Óculos Nasais
- Inalador de SOS (Atrovent)
- Carregador de 12 Volts (para conexão ao isqueiro do carro)
- Carregador do concentrador portátil.
- Aumentar Oxigénio para 4L/min, quando caminha.
- Sentado pode voltar a descer oxigénio, para 2L/min.

Ter junto de si no carro a medicação em SOS (Atrovent e ansiolítico)

Confirmar Check List antes de sair de casa e já no carro para diminuir possível ansiedade associada à viagem.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

APÊNDICE IV – Estudo de Caso “Reabilitação em Contexto Comunitário da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica referenciado pelos Cuidados Paliativos”

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado



1ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem no ramo de Reabilitação

**REABILITAÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO DA PESSOA COM DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA REFERENCIADO PELOS CUIDADOS
PALIATIVOS: ESTUDO DE CASO**

Elaborado por:

Solange Marques n° 202230048

Orientador:

Professora Cristina Mesquita

Cascais, julho de 2023

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Escola Superior de Saúde Atlântica

1ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem no ramo de Reabilitação

**REABILITAÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO DA PESSOA COM DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA REFERENCIADO PELOS CUIDADOS
PALIATIVOS: ESTUDO DE CASO**

Elaborado por:

Solange Marques nº 202230048

Orientador:

Professora Cristina Mesquita

Cascais, julho de 2023

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), é uma patologia que dependendo da sua gravidade pode ter um impacto muito negativo na vida de uma pessoa. Atendendo que existem diferentes níveis de gravidade a Direção-Geral da Saúde recomenda como abordagem terapêutica essencial a Reabilitação Respiratória.

Objetivo: Identificar ganhos do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em contexto comunitário no tratamento não farmacológico da pessoa com DPOC GOLD 4, grupo E fenótipo de enfisema, com acompanhamento paliativo.

Metodologia: Estudo de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso sustentado nas orientações Case Report Guidelines CARE. Com análise de dados baseada no método quantitativo com recurso aos instrumentos: Questionário clínico para a DPOC (CCQ); Teste de sentar levantar em 30 segundos (30 STS); Índice de Barthel; Questionário da dispneia (*modified MRC Dyspnea Questionnaire*); Teste de Avaliação da DPOC (CAT).

Resultados: Homem de 74 anos com diagnóstico de DPOC GOLD 4, grupo E, submetido a programa de reeducação funcional respiratória e motora, durante 4 semana num total de 12 sessões domiciliárias apresentou como resultados: Índice de Barthel inicial 90, último 95 (melhorado); 30STS inicial 11 e último 10 (diminuiu, mas com pequeno impacto); CAT inicial 27 e último 25 (melhorado, mas mantém nível de impacto Alto); Questionário da Dispneia inicial Grau 4 e último Grau 3 (melhorado); CCQ inicial 4.25 e último 4.33 (agravado pelo domínio do estado mental).

Conclusão: Os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação são de extrema importância e devem estar presentes sempre que a sua necessidade seja exigida. Perante a aplicação deste programa de reeducação funcional respiratória e motora conseguimos perceber que a referenciação dos cuidados paliativos para um programa de reabilitação respiratória acrescenta valor ao tratamento da pessoa.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação respiratória; DPOC; Contexto domiciliário; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a condition that, depending on its severity, can have a very negative impact on a person's life. Given that there are different levels of severity, the Directorate-General for Health recommends Respiratory Rehabilitation as the essential therapeutic approach.

Aim: To identify gains from the role of the specialist rehabilitation nurse in a community setting in the non-pharmacological management of the person with severe COPD GOLD 4, group E emphysema phenotype, followed up already by the palliative care team.

Methodology: Qualitative study, case study type supported by the Case Report Guidelines CARE. With data analysis based on the quantitative method using the instruments: Clinical Questionnaire for COPD (CCQ); 30-second sit up test (30 STS); Barthel Index; Dyspnea Questionnaire (modified MRC Dyspnea Questionnaire); COPD Assessment Test (CAT).

Results: A 74 year old man with a diagnosis of COPD GOLD 4, group E, submitted to a respiratory and motor functional re-education program, during 4 weeks in a total of 12 home sessions presented the following results: Barthel Index initial 90, last 95 (upgraded); 30STS initial 11 and last 10 (decreased, but with small impact); CAT initial 27 and last 25 (upgraded, but keeping high impact level); Dyspnea Questionnaire initial Grade 4 and last Grade 3 (upgraded); CCQ initial 4.25 and last 4.33 (worsened by mental status domain).

Conclusion: The specialized care provided by Rehabilitation Nursing is extremely important and should be present whenever it is needed. The application of this respiratory and motor functional re-education program allowed us to realize that the referral from palliative care to a respiratory rehabilitation program adds value to the person's treatment.⁷

Keywords: Rehabilitation Nursing; Respiratory Rehabilitation; COPD; Home Care Setting; Palliative Care.

RESUMEN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología que, dependiendo de su gravedad, puede tener un impacto muy negativo en la vida de una persona. Dado que existen diferentes niveles de gravedad, la Dirección General de Salud recomienda la Rehabilitación Respiratoria como abordaje terapéutico esencial.

Objetivo: Identificar las ganancias del papel de la enfermera especialista en enfermería de rehabilitación en el ámbito comunitario en el tratamiento no farmacológico de la persona con EPOC grave GOLD 4, fenotipo enfisema grupo E, ya acompañada por el equipo de cuidados paliativos.

Metodología: Estudio cualitativo, tipo estudio de caso apoyado en la Case Report Guidelines CARE. Con análisis de datos basado en el método cuantitativo utilizando los siguientes instrumentos: Cuestionario Clínico para la EPOC (CCQ); Test de 30 segundos sentado (30 STS); Índice de Barthel; Cuestionario de Disnea (Cuestionario de Disnea MRC modificado); Test de Evaluación de la EPOC (CAT).

Resultados: Un hombre de 74 años con diagnóstico de EPOC GOLD 4, grupo E, sometido a un programa de reeducación funcional respiratoria y motora, durante 4 semanas en un total de 12 sesiones domiciliarias presentó los siguientes resultados: Índice de Barthel inicial 90, último 95 (mejorado); 30STS inicial 11 y último 10 (disminuido, pero con pequeño impacto); CAT inicial 27 y último 25 (mejorado, pero manteniendo alto nivel de impacto); Cuestionario de Disnea Grado 4 inicial y último Grado 3 (mejorado); CCQ inicial 4,25 y último 4,33 (empeoró en el dominio del estado mental).

Conclusión: Los cuidados especializados de la Enfermería de Rehabilitación son extremadamente importantes y deben estar presentes siempre que sea necesario. A partir de la aplicación de este programa de reeducación funcional respiratoria y motora, pudimos comprobar que la derivación de los cuidados paliativos a un programa de rehabilitación respiratoria agrega valor al tratamiento de la persona.

Palabras clave: Enfermería de Rehabilitación; Rehabilitación Respiratoria; EPOC; Entorno Asistencial Domiciliario; Cuidados Paliativos.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD- Atividades de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de cuidados integrados na comunidade

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência Cardíaca

FEV₁ – Volume expiratório forçado no 1º Segundo

FVC – Capacidade Vital Forçada

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

IMC – Índice de Massa Corporal

MRC - Medical Research Council

mMRC - Medical Research Council modificada

OLD – Oxigenoterapia de longa duração

OMS – Organização Mundial da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

VNI – Ventilação não invasiva

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	124
MATERIAIS E MÉTODOS	129
APRESENTAÇÃO DO CASO	133
RESULTADOS	139
DISCUSSÃO	142
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
BIBLIOGRAFIA.....	144

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Parâmetros hemodinâmicos.....	20
Tabela 2: Parâmetros subjetivos.....	20
Tabela 3: Exercícios de Reeducação Funcional Respiratória.....	24
Tabela 4: Exercícios Membros Superiores.....	25
Tabela 5: Exercícios Membros Inferiores.....	25
Tabela 6: Treino de Resistência 1.....	25
Tabela 7: Relaxamento.....	25
Tabela 8: Intolerância à atividade.....	26
Tabela 9: Treino de Resistência 2.....	26
Tabela 10: Parâmetros Vitais Iniciais.....	27
Tabela 11: Escala MRC Inicial.....	27
Tabela 12: Score dos Instrumentos de Avaliação Inicial.....	27
Tabela 13: Score do Instrumento CCQ Inicial.....	28
Tabela 14: Parâmetros Vitais Finais.....	28
Tabela 15: Escala MRC Final.....	28
Tabela 16: Score dos Instrumentos de Avaliação Final.....	28
Tabela 17: Score do Instrumento CCQ Final.....	29

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

ANEXOS

ANEXO I – Índice de Barthel

ANEXO II – Escala Medical Research Council

ANEXO III – ESCALA DE BORG MODIFICADA

ANEXO IV – Questionário clínico para a DPOC (CCQ)

ANEXO V – Teste de Avaliação da DPOC (CAT).

ANEXO VI – Questionário da dispneia;

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado para a participação no Estudo de Caso

APÊNDICE II – Guia de Exercícios no Domício

APÊNDICE III – Check-list de Saída de Casa

APÊNDICE IV – Plano de Cuidados

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade, inserido no 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação existiu a necessidade de realizar um Estudo de Caso que tenha como base a pessoa que necessita de cuidados especializados da Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário e que fosse possível evidenciar a prática do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O tema escolhido foi a pessoa com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica GOLD 4, GRUPO E, com fenótipo de Enfisema, que se encontrava na comunidade com acompanhamento da equipa dos cuidados paliativos e que foi referenciado para a equipa de cuidados integrados na comunidade (ECCI), por necessidade de reabilitação respiratória. A escolha deste tema recaiu sobre a área respiratória por ser uma área de interesse apesar de saber que perante o curto intervalo de tempo da implementação do programa de reabilitação respiratória, poderia não conseguir apresentar resultados satisfatórios.

Penso que mesmo assim o que diferencia este estudo de caso dos restante já publicados é o seu foco na pessoa com doença em estágio avançado com exacerbações frequentes no último ano e com sintomatologia descontrolada, sendo evidenciado pela equipa de cuidados paliativos a necessidade da reabilitação respiratória.

Para a elaboração deste estudo de caso, achei pertinente, a pesquisa na literatura que suportasse a necessidade do desenvolvimento deste projeto. Assim sendo iniciei o estudo, com uma revisão narrativa da literatura sobre a temática com base na questão de partida: **Quais as vantagens da pessoa com DPOC GOLD 4 Grupo E, com acompanhamento paliativo, integrar um programa de reeducação funcional respiratória e motora na comunidade?**

O principal objetivo da investigação foi realmente responder a esta questão, mas também criar estratégias de apoio à pessoa e à família de modo a lidar com a situação de doença e a conseguir gerir períodos de exacerbação dos sintomas respiratórios.

Perante a revisão narrativa da literatura, consegui desenvolver um plano de cuidados, que tem sustentação teórica e é aplicada a população com esta patologia. E consegui aplicá-lo em tempo útil, de modo a conseguir colher dados inicialmente e no final das 4 semanas do programa.

O Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na comunidade desempenha um papel preponderante na inclusão de pessoas com situações de saúde incapacitantes a diferentes níveis da sua saúde com o objetivo de poder torná-las participativas na sua casa, no seio familiar e comunidade.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

A comunidade em que se processa a integração da pessoa incapacitada ou com doença crónica envolve o ambiente, a disponibilidade de habitação, transporte, profissionais de saúde, a localização geográfica, os recursos e o acesso aos serviços locais (Buchanan & Boylan, 2011).

Assim sendo, o objetivo do estudo de caso foi identificar ganhos mensuráveis do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em contexto comunitário no tratamento não farmacológico da pessoa com DPOC GOLD 4, grupo E com acompanhamento paliativo.

Segundo a GOLD (2023), a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença pulmonar heterogénea caracterizada por sintomas respiratórios crónicos (dispneia, tosse, produção de expectoração e/ou exacerbações) devido a anomalias das vias respiratórias (bronquite, bronquiolite) e/ou dos alvéolos (enfisema) que causam obstrução persistente, frequentemente progressiva, do fluxo de ar.

É considerada uma doença comum, evitável e tratável, mas é necessário que o diagnóstico seja atempado e que a pessoa receba o tratamento adequado. O diagnóstico adequado e precoce da DPOC pode ter um impacto muito significativo na saúde pública. A constatação de que outros fatores ambientais, para além do tabagismo, podem contribuir para o seu diagnóstico e auxilia a prevenção e a uma intervenção terapêutica rápida e adequada.

A Organização Mundial de Saúde, indica que a DPOC é a terceira principal causa de morte no mundo, causando 3,23 milhões de mortes em 2019. O tabagismo é responsável por mais de 70% dos casos de DPOC nos países com maiores rendimentos. Nos países de baixo e médio rendimento, o tabagismo representa 30 a 40% dos casos de DPOC, e a poluição do ar doméstico é um importante fator de risco.

No panorama nacional o ministério de saúde, informa que as doenças respiratórias crónicas, especificamente a DPOC, serão a principal causa de incapacidade nas próximas décadas. E que Portugal nos últimos anos tem registado um aumento de problemas de saúde associados às doenças respiratórias crónicas, que tem um enorme impacto na vida da pessoa e dos seus familiares e elevados custos com a saúde. Estas patologias atingem cerca de 40% da população portuguesa, sendo mais prevalente a DPOC que afeta 14,2% dos portugueses com mais de 40 anos. (Ministério da Saúde, 2023)

A DPOC está confirmada em 90% dos casos, em fumadores, que porque querem continuar a fumar desvalorizam as queixas, dificultando o diagnóstico. (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2022)

Segundo o relatório do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, o número de utentes inscritos ativos nos cuidados de saúde primários com diagnóstico de DPOC é superior a 130

mil em 2016. Estima-se, no entanto que o número real de doentes DPOC seja 5 vezes superior aos registados, devendo-se este facto ao não diagnóstico da patologia. (Serviço Nacional de Saúde, 2017)

Perante esta informação também o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias indica que 2,2% da mortalidade em Portugal diz respeito à DPOC, referente ao ano de 2020, tendo diminuído em relação a 2014 onde se registava 2,5% de taxa de mortalidade.

Portanto, acredita-se que apesar da prevalência elevada, a DPOC continua a ser sub-diagnosticada. Aparentemente o que se percebe é que a pessoa só é diagnosticada quando já existe um quadro elevado de sintomas e normalmente em contexto hospitalar. Posto isto, neste momento torna-se necessário para facilitar e acelerar diagnósticos adequados capacitar os cuidados de saúde primários para o acesso generalizado à espirometria (diagnóstico), e oferecer às pessoas acesso facilitado a consultas de cessação tabágica e a reabilitação respiratória, pressupostos que estão previstos no despacho emitido pela tutela (despacho 6300/2016).

Percebe-se, portanto, que a DPOC, é uma patologia que dependendo da sua gravidade pode ter um impacto muito negativo na vida de uma pessoa e da sua família.

A pessoa com DPOC apresenta habitualmente dispneia, pieira, aperto no peito, fadiga, limitação da atividade e/ou tosse com ou sem produção de expetoração, e podem sofrer eventos agudos caracterizados por sintomas respiratórios denominados exacerbações, que influenciam o seu estado de saúde e prognóstico, e requerem medidas preventivas e terapêuticas específicas. Outras comorbilidades associadas influenciam o estado clínico e o prognóstico requerem também tratamento específico, pois podem simular e/ou agravar uma exacerbação aguda (GOLD,2023).

Atendendo que existem diferentes níveis de gravidade a Direção-Geral da Saúde recomenda como abordagem terapêutica essencial a Reabilitação Respiratória, para GOLD 2,3 e 4.

Segundo a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease o grau de severidade recaí sobre o valor da obstrução ao fluxo de ar, assim sendo GOLD 1 é considerado ligeiro ($FEV1 \geq 80\%$ previsto); GOLD 2 é considerado moderado ($50\% \leq FEV1 < 80\%$ previsto); GOLD 3 é considerado grave ($30\% \leq FEV1 < 50\%$ previsto) e GOLD 4 é considerado muito grave ($FEV1 < 30\%$ previsto). Apresenta também a divisão por grupos ABE como ferramenta de avaliação em que através da história de exacerbação por ano, considera o grupo A e o grupo B com 0 a 1 exacerbações moderadas (não sendo obrigatória hospitalização), sendo que a diferença entre eles sobressai dos sintomas apresentados. No grupo A considerasse *mMRC* entre 0-1 e CAT

<10 e no grupo B considera-se $mMRC \geq 2$ e o $CAT \geq 10$. O grupo E indica que existiu 2 ou mais exacerbações moderadas ou pelo menos 1 internamento hospitalar ou mais.

Perante o foco do estudo de caso ser a pessoa com acompanhamento paliativo é necessário perceber que a definição de Cuidados Paliativos tem sido algo que tem se alterado ao longo do tempo, pois não se justifica apresentá-lo apenas com cuidados em fim de vida.

Posto isto, a International Association for Hospice and Palliative Care implementou um projeto para revisar e adotar, de forma consensual, uma nova definição de Cuidados Paliativos. Desmistificando os Cuidados Paliativos, estes são holísticos e ativos abrangendo pessoas de todas as idades com sofrimento grave relacionado à saúde devido a doença grave, e especialmente daqueles próximos ao fim da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da pessoa, dos seus familiares e cuidadores.

O Cuidado Paliativo é também aplicável ao longo de uma doença, de acordo com as necessidades da pessoa e pode influenciar positivamente o curso da doença. Fornece suporte para ajudar as pessoas a viver o mais plenamente possível até à morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os e às suas famílias a determinar os objetivos do cuidado. (IAHPC, 2019)

A reabilitação pulmonar com os seus componentes principais, incluindo o treino de exercício combinado com educação específica para a doença, melhora a capacidade de exercício, os sintomas e a qualidade de vida em todos os graus de gravidade da DPOC. (GOLD, 2023)

Assim sendo a reabilitação pulmonar é reconhecida como um componente central no tratamento da pessoa com doença respiratória crónica. (Spruit et al., 2013) No entanto também é prevalente na DPOC a disfunção muscular dos membros e tem importantes implicações clínicas, como redução da tolerância ao exercício (intolerância à atividade), qualidade de vida e até sobrevida. (Maltais et al., 2014)

American Thoracic Society (ATS) e a European Respiratory Society (ERS) adotaram como nova definição de reabilitação pulmonar “A reabilitação pulmonar é uma intervenção abrangente baseada numa avaliação completa da pessoa, composta por terapias personalizadas, que incluem mas não se limitam ao treino de exercícios, educação e mudança de comportamento, com o objetivo de melhorar a condição física e psicológica da pessoa com doença respiratória crónica e promover a adesão a longo prazo de comportamentos que melhoram a saúde.”

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Esta intervenção deve ser personalizada de acordo com as necessidades expressas pela pessoa, com base em avaliações iniciais e contínuas, incluindo gravidade, complexidade e comorbidades da doença. A reabilitação pulmonar pode ser iniciada em qualquer fase da doença, durante períodos de estabilidade clínica ou durante ou imediatamente após uma exacerbação. (Spruit et al., 2013)

Como referido anteriormente a disfunção muscular dos membros é predominante na DPOC. A atrofia e a fraqueza muscular trazem consequências importantes, como dificuldade na prática de atividade física, intolerância ao exercício, má qualidade de vida e mortalidade prematura. As alterações metabólicas em relação às alterações estruturais musculares dos membros inferiores também estão envolvidas na limitação do exercício.

Contudo a função muscular dos membros inferiores fica ainda mais comprometida durante os episódios de exacerbações da DPOC, que nesse momento também deve ser alvo da intervenção da reabilitação com o objetivo de preservar a função muscular dos membros.

Embora a inatividade física esteja envolvida no desenvolvimento da disfunção muscular dos membros na DPOC, outros mecanismos, como inflamação, estresse oxidativo, desequilíbrio nutricional e hipoxemia, provavelmente desempenham um papel importante.

A opção de tratamento mais potente atualmente disponível para a disfunção muscular dos membros na DPOC é o treino físico, uma componente chave do tratamento integrado da DPOC. (Maltais et al., 2014).

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso sustentado nas orientações Case Report Guidelines CARE, de forma a ser redigido de forma organizada e elucidativa. Com análise de dados baseada no método quantitativo o presente estudo tem como objetivo descrever, aplicar e avaliar um programa de reeducação funcional respiratória e motora à pessoa com DPOC no domicílio num período de 4 semanas num total de 12 sessões presenciais. A avaliação foi realizada na admissão da pessoa e à 4ª semana (condicionado pelo termino do estágio), considerando-se um programa de curta duração dada a patologia apresentada.

Foi realizada uma avaliação holística da pessoa com recurso aos instrumentos: Questionário clínico para a DPOC (CCQ); Teste de sentar levantar em 30 segundos (30 STS); Índice de Barthel; Questionário da dispneia; Teste de Avaliação da DPOC (CAT).

Durante a aplicação do programa de reabilitação foi tida em conta a Escala de Borg modificada e avaliação de saturação periférica de oxigénio e FC.

Os instrumentos aplicados para a avaliação da pessoa, foram selecionados através da revisão narrativa da literatura e com base nas recomendações da Direção Geral da Saúde e da GOLD 2023, para a doença.

É necessária uma avaliação holística para identificar o estado basal da pessoa com DPOC, tendo sempre em conta a aplicação de ferramentas validadas que permitam avaliar a eficácia individual do programa. Desta forma a avaliação deve incluir testes com exercícios para avaliar a capacidade de esforço e treino de força (teste de sentar e levantar); testes psicológicos, pois o humor tende a melhorar durante a reabilitação respiratória (CCQ – domínio estado mental); Avaliação da Qualidade de vida através do CAT. (IPCRG, 2019)

O Questionário Clínico para a DPOC é um instrumento clínico prático e com uma perspetiva holística para a avaliação da rotina do controlo clínico relativa à pessoa com DPOC é multidimensional e prendem-se com a avaliação do estado funcional, estado mental e dos sintomas apresentados pela doença.(L. Silva & Delgado, 2020)

O CCQ (Molen, 1999), foi validado para o contexto português em 2012 e é caracterizado por três domínios: sintomas (4 itens), estado funcional (4 itens) e estado mental (2itens). As pessoas devem responder às questões do CCQ baseando-se na sua experiência nos últimos 7 dias numa escala do tipo Likert que assume os seguintes valores: 0) nunca ou nada limitado/a, 1) quase nunca ou muito ligeiramente limitado/a, 2) algumas vezes ou ligeiramente limitado/a, 3) bastantes vezes ou moderadamente limitado/a, 4) muitas vezes ou muito limitado/a, 5) muitíssimas vezes ou extremamente limitado/a e 6) quase sempre ou totalmente limitado/a ou

incapaz de as fazer. O score total é calculado somando os 10 itens e dividindo o total por 10. É também possível calcular os scores de cada um dos três domínios. O score do CCQ poderá assumir os valores 0 (muito bom estado de saúde); 1 e 2 (bom estado de saúde); 3 (Razoável estado de saúde); 4 e 5 (Mau estado de saúde) e 6 (estado de saúde extremamente mau). (Silva, L., 2012)

O Teste de Sentar-Levantar 30 segundos (30 Second Sit to Stand Test), foi criado por Jones CJ, Rikli RE & Beam WC (1999) e tem como objetivo avaliar a força dos membros inferiores, o risco de queda e avalia a resistência dos membros inferiores em indivíduos que vivem na comunidade. Avalia os domínios Equilíbrio não vestibular e Mobilidade Funcional. Este teste tem como objetivo específico avaliar o número de ações “levantar/sentar” que um indivíduo pode completar em 30 segundos, pode também ser útil na quantificação da mudança funcional de movimentos de transição.

A pessoa inicia o teste sentado e deve ser encorajado a completar tantas ações “levantar/sentar” quanto possível. É de rápida aplicação, 30 segundos e não necessita de realizar repetição. Deve reunir o seguinte material um cronómetro; e uma cadeira standard, com um assento firme e uma altura entre 43 – 46 cm sem braços.

O procedimento deve ser explicado e exemplificado antes da sua aplicação, da seguinte forma: a cadeira deve estar encostada a uma parede, para impedir que se mova; a pessoa deve sentar-se na cadeira, a meio do assento, com as costas direitas; os pés da pessoa devem estar no mesmo alinhamento dos ombros, com um pé ligeiramente à frente do outro para ajudar a manter o equilíbrio durante o levante; os braços do indivíduo devem estar cruzados no peito (com as mãos apoiadas nos ombros); durante a realização do teste, a pessoa deve manter os pés bem assentes no chão, os braços cruzados no peito e as costas direitas; O avaliador deve estar posicionado lateralmente ao indivíduo. E a pessoa deve ser encorajada a completar tantas ações “levantar/sentar” quanto possível sendo instruído a sentar completamente entre cada ação. (Bruun et al., 2019)

Índice de Barthel tem como objetivo avaliar o nível de dependência para a realização de 10 atividades básicas de vida. É um instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Pontuação de 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos), em que 0 corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida avaliadas e 100 independência total. A

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

pontuação refere-se ao que o indivíduo faz ou consegue fazer aquando do momento da avaliação. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

O Questionário British Medical Research Council (mMRC) Modificado é considerado um instrumento adequado e simples para a medição da dispneia na doença pulmonar obstrutiva crónica. (S. Ribeiro et al., 2022)

Segundo a GOLD 2023 existe uma fraca correlação entre a gravidade da obstrução ao fluxo aéreo e os sintomas sentidos pela pessoa ou o comprometimento do seu estado de saúde, pelo que é necessária uma avaliação formal dos sintomas utilizando questionários validados.

A escala mMRC foi o primeiro questionário desenvolvido para medir a falta de ar, que é um sintoma fundamental em muitos doentes com DPOC, embora muitas vezes não seja reconhecido. (Bestall, 1999)

De notar que a pontuação da mMRC tem uma forte relação com outras medidas multidimensionais do estado de saúde e prevê o risco de mortalidade futura. (Nishimura, 2022) Posto isto, a GOLD indica-o como um instrumento de extrema importância e neste momento também já validado para a população portuguesa, pelo que também foi aplicado neste estudo de caso.

O teste de Avaliação da DPOC (CAT) é considerado um questionário multidimensional, pois atualmente reconhece-se que a DPOC tem um impacto nos doentes que vai para além da dispneia. (GOLD, 2023)

O CAT é composto por oito itens, designados tosse, expectoração, aperto no peito, falta de ar, limitações de atividades em casa, confiança ao sair de casa, sono e energia. Para cada item, a pessoa escolhe apenas uma opção de resposta, que é pontuada de zero a cinco. Ao final do teste, todas as pontuações de resposta são somadas e, então, o impacto clínico da DPOC é determinado com base na pontuação de estratificação do estudo que desenvolveu e validou o CAT. Os resultados variam de acordo com o score obtido, sendo classificados por impacto clínico da seguinte forma: <10 pontos, reduzido; 11-20, Médio; 21-30, Alto; e 31-40, Muito ALTO. (DGS, 2013)

Tendo em conta as considerações éticas e legais do presente estudo de caso, foi questionado a pessoa se teria interesse em participar neste programa, tendo sido entregue, lido e esclarecido o consentimento informado para a participação. Encontra-se nos apêndices assinado pelo participante.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Durante a execução do programa de reeducação funcional respiratória e motora, foi sempre tido em conta a segurança da pessoa pelo que foram definidos limites máximos e mínimos tendo em conta a estabilidade respiratória e hemodinâmica. Pela literatura consultada também foi incluído o “Talk Test”, pois este suprime a necessidade de avaliar o limiar ventilatório, pois substituiu de forma segura.(Foster et al., 2008)

O Talk Test é um método para recomendar a intensidade do exercício com base na capacidade de uma pessoa manter uma conversa durante o exercício e tem sido associado à definição dos limites superiores recomendados de intensidade do exercício para treino cardiorrespiratório. (Norman et al., 2008) Este teste tem como objetivo que a pessoa não perca a capacidade de dizer frases completas sem parar para respirar. (L. Silva & Delgado, 2020)

Parâmetros avaliados:

Hemodinâmica	Valor de Referência
FC	FC máxima 60% da FC em repouso, segundo fórmula de Karvonen Zona 1 (50% a 60%) FC Min.118 bpm Máx. 123 bpm
SPO2	Mínimo 85%

Tabela 1: Parâmetros hemodinâmicos

Escala de Borg Modificada	Máxima de 3 – 4 (moderada a pouco intensa)
Talk Test	Manter a capacidade de continuar a falar durante os exercícios.

Tabela 2: Parâmetros subjetivos

APRESENTAÇÃO DO CASO

Anamnese

- Indivíduo com 74 anos
- Sexo masculino
- Caucasiano
- Nacionalidade portuguesa
- Reformado (profissão: comercial)
- Casado (esposa a principal cuidadora)
- Reside com a esposa
- Casa: 1º Andar sem elevador (19 degraus até à rua)

Diagnóstico de DPOC grave GOLD 4, grupo E fenótipo de enfisema (tosse com expectoração mucosa, 2 exacerbações graves), sob OLD desde 12/2022 e VNI (baixa tolerância). Fumador ativo.

Antecedentes Pessoais: Insuficiência Respiratória Global (Pneumonia a 11/2022 e 01/2023); Hipertensão arterial; AVC aos 50 anos, sem sequelas; Hiperuricémia; Aterosclerose/ Doença Vascular periférica; Perturbação depressiva e distúrbio ansioso; Desnutrição (IMC 17,5 kg/m²)

Medicação Habitual:

- Aminofilina 225 mg
- Budesonida + Formoterol + Brometo de glicopirrónio
- Alopurinol 300mg
- Atrovastatina + ezetimiba 10 mg
- Bisoprolol 2.5 mg
- Pantoprazol 40 mg
- Perindopril + indapamida + amlodipina
- Ácido acetilsalicílico 150 mg
- Sertralina 100mg
- Amitriptilina 25 mg

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

- Quetiapina 25 mg (deitar)
- Mexazolam 1 mg

Medicação em SOS:

- Morfina 20mg/ml (gotas)
- Loflazepato de Etilo 2 mg
- Brometo de Ipratrópio
- Lactulose 10 mg/15 ml

Espirometria de 08/2022 (mais recente):

- FEV1 pós Broncodilatadores 23% (0.63); FVC 88% (3.11)

À data da avaliação inicial utente sem possibilidade de sair à rua, refere muita fadiga a realizar pequenas tarefas e passa maior parte do dia deitado. De momento com grande descondicionamento físico.

Um dos principais autocuidados afetado é o da Higiene, mas refere ainda ser autónomo, apesar de lhe gerar dispneia intensa e de altos níveis de ansiedade.

Esposa é a principal cuidadora.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Objetivos da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

Um dos principais objetivos do programa é que este seja estabelecido em função dos objetivos da pessoa, perante a sua doença. Pois o pretendido é que a pessoa seja estimulada para a atividade e que se mantenha motivada no decorrer das sessões tendo sempre em consideração um programa adequado ao seu estado de saúde e à sua capacidade para desempenhar as atividades, que pode variar de dia para dia.

Objetivos estipulados:

- Melhorar adesão ao regime terapêutico;
- Administrar de forma autónoma e correta a inaloterapia;
- Tentar cumprir um período de VNI (mais extenso que conseguir);
- Reconhecer a necessidade de tomar terapêutica em SOS.

Abordagem educacional

Durante as sessões realizadas foram realizados ensinamentos e foram dadas orientações sobre a patologia DPOC.

Utente com dificuldade em perceber o mecanismo da falta de ar e com dificuldade na perceção de suspender atividade quando existem níveis de fadiga muito altos. Realizados ensinamentos sobre estratégias de conservação de energia e priorização de atividade consoante a sua necessidade.

O tema mais referenciado nas abordagens foi a dificuldade em gerir a ansiedade e o Stress, explicadas estratégias não farmacológicas, com auxílio a reeducação funcional respiratória e explicada terapêutica instituída em SOS, para resolver eventuais exacerbações.

Informado da importância da tentativa de iniciar programa de cessação tabágica. E realizados ensinamentos na área da nutrição e hidratação.

Neste período manteve-se a articulação com a equipa de cuidados paliativos, pedido apoio de psicologia para o utente e esposa (refere essa necessidade) e apoio de nutrição.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Diagnósticos de Enfermagem (segundo o padrão documental dos cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação)

- Intolerância à atividade
- Ventilação Ineficaz
- Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para autocontrolo do padrão respiratório
- Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para usar técnicas respiratórias
- Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular

Programa de Reeducação Funcional Respiratória e Motora

Realizado 3 vezes por semana (2^afeira; 4^afeira e 6^afeira).

Este programa foi adequado ao utente e foi sempre supervisionado.

Relaxamento e aquecimento

Executar técnica de posicionamento: Posição de descanso e relaxamento

Exercícios de Reeducação funcional respiratória:

Controle e dissociação dos tempos respiratórios	2 Séries de 5 repetições
Manobras de compressão e descompressão do tórax	1 série de 5 repetições
Reeducação Costal Global com bastão	1 série de 10 repetições

Tabela 3: Exercícios de Reeducação Funcional Respiratória

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Treino de força

Membros Superiores

Flexão e extensão do Cotovelo MSD + MSE	1 série de 10 repetições (1Kg)
Exercício de adução e abdução da escapulo- umeral, com MS em extensão	1 série de 10 repetições

Tabela 4: Exercícios Membros Superiores

Membros Inferiores

Flexão e extensão do Joelho direito e esquerdo	1 série de 10 repetições com caneleira 0.75kg
Abdução e Adução MID e MIE	1 série de 10 repetições

Tabela 5: Exercícios Membros Inferiores

Treino de resistência

Levantar e sentar	2 séries de 5 repetições
-------------------	--------------------------

Tabela 6: Treino de Resistência 1

Relaxamento

Controle e dissociação dos tempos respiratórios	1 Série de 5 repetições
---	-------------------------

Tabela 7: Relaxamento

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Negociar atividade física; • Planear a atividade física e o repouso; • Instruir sobre técnicas de conservação de energia; • Ensinar sobre hábitos de exercício; • Providenciar material educativo (entregue no dia 25-05-2023 plano de exercícios que o utente pode realizar sem supervisão de profissional de saúde, sem pôr em risco a sua segurança).

Tabela 8: Intolerância à atividade

A partir de dia 12/06/2023, utente motivado para no treino de resistência modificar o exercício de levantar e sentar e passou a ser integrado no plano caminhada com treino de subir e descer escadas.

Treino de resistência

Descer escadas	1 série de 19 degraus
Caminhada	Aproximadamente 200 metros
Subir escadas	1 série de 19 degraus

Tabela 9: Parâmetros subjetivos

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

RESULTADOS

Homem de 74 anos com diagnóstico de DPOC GOLD 4, grupo E, submetido a programa de reeducação funcional respiratória e motora, durante 4 semana num total de 12 sessões domiciliárias

Avaliação Inicial:

1ª Avaliação 25/05/2023

Aporte de O₂ a 1L/min por óculos Nasais

Utente calmo, consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa.

Parâmetros Vitais

Tensão Arterial	109/66 mm/Hg
FC	89 bpm
SPO₂	90 %

Tabela 10: Parâmetros Vitais Iniciais

Escala de Avaliação de Força Muscular- Medical Research Council (MRC)	Membro superior – Grau de Força 4
	Membro inferior – Grau de Força 4

Tabela 11: Escala MRC inicial

30 STS	Questionário da dispneia	CAT	Índice de Barthel
11	GRAU 4	27	90

Tabela 12: Score dos Instrumentos de Avaliação Inicial

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

CCQ	
Domínio de Sintomas	3.5
Domínio do Estado Mental	5.5
Domínio do Estado Funcional	3.75
Total de Score	4.25

Tabela 13: Score do Instrumento CCQ Inicial

Avaliação Final:

2ª Avaliação 23/06/2023

Aporte de O2 a 1L/min por óculos Nasais

Utente ligeiramente ansioso, consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa.

Parâmetros Vitais

Tensão Arterial	112/64 mm/Hg
FC	92 bpm
SPO2	96 %

Tabela 14: Parâmetros Vitais Finais

Escala de Avaliação de Força Muscular- Medical Research Council (MRC)	Membro superior – Grau de Força 4
	Membro inferior – Grau de Força 4

Tabela 15: Escala MRC Final

30 STS	Questionário da dispneia	CAT	Índice de Barthel
10	GRAU 3	25	95

Tabela 16: Score dos Instrumentos de Avaliação Final

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

CCQ	
Domínio de Sintomas	3.25
Domínio do Estado Mental	6
Domínio do Estado Funcional	3.75
Total de Score	4.33

Tabela 17: Score do Instrumento CCQ Final

Apresentação dos resultados em termos comparativos: Índice de Barthel inicial 90, último 95 (melhorado); 30STS inicial 11 e último 10 (diminuiu, mas com pequeno impacto); CAT inicial 27 e último 25 (melhorado, mas mantém nível de impacto Alto); Questionário da Dispneia inicial Grau 4 e último Grau 3 (melhorado); CCQ inicial 4.25 e último 4.33 (agravado pelo domínio do estado mental).

DISCUSSÃO

Perante a aplicação deste programa de reeducação funcional respiratória e motora percebemos que houve ganhos ao nível da independência da pessoa realizar AVD; a nível da qualidade de vida apesar de apresentar um nível de impacto ainda alto e a nível da avaliação do grau de dispneia, que neste momento a pessoa revela capacidade para sair de casa, em curtas distâncias. Assim sendo, estes resultados são concordantes com os resultados apresentados na literatura consultada e pelos principais grupos de trabalho que estudam a patologia. Confirmando, portanto, que a reabilitação respiratória assume um pilar fundamental no tratamento da DPOC, pois adota uma abordagem holística da pessoa, tendo em conta as várias manifestações sistémicas da doença, consegue melhorar sintomas, exacerbações, capacidade funcional e vertente psicossocial, promovendo uma melhoria global da qualidade de vida. (Sampaio, 2019)

No CCQ como o presente teste apresenta 3 domínios separados: os sintomas, o estado mental e o funcional, entende-se que existiu o agravamento do score devido ao agravamento do estado mental, pois domínio funcional manteve e o dos sintomas teve uma diminuição pouco significativa. O Score total do CCQ assume o valor aproximado de 4 que revela um mau estado de saúde.

Segundo Jácome et al. demonstrou que uma grande percentagem dos doentes portugueses com DPOC apresentam sintomas de ansiedade e depressão. A limitação de atividades resultante da falta de ar, a idade e a mobilidade funcional foram fatores preditores destes sintomas angustiantes. Mais de metade dos doentes apresentavam sintomas de ansiedade (53,3%) e 45,4% apresentavam sintomas de depressão. O presente estudo, corrobora estes resultados, pois estes sintomas estão claramente presentes durante o programa implementado

No que diz respeito à capacidade de esforços e treino de força a pessoa obteve um resultado mais baixo que no teste final, mas de pequeno significado.

Após a implementação deste programa, apesar de os ganhos funcionais não serem evidentes a pessoa neste momento consegue subir e descer escadas devido às técnicas de conservação de energia e consegue andar na rua apesar das pausas frequentes.

O que se pode perceber é que na pessoa com doença respiratória os programas de reabilitação respiratória e motora, devem compreender um período superior a 4 semanas, para se poder obter ganhos significativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação são de extrema importância e devem estar presentes sempre que a sua necessidade seja exigida. Contudo é perceptível que a execução de um programa de reabilitação respiratória e motora tem impacto positivo no tratamento da pessoa, independentemente do estadio da doença.

Também é perceptível através da literatura, que os programas de reabilitação não necessitam de ser executados em espaços físicos específicos, mas podemos levá-los até ao ambiente da pessoa e aplicá-los no domicílio, sem prejuízo para a pessoa e possivelmente com resultados idênticos. Após a conclusão deste estudo entende-se que um período de 4 semana é insuficiente para poder avaliar ganhos funcionais, mas o facto do EEER apresentar um tratamento holísticos à fatores na vida da pessoa que foram otimizados e melhorados.

Após a revisão da literatura, a informação obtida só veio reforçar que o EEER, tem um papel preponderante na articulação das diferentes equipas e consegue avaliar e estipular um plano com o objetivo de melhorar a vida da pessoa.

BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, A. L. P. de, Quaranta, M., Chakrabarti, B., Aliverti, A., & Calverley, P. M. (2016). Exercise performance and differences in physiological response to pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease with hyperinflation. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 42(2), 121–129. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000078>

American College of Sports Medicine. ACSM Guidelines for Exercise Testing and Prescription (2018) in WebSite <https://www.acsm.org/education-resources/books/guidelines-exercise-testing-prescription>

Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. (1999) Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1999; 54(7): 581-6.

Bruun, I. H., Mogensen, C. B., Nørgaard, B., Schiøttz-Christensen, B., & Maribo, T. (2019). Validity and Responsiveness to Change of the 30-Second Chair-Stand Test in Older Adults Admitted to an Emergency Department. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 42(4), 265–274. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000166>

Buchanan, & Boylan, L. (2011). Reabilitação de Base Comunitária. In S Hoeman (ed). In *Enfermagem de Reabilitação- Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados: Vol. 4ª* (pp. 187–200).

Diário da República (maio, 2016). SAÚDE. Despacho n.º 6300/2016 in WebSite <https://files.dre.pt/2s/2016/05/092000000/1494714948.pdf>

Direção Geral da Saúde (2019). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica in WebSite <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/08/26/diagnostico-e-tratamento-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-no-adulto/>

Dos Santos Pereira, M. A., Braga Moreira, A. F., Puga Machado, P. A., & dos Santos Castro Padilha, J. M. (2020). Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 80–85. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.12.5823>

GOLD.2023. GLOBAL STRATEGY FOR PREVENTION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF COPD: 2023 Report in Website: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>

Foster, C., Porcari, J. P., Anderson, J., Paulson, M., Smaczny, D., Webber, H., Doberstein, S. T., & Udermann, B. (2008). The Talk Test as a Marker of Exercise Training Intensity. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 28(1), 24–30. <https://doi.org/10.1097/01.HCR.0000311504.41775.78>

Fundação Portuguesa do Pulmão (2022). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2022 in Website <https://ondr2022.fundacaoportuguesadopulmao.org/>

Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, edição de 2018

Guia Prático de Gestão da DPOC nos Cuidados de Saúde Primários, (2021). Publicado pela Springer Healthcare Ibérica S.L ISBN: 978-84-09-33955-6 in Website <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-DPOC-GRESP-Bial.pdf>

International Primary Care Respiratory Group, (março, 2019). Guia de prestação de cuidados: O essencial sobre reabilitação respiratória para ajudar as pessoas com dispneia a respirar melhor, a sentirem-se bem e a fazer mais! In Website: <https://gresp.pt/ficheiros/recursos/folhetos/guia-pratico-reabilitacao-respiratoria.pdf>

Jácome, C., Marques, A., Gabriel, R., Cruz, J., Figueiredo, D. (2015). Anxiety and depression in Portuguese patients with chronic obstructive pulmonary disease: a multicentre cross-sectional study. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 31, 24-32.

Maltais, F., Decramer, M., Casaburi, R., Barreiro, E., Burelle, Y., Debigaré, R., Dekhuijzen, P. N. R., Franssen, F., Gayan-Ramirez, G., Gea, J., Gosker, H. R., Gosselink, R., Hayot, M., Hussain, S. N. A., Janssens, W., Polkey, M. I., Roca, J., Saey, D., Schols, A. M. W. J., ... Wagner, P. D. (2014). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Update on Limb Muscle Dysfunction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189(9), e15–e62. <https://doi.org/10.1164/rccm.201402-0373ST>

Ministério da Saúde (2017). DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica in WebSite <https://www.ulsm.min-saude.pt/cidadao/mais-saude/dpoc-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica/#:~:text=Estas%20atingem%20cerca%20de%2040,com%20mais%20de%2040%20anos.>

Nishimura, K., Izumi, T., Tsukino, M., & Oga, T. (2002). Dyspnea Is a Better Predictor of 5-Year Survival Than Airway Obstruction in Patients With COPD. *Chest*, *121*(5), 1434–1440. <https://doi.org/10.1378/chest.121.5.1434>

Norman, J. F., Hopkins, E., & Crapo, E. (2008). Validity of the Counting Talk Test in Comparison With Standard Methods of Estimating Exercise Intensity in Young Healthy Adults. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, *28*(3), 199–202. <https://doi.org/10.1097/01.HCR.0000320072.89093.0d>

Organização Mundial da Saúde (2023). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica in WebSite [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. 1–66.

Ribeiro, S., Cardoso, C. S., Valério, M., Machado, J., Costa, J., Rodrigues, C., & Rebelo-Marques, A. (2022). Confirmatory Evaluation of the Modified Medical Research Council Questionnaire for Assessment of Dyspnea in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, *35*(2), 89–93. <https://doi.org/10.20344/amp.15208>

Sampaio, M. (2019). Reabilitação respiratória: a abordagem holística da pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *35*(2), 151–154. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i2.12013>

Serviço Nacional de Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias in WebSite <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/>

Silva, G. P. F. da, Morano, M. T. A. P., Viana, C. M. S., Magalhaes, C. B. de A., & Pereira, E. D. B. (2013). Portuguese-language version of the COPD Assessment Test: validation for use in Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, *39*(4), 402–408. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132013000400002>

Silva, L., (2012). Validação Do Questionário Clínico Para a Doença Pulmonar obstrutiva Crónica (CCQ) para língua portuguesa. Escola Superior de Enfermagem do Porto

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Silva, L., & Delgado, B. (2020). Reabilitação respiratória domiciliária na doença pulmonar obstrutiva crónica: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 50–55. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.6.5776>

Simão, C., Pinto, C., Linhares, M., Pestana, H., & Sousa, L. (2019, August). Fortalecimento muscular na pessoa com intolerância à atividade secundária à DPOC: Estudo de Caso. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 19–32.

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S. C., Man, W. D.-C., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M. E., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., ... Wouters, E. F. M. (2013). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8), e13–e64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>

The Karvonen Formula to Calculate Heart Rate Zones. Acedido a 16 de junho de 2023 in Website <https://runandbeyond.com/karvonen-heart-rate/>

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

APÊNDICE V – Material de Apoio à Avaliação dos Pares Cranianos

Avaliação dos Pares Cranianos

I Par – Olfativo

Função: Olfato

Avaliação:

- Presença de Rinorraquia
- Presença de Anosmia

Instrução:

- Utente de olhos fechado, fazer o teste em cada narina individualmente.
- Usar cheiros comuns para serem identificados.

II Par – Ótico

Função: Visão

Avaliação:

- Testar acuidade visual
- Pesquisar campos visuais
- Pesquisar presença de Nistagmo

III Par – Motor Ocular Comum

Função: Miose; Elevação da pálpebra superior; Supra-versão; infra-versão e adução do olho

IV Par – Patético

Função: Rotação do olho

VI Par – Motor Ocular Externo

Função: Abdução do Olho

Avaliação:

- Identificar Ptose Palpebral
- Avaliar resposta pupilar
- Testar movimento conjugado do globo ocular

V Par – Trigêmeo

Função: Sensação (Face, boca, córnea). Mastigação

Avaliação:

- Pesquisar bilateral da Sensibilidade (tátil; térmica e dolorosa)
- Pesquisar do reflexo córneo-palpebral
- Identificar capacidade de encerrar a mandíbula
- Identificar capacidade de mover a mandíbula
- Pesquisa de movimentos de mastigação

VII Par – Facial

Função: Movimento da face (mímica) e Paladar (2/3 anteriores da língua)

Avaliação:

- Observar simetria facial
- Avaliação da expressão facial: Sorrir e franzir o sobrolho com encerramento firme das pálpebras
- Identificar apagamento do sulco nasogeniano
- Identificar capacidade de reconhecer sabores no 2/3 anterior da língua:
 - a) Doce
 - b) Salgado
 - c) Amargo

VIII Par – Acústico

Função: Audição e Equilíbrio

Avaliação:

- Testar alterações da acuidade auditiva
- Testar Equilíbrio:
 - a) Estático sentado
 - b) Estático em ortostatismo
 - c) Dinâmico sentado
 - d) Dinâmico em ortostatismo

IX Par – Glossofaríngeo

Função: Sensação e Paladar (1/3 posterior da língua)

Avaliação:

- Identificar capacidade de reconhecer sabor no 1/3 posterior da língua.
 - a) Salgado
 - b) Doce

X Par – Vago

Função: Deglutição; Sensação e Motricidade (Vísceras torácicas e abdominais)

Avaliação:

- Pesquisa de reflexo de vômito
- Identificar alteração do tom de voz ou rouquidão

XI Par – Espinhal

Função: Rotação e inclinação da cabeça

Avaliação:

- Avaliar força muscular do esternocleidomastóideo
- Avaliar força muscular do trapézio

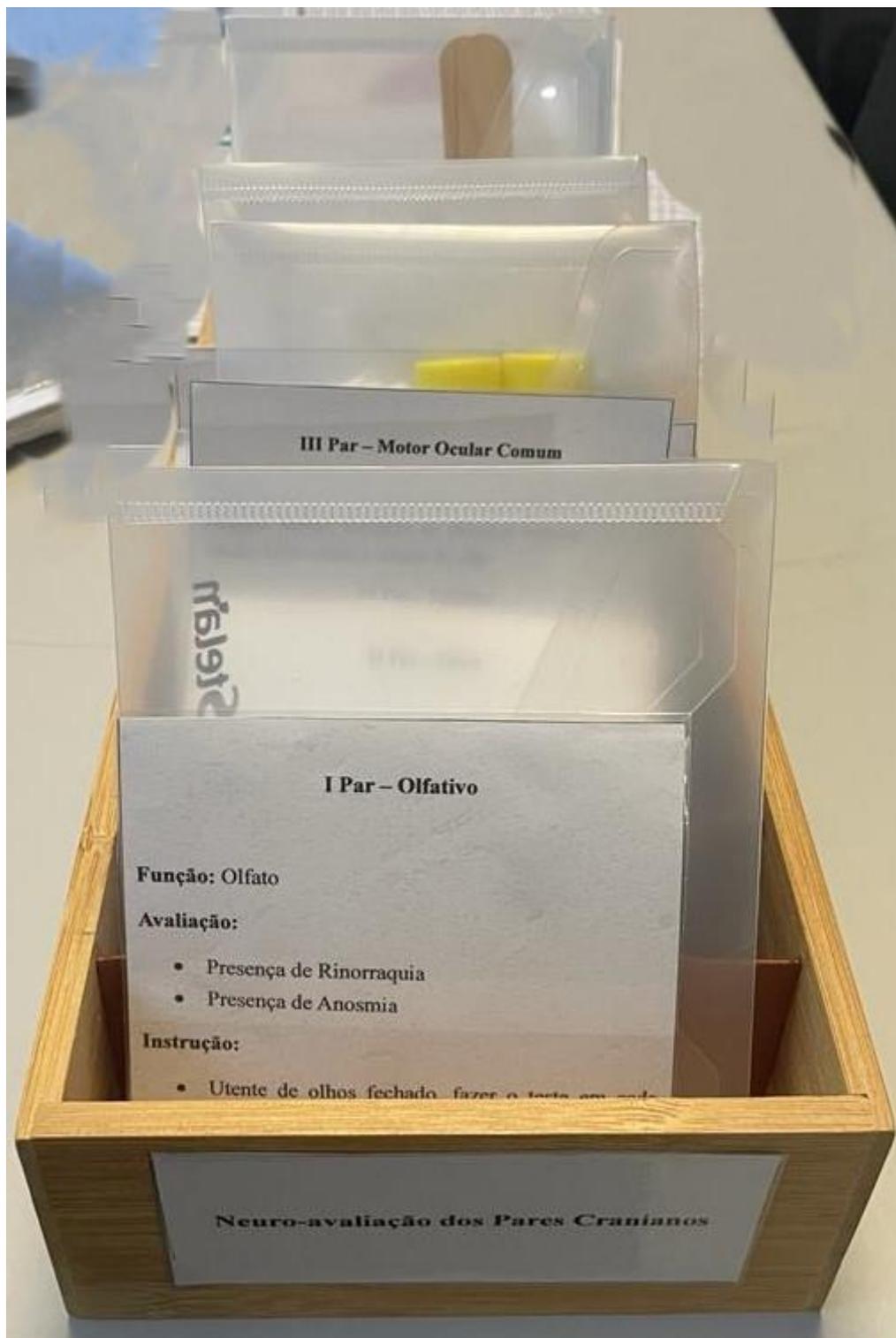
XII Par – Hipoglosso

Função: Movimentos da língua (mastigação, deglutição, articulação de palavras)

Avaliação:

- Identificar existência de desvio da língua
- Identificar existência de tremores da língua
- Identificar diferentes movimentos da língua
 - a) Flexão/ extensão
 - b) Desvio lateral direito
 - c) Desvio lateral esquerdo

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado



- Material de Apoio à Avaliação dos Pares Cranianos – Indicações escritas e material necessário, organizado por Par craniano.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

APÊNDICE VI – Relato de Caso Clínico “Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Independência Funcional na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral”



1ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA
FUNCIONAL, NA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: RELATO
DE CASO CLÍNICO**

Elaborado por:

Solange Marques nº 202230048

Orientador:

Professora Cristina Mesquita

Cascais, janeiro de 2024

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Escola Superior de Saúde Atlântica

1ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem no ramo de Reabilitação

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA
FUNCIONAL, NA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: RELATO
DE CASO CLÍNICO**

Elaborado por:

Solange Marques nº 202230048

Orientador:

Professora Cristina Mesquita

Cascais, janeiro de 2024

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral é principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal. (INE,2021 e SPMI,2021). Sendo que metade dos sobreviventes manifestam sequelas limitantes. Perante o impacto direto desta patologia na funcionalidade da pessoa é um dever do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação diferenciados, com o objetivo de maximizar a funcionalidade e desenvolver as suas capacidades (OE,2019)

Objetivo: Identificar os ganhos da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, num centro de reabilitação na promoção da independência funcional através do ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado.

Metodologia: Estudo de abordagem qualitativa, tipo relato de caso clínico sustentado nas orientações Case Report Guidelines CARE. Com análise de dados baseada no método quantitativo com recurso aos instrumentos recomendados pela Ordem dos Enfermeiros.

Resultados: Perante a aplicação de um programa de reabilitação individualizado durante um período de 5 semanas verificou-se ganhos mensuráveis através dos instrumentos utilizados, com a melhoria da força muscular segundo a MRC, o Índice de Tinetti demonstra score inicial 3, final 12 (melhoria significativa); Índice de Barthel inicial 35, último 60 (melhorado); MIF inicial 65, final 91 (melhorado).

Interpretação: Apesar dos ganhos obtidos não puderem ser apenas responsabilidade do EEER, o ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado, aliando-se às mobilizações e ao treino de equilíbrio demonstram ganhos a nível funcional, demonstrando maior autonomia para a realização das AVD's.

Principais Conclusões: É da responsabilidade do EEER, num centro de reabilitação elaborar um plano de cuidados cativante, alcançando uma boa adesão por parte da pessoa, de forma a ser possível evidenciar ganhos na recuperação da funcionalidade e independência.

Palavras-chave: Atividade de Vida Diária, Autocuidado, Enfermagem de Reabilitação; Independência Funcional.

ABSTRACT

Stroke is the leading cause of death and permanent disability in Portugal (INE, 2021 and SPMI, 2021). Half of the survivors have limiting sequelae. Given the direct impact of this pathology on the person's functionality, it is the duty of the Rehabilitation Nurse Specialist to design, implement and monitor differentiated rehabilitation plans, with the aim of maximising functionality and developing their capabilities (OE,2019).

Objective: To identify the benefits of the intervention of rehabilitation nurse specialists in a rehabilitation centre in promoting functional independence through teaching, instruction and the training of adaptive strategies for self-care.

Methodology: A qualitative case report study based on the CARE Case Report Guidelines. The data was analysed using the quantitative method, using the instruments recommended by the Order of Nurses.

Results: The application of an individualised rehabilitation programme over a period of 5 weeks showed measurable gains through the instruments used, with an improvement in muscle strength according to the MRC, the Tinetti Index showing an initial score of 3, final score of 12 (significant improvement); Barthel Index initial score of 35, final score of 60 (improved); FIM initial score of 65, final score of 91 (improved).

Interpretation: Although the gains obtained cannot be solely the responsibility of the EHEA, the teaching, instruction and training of adaptive strategies for self-care, combined with mobilisation and balance training show gains at a functional level, demonstrating greater autonomy to carry out ADLs.

Conclusion: It is the responsibility of the EHEA in a rehabilitation centre to draw up an engaging care plan, achieving good adherence on the part of the person, so that it is possible to show gains in the recovery of functionality and independence.

Keywords: Activity of Daily Living, Self-Care, Rehabilitation Nursing; Functional Independence.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM- Artéria Cerebral Média

ASA – American Stroke Association

AVD´s - Atividades de Vida Diárias

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

CSBP – Canadian Stroke Best Practice

DGS – Direção Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

HTA – Hipertensão Arterial

NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale

MIF – Medida de Independência Funcional

MI – Membro Inferior

MID – Membro Inferior Direito

MS – Membro Superior

MSD – Membro Superior Direito

MRC - Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TAC -CE – Tomografia Axial Computorizada – Crânio – Encefálica

r-tPA – Ativador do Plasminogénio Tecidual - Alteplase

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	15
2.1. APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO.....	18
2.2. AVALIAÇÃO DA UTENTE	20
2.3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	31
2.4. PROGRAMA DE TREINO DE AVD'S; PROGRAMA DE MOBILIZAÇÕES; TREINO DE EQUILÍBRIO	49
3. RESULTADOS.....	53
4. DISCUSSÃO	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
BIBLIOGRAFIA.....	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Escala da Força MRC.....	22
Tabela 1.1. Avaliação MRC.....	22
Tabela 2. Escala de Ashworth Modificada.....	24
Tabela 2.1. Avaliação do Tónus Muscular MS.....	24
Tabela 2.2. Avaliação do Tónus Muscular MI.....	25
Tabela 3. Avaliação do Equilíbrio.....	27
Tabela 4. Avaliação segundo o Índice de Tinetti.....	27
Tabela 5. Índice de Barthel.....	28
Tabela 5.1. Interpretação dos Resultados do Índice de Barthel.....	28
Tabela 6. Avaliação da MIF.....	30
Tabela 6.1. Avaliação por dimensões da MIF.....	31
Tabela 7. Plano de Cuidados, segundo o Padrão Documental.....	31
Tabela 8. Mapa do Programa de Reabilitação.....	49

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

ANEXOS

ANEXO I – Índice de Barthel

ANEXO II – Medida de Independência Funcional

ANEXO III – Índice de Tinetti

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado

APÊNDICE I – Tarefa realizada para Avaliação dos Pares Cranianos

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio Profissionalizante, inserido no 2º Ano – 1º Semestre do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Atlântica, foi solicitado a realização de um relato de caso clínico, com o objetivo de evidenciar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assumindo desta forma a importância e a exigência técnica e científica que uma área de especialidade exige.

O presente estágio decorreu no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no Serviço de Reabilitação de Agudos 3º Esquerdo. Onde maioria dos utentes internados tem como patologia o Acidente Vascular Cerebral. Por este motivo, optei por trabalhar com a pessoa com patologia cerebrovascular, para desta forma também poder aprofundar conhecimentos neste campo específico e poder evidenciar a melhor prática associada à evidência científica publicada na área.

Apesar do AVC ser uma patologia muito desenvolvida e estudada pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, considero que focar o plano de intervenção da pessoa no ensino, instrução e treino dos autocuidados, é pouco demonstrado e evidenciado pois são atividades que requerem muito tempo, replicabilidade, disponibilidade e acima de tudo motivação por parte da pessoa, pois inicialmente está associada a elevados níveis de frustração. (Menoita, 2012) Muitas vezes, acaba também por não ser incluído no plano de cuidados inicial de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por gestão de tempo e recursos das instituições, que acabam por substituir as pessoas nas atividades básicas de vida, preparando-as de forma mais rápidas, mas onde efetivamente a pessoa não foi colocada em primeiro plano ou onde não foi tida em conta a sua autonomia para a tomada de decisão.

Desta forma, baseei o relato de caso clínico numa utente do sexo feminino de 77 anos com diagnóstico AVC isquémico da Artéria Cerebral Média esquerda, com quadro neuro-motor de hemiparesia direita, (plégia braquial inicial e parésia Crural), institucionalizada no centro de reabilitação e submetida ao programa de treino de atividades básicas de vida diária, programa de mobilizações e treino de equilíbrio, durante um período 5 semanas.

Tendo como questão norteadora qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Independência funcional, na pessoa com AVC, inserida num centro de reabilitação.

Os focos de enfermagem de reabilitação em que pude incidir durante o estágio foram a promoção do Autocuidado; o treino das atividades de vida diária; o treino de equilíbrio e a

transição saúde- doença, não foi possível abordar a Transição para o contexto domiciliário, pois a família da utente visita a poucas vezes, por viverem longe.

O acidente vascular cerebral (AVC) é das doenças cerebrovasculares com maior expressividade no mundo, segundo a American Stroke Association (2024), esta patologia em específico é a quinta causa de morte nos Estados Unidos e das principais causas de incapacidade.

Na Europa, o AVC continua a ser uma das principais causas de morte e incapacidade, e as previsões indicam que se continuar a ser menosprezado, o peso do AVC não irá diminuir nos próximos anos na nossa sociedade, acarretando aumento do custo total dos cuidados de saúde. (ESO,2018)

Em Portugal, o AVC em 2020 foi a principal causa de morte, vitimando 11439, mais 464 mortes do que em 2019, o que perfaz 9.2% do total de mortes, que representa 31 mortes por dia. (INE, 2020). A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2023), informa que o AVC não sendo só a principal causa de morte no país é a principal causa de incapacidade permanente. O que significa que a cada hora que passa há três portugueses que sofrem um AVC, um deles não sobreviverá, e metade dos sobreviventes poderão ficar com sequelas incapacitantes.

Perante estes números na europa setenta especialistas, a trabalhar em grupos para a avaliação de todos os aspetos da cadeia de cuidados no AVC, criaram o Plano de Ação para o AVC na Europa. (ESO,2018)

O AVC é uma emergência médica, que ocorre quando o fornecimento de sangue para uma parte do cérebro é reduzido ou interrompido, resultando numa lesão cerebral. Quando isso acontece, parte do cérebro não consegue obter o sangue (oxigênio e nutrientes) de que necessita, resultando na isquémia e morte das células cerebrais. (ASA,2024) Manifestando sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral, e com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas. (Menoita, 2012)

Existem dois tipos principais de AVC: o isquémico, quando um vaso sanguíneo é bloqueado por um coágulo ou placa de ateromatose, e o hemorrágico, que acontece quando um vaso sanguíneo se rompe e causa uma hemorragia no cérebro.

O AVC isquémico é responsável por cerca de 87% de todos os acidentes vasculares cerebrais. E a sua principal causa é a aterosclerose ou as placas de ateroma que revestem as paredes dos vasos. Existem dois tipos de obstrução a trombose cerebral que é um trombo (coágulo sanguíneo) que se desenvolve no local da placa de gordura dentro de um vaso sanguíneo que

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

fornece sangue ao cérebro. E a embolia cerebral que é causada por um coágulo sanguíneo que se forma no coração ou nas grandes artérias da parte superior do tórax ou pescoço, ou em outro local do sistema circulatório. Este coágulo entra em circulação e migra pelos vasos sanguíneos do cérebro até atingir vasos pequenos, onde causa a oclusão. A principal causa de embolia é a fibrilhação auricular, que pode causar a formação de coágulos nas cavidades do coração e posteriormente migrar para o cérebro. (ASA, 2024, Menoita, 2012, OMS, 2016)

O AVC hemorrágico, ocorre quando um vaso sanguíneo frágil se rompe. Os dois tipos de vasos sanguíneos frágeis que geralmente causam acidente vascular cerebral hemorrágico são aneurismas e malformações arteriovenosas (MAVs). A causa mais comum do AVC hemorrágico é a hipertensão arterial não controlada.

As primeiras horas após o início dos sintomas de AVC são essenciais, pois é nesta janela temporal que os principais tratamentos têm maior eficácia. No tratamento do AVC isquémico existe o ativador do plasminogénio tecidual r-tPA, conhecido com Alteplase, tipo de tratamento medicamentoso, que pode ser administrado até 4,5h após o início dos sintomas e diagnóstico clínico com défice neurológico. A Trombectomia mecânica (adequada na oclusão de grandes vasos), geralmente o procedimento é feito seis horas após o início dos sintomas agudos do AVC, mas pode ser feito até vinte e quatro horas após o início dos sintomas se os exames de imagem mostrarem tecido cerebral não danificado. O tratamento do AVC hemorrágico, está diretamente relacionado com a causa da hemorragia indo desde a clipagem cirúrgica; à cirurgia; à neurorradiologia de intervenção entre outras. (ASA, 2024 e Menoita, 2012)

Martins et al., (2018) citando Teles e Gusmão (2012), descreve que o AVC, sendo uma lesão cerebrovascular causa alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central, que afetam múltiplas funções como as motoras, sensoriais, comunicacionais, cognitivas e emocionais.

Apesar de existir um enorme esforço de múltiplas entidades nacionais e internacionais no âmbito da prevenção e do tratamento, o que sabemos é que em Portugal existe uma parca resposta para os sobreviventes do AVC, que ficam incapacitados e com graves repercussões na sua funcionalidade.

Segundo Martins (2018) citando Gonçalves (2011), a definição de incapacidade funcional, no domínio da saúde, diz respeito à falta de capacidade resultante de uma deficiência, para realizar Atividades de Vida Diária (AVD) consideradas fundamentais à pessoa.

A capacidade funcional da pessoa manifesta-se no seu grau de aptidão para viver de forma autónoma e independente, nas circunstâncias particulares da sua vida. Sendo assim, é a habilidade para ultrapassar os desafios do autocuidado, da vida no domicílio e da mobilidade. (Reis & Bule, 2016)

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

A reabilitação no AVC é um processo progressivo, dinâmico e orientado para objetivos que visa permitir que uma pessoa com incapacidade funcional ou deficiência relacionada ao AVC atinja o seu nível funcional físico, cognitivo, emocional, comunicativo e social ideal. (CSBP, 2019)(Tanlaka et al., 2023)

A reabilitação do AVC deve ser prestada por uma equipa interdisciplinar de profissionais de saúde, com experiência na prestação de cuidados pós AVC, independentemente do local onde os serviços são prestados, para garantir consistência e reduzir o risco de complicações.

Assim sendo, a intervenção do EEER assume um papel decisivo nos cuidados à pessoa após sofrer um AVC, pois está inerente às competências específicas cuidar da pessoa ao longo do ciclo de vida, conceber planos de cuidados especializados com vista a maximizar a funcionalidade, capacitando a pessoa para a autonomia e independência no autocuidado. (OE, 2019)(R. A. Silva et al., 2021b)

Este papel decisivo recai sobre incluir a pessoa a participar em programas de reabilitação que sejam significativos, envolventes, repetitivos, progressivamente adaptados, específicos para tarefas e orientado a objetivos, com empenho para melhorar o controlo motor e restaura a função sensoriomotora. (Menoita, 2012) (CSBP, 2019)

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, tipo relato de caso clínico suportado pelas orientações Case Report Guidelines CARE, com o objetivo de ser sucinto e organizado de forma a refletir acerca dos resultados encontrados e fornecer uma sequência lógica de apresentação. Com análise de dados baseada no método quantitativo com recurso aos instrumentos: Escala Medical Research Council (MRC); Escala de Ashworth Modificada; Índice de Tinetti; Índice Barthel e Medida de Independência Funcional (MIF).

O presente relato de caso clínico tem como objetivo a avaliação de um utente e o levantamento dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação, aplicar os programas propostos à pessoa e posteriormente avaliar a sua eficácia. A pessoa escolhida tem como diagnóstico médico principal o AVC da ACM esquerda, com quadro neuro-motor de hemiparesia direita, institucionalizada num centro de reabilitação e escolhida para integrar o programa de treino de atividades de vida diária e programa de mobilização e treino de equilíbrio, durante um período de 5 semanas.

Segundo Meleis (2010), a ciência da enfermagem tem como propósito o desenvolvimento de teoria para descrever, explicar e compreender a natureza dos fenómenos de enfermagem e antecipar a sua ocorrência. A relevância de sustentar a prática nos referenciais teóricos da disciplina de enfermagem é uma necessidade crescente, pois estes orientam a prática de enfermagem e as fragilidades pertencentes a esse processo têm apresentado avanços e retrocessos, que estão diretamente relacionados com os contextos da prática. (Ribeiro, O. et al., 2018)

Segundo os EEER, que se encontram a prestar serviços no centro de reabilitação, designam que a prática de enfermagem é mediada segundo o Modelo de Adaptação de Roy, este modelo teórico considera a pessoa como um ser adaptável com instrumentos que possibilitam o ajustamento de comportamentos em reação a estímulos ambientais. (Coelho & Mendes, 2011)

Considerando-se a pessoa como um sistema adaptativo, é importante referir que a adaptação sucede no interior de quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, interdependência e papel desempenhado. Perante a incapacidade de adaptação ao ambiente por parte da pessoa, existe a necessidade de intervenção do EEER, interferindo nos modos adaptativos da pessoa em situação de doença ou incapacidade para aumentar a sua adaptação ou modificando os estímulos ambientais com vista a diminuir as exigências. (Lutz & Davis, 2011)

Na base teórica do relato de caso clínico encontra-se o referencial teórico de Dorothea Orem e Afaf Meleis, pois é de extrema importância sustentar a prática de enfermagem de reabilitação nos referenciais teóricos da disciplina de Enfermagem. Esta decisão foi apoiada nos instrumentos que regulam o exercício profissional dos EEER, onde vem descrito que os modelos do autocuidado e das transições são estruturantes para otimizar a qualidade dos cuidados prestados. (OE, 2019)

Sendo o autocuidado um dos temas centrais deste relato de caso clínico e um dos principais focos associados à intervenção da enfermagem de reabilitação é de extrema importância o contributo de Dorothea Orem para a estruturação do cuidado da enfermagem de reabilitação. Segundo Orem (2001), o autocuidado refere-se à prática deliberada de atividades que as pessoas concretizam para manter a vida, a saúde e o bem-estar. No seu referencial estão integrados três teorias, sendo elas a Teoria do Autocuidado; Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Orem identifica cinco métodos usados pela enfermagem para ajudar a pessoa: fazer por, orientar e dirigir, dar suporte físico e psicológico, proporcionar um ambiente de desenvolvimento e ensinar. (Theuerkauf, 2000) Este referencial é significativo para o EEER pois integra de forma orgânica e intencional o planeamento dos autocuidados, estabelecendo como principais metas a promoção do autocuidado, a reconstrução da autonomia e o bem-estar. Como no seu dia-a-dia o EEER está sujeito a elevadas exigências dos autocuidados em complementaridade com o potencial de reconstrução da autonomia é esta a justificação da importância deste referencial na prática diária do EEER. (O. Ribeiro et al., 2021)

Assumindo a extrema importância do autocuidado, complementando este referencial teórico, tive necessidade de incorporar o referencial teórico de Afaf Meleis, pois foi através dele que identifiquei problemas e necessidade da pessoa selecionada para o relato de caso clínico, pois um dos objetivos primordiais do programa de reabilitação instituído era a facilitação das transições.

Segundo Ribeiro et al., (2021) a teoria das transições tenta descrever e dar atenção às interações entre o enfermeiro e a pessoa, inferindo que o enfermeiro se preocupa com as experiências transitórias vivenciadas pela pessoa, sendo a meta das terapêuticas de enfermagem a saúde e o bem-estar.

Meleis defende que a transição é um conceito central em enfermagem, e que as transições podem ser de quatro tipos, transições de desenvolvimento, situacionais, relacionadas com situações de saúde- doença e organizacionais. Sendo complexas e multidimensionais as

transições possuem inúmeras propriedades, habitualmente inter-relacionais como a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a diferença, o período crítico.

Os enfermeiros e mais especificamente os EEER lidam com pessoas em múltiplas situações de transição e estão predispostos para ajudar a pessoa, avaliando as necessidades psicossociais durante o período de transição e direcionam a intervenção consoante as necessidades individuais de cada pessoa. (Meleis, 2010)

Neste referencial saliento a relevância da consciencialização da pessoa, a nível físico, emocional e social como uma propriedade fundamental para que a transição ocorra de forma saudável. Acarretando assim um desafio para os EEER pois estes tem que interferir no processo de transição de forma a ajudar a pessoa a vivenciá-lo da melhor forma possível. O que vai de encontro ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, que apoiando o processo de transição da pessoa existe um potencial para maximizar a capacitação, a sua funcionalidade e autonomia, interferindo positivamente na qualidade de vida. (O. Ribeiro et al., 2021)

2.1. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Anamnese

- Indivíduo com 77 anos
- Sexo Feminino
- Caucasiano
- Nacionalidade portuguesa
- Escolaridade: 4ª Classe
- Reformada (profissão: Administrativa)
- Viúva (Filha será principal cuidadora)
- Reside com a filha
- Casa: Apartamento R/C com 3 degraus de acesso

Diagnóstico clínico de AVC isquémico ACM Esquerda.

Quadro Neuro-Motor: Hemiparésia direita de predomínio braquial.

Antecedentes Pessoais: HTA (diagnósticos pós AVC de 2023); Insuficiência Venosa; Patologia dermatológica não identificada.

Sem Alergias medicamentosa e/ou alimentares.

Medicação Habitual:

(Anteriormente ao AVC, sem medicação prévia)

- Ácido Acetilsalicílico 100mg
- Atorvastatina 20mg
- Clopidogrel 75 mg
- Ramipril 5 mg
- Sertralina 50 mg
- Trazodona 100 mg

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

História de doença atual

Quadro súbito de hemiparésia direita e disartria com início a 06/05/2023 durante uma viagem de carro. Foi admitida no hospital com 140 minutos de evolução clínica sendo ativada a via verde AVC. Clinicamente apresentava disartria, paralisia facial central direita severa, desvio da língua para a esquerda, rápida queda do MSD no leito (Força G1). Minganzzini com oscilação e queda do MID (Força G2). Escala de NIHSS de 9.

Angio-TAC com pequena área de hipodensidade na vertente posterior do lenticular esquerdo podendo corresponder a lesão isquémica e no estudo de perfusão provável pequena lesão isquémica aguda lenticular/capsular.

Pelo apresentado foi candidata a trombólise, durante a administração de rt-PA, verifica-se agravamento neurológico, com crise hipertensiva associada, sendo a trombólise suspensa aos 50 minutos.

A repetição da TAC- CE, não apresentou imagens de hemorragia, mantém suspensão da terapêutica com rt-PA, mas com melhoria progressiva nas horas seguintes.

Permaneceu internada tendo iniciado programa de reabilitação motora e foi referenciada para o centro de reabilitação. Tem alta clínica a 22/05/2023.

Admitida a 19/06/2023 numa unidade de cuidados continuados integrados, aguardando vaga no centro de Medicina de Reabilitação, onde é admitida a 30/08/2023.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

2.2. AVALIAÇÃO DA UTENTE

Estado Mental:

Estado de Consciência: Vígil

Estado de Orientação: Orientado no tempo, espaço e pessoa.

Atenção: Mantida vigilância, tenacidade e concentração nas atividades propostas.

Discurso: Fluente.

Linguagem: Fluente, repete, nomeia e compreende.

Memória: sem alterações na memória a curto e a longo prazo.

Escrita: Não foi avaliado por utente ser destra e ser este o membro afetado, consegue transferir a escrita para a esquerda, mas ainda com dificuldade.

Cálculo: Mantido

Capacidades práxicas: Mantidas.

A informação foi obtida através do recurso à escala Mini Mental State Examination (MMSE).

Avaliação dos pares cranianos

I par craniano (olfativo) – Sem alterações bilateralmente.

II par craniano (ótico) – Acuidade visual mantida, sem alterações a nível dos campos visuais e sem presença de nistagmo.

III par craniano (oculomotor comum) + IV par craniano (patético) + VI par craniano (oculomotor externo) - Sem ptose identificada, resposta pupilas isocóricas e isorreativas e movimento conjugado do globo ocular preservado.

V par craniano (trigémeo) – Hipoestesia tátil da face à direita predomínio do masséter. Reflexo córneo-palpebral mantido, identifica a capacidade de encerrar a mandíbula e de a mover. Movimento da mastigação mantido.

VII par craniano (facial) – Paralisia facial central direita, com apagamento do sulco nasogeniano, mantém capacidade de reconhecer sabores nos dois terços anteriores da língua.

VIII par craniano (estato-acústico) – Acuidade auditiva mantida; Equilíbrio estático sentado e em pé eficaz, equilíbrio dinâmico sentado pouco eficaz e dinâmico em pé pouco eficaz.

IX par craniano (glossofaríngeo) – Mantida a capacidade de reconhecer sabor no primeiro terço da língua.

X par craniano (vago) – reflexo de vômito presente e ligeira hipofonia.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

XI par craniano (espinhal) – Força muscular Grau 4 do músculo esternocleidomastóideo à direita (força mantida à esquerda); Força muscular Grau 1 do músculo trapézio.

XII par craniano (Hipoglosso) – Discreto desvio da língua para a esquerda, mas utente corrige. Sem tremores na língua. Nos diferentes movimentos da língua flexão e extensão mantidos, desvio lateral direito diminuído e desvio latera esquerdo mantido.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Motricidade

Força Muscular

A Ordem dos Enfermeiros (2016) recomenda o uso da Escala Medical Research Council, como instrumento para a avaliação da Força Muscular, através da avaliação dos movimentos dos vários segmentos corporais, classificando-a em cinco níveis. Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa.

Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC-Medical Research Council)

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção do movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

Tabela 1. Escala de Força MRC

Movimentos avaliados na utente:

MRC		27/09	31/10
Cabeça e Pescoço	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Flexão lateral esquerdo	4	5
	Flexão Lateral direito	4	5
	Rotação	5	5
Membro Superior Direito	Abdução do ombro	2	2
	Flexão do Cotovelo	1	2
	Extensão do Punho	1	1
Membro Superior Esquerdo	Abdução do ombro	5	5
	Flexão do Cotovelo	5	5
	Extensão do Punho	5	5

Tabela 1.1. Escala MRC (continua)

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Membro Inferior Direito	Flexão Coxofemoral	3	4
	Extensão do Joelho	2	4
	Dorsiflexão da tibiotalársica	1	2
Membro Inferior Esquerdo	Flexão Coxofemoral	5	5
	Extensão do Joelho	5	5
	Dorsiflexão da tibiotalársica	5	5

Tabela 1.1. Escala MRC (continuação)

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Tónus Muscular

A Ordem dos Enfermeiros (2016) recomenda o uso da Escala de Ashworth Modificada, para a avaliação do tónus muscular. Segundo Menoita (2012), citando Pinto (2001), o tónus muscular é um reflexo proprioceptivo, com a finalidade de manter a postura corporal através da contração permanente e moderada dos músculos. Para realizar a sua avaliação é necessário efetuar a mobilização passiva dos membros e avalia-se a resistência, pois considera-se o método mais preciso. Contudo não expõe o tónus muscular apenas de um músculo, mas do grupo muscular responsável pelo segmento avaliado.

GRAU	OBSERVAÇÃO CLÍNICA
0	Nenhum aumento no tonus muscular
1	Leve aumento do tonus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (ADM), quando a região é movida em flexão ou extensão;
1 +	Leve aumento do tonus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante;
2	Aumento mais marcante do tonus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente;
3	Considerável aumento do tonus muscular, o movimento passivo é difícil;
4	Parte afectada rígida em flexão ou extensão

Tabela 2. Escala de Ashworth Modificada

Membro Superior			
		27/09	31/10
Dedos	Flexão	1+	1
	Extensão	1+	1
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
Punho	Flexão	1	1
	Extensão	0	0
	Desvio Radial	0	0
	Desvio Cubital	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	1	1
Cotovelo	Flexão	1+	1
	Extensão	0	0

Tabela 2.1. Avaliação do Tónus Muscular MS

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Membro Inferior			
		27/09	31/10
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
Tibiotársica	Dorsiflexão	0	0
	Flexão Plantar	0	0
	Inversão	1+	1
	Eversão	1+	1
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Coxofemoral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0

Tabela 2.2. Avaliação do Tónus Muscular MI

Coordenação Motora

A avaliação da coordenação motora baseia-se na simetria, ritmo, alternância e rapidez. (Menoita, 2012)

Para executar a avaliação da coordenação motora dos membros superiores utilizada a prova de índice-nariz. A utente conseguiu realizar o exercício de forma correta com o membro superior esquerdo. Não realizada à direita por presença de quadro neuro-motor de hemiparésia direita. Realizada também a prova da Indicação de Barany, que utente realiza de forma correta, com o membro superior esquerdo, sem presença de dismetria ou descoordenação sensitiva.

Para executar a avaliação da coordenação motora dos membros inferiores utilizada a prova calcanhar – joelho, onde utente conseguiu com o membro inferior esquerdo tocar no joelho direito, de forma repetida e com os olhos fechados, mas sem capacidade de executar o exercício com o membro inferior direito.

Sensibilidade

Avaliada a sensibilidade dos membros superiores e membros inferiores, em todos os segmentos corporais, e foi respeitada a ordem do distal para o proximal bilateralmente e com os olhos fechados. Não realizada neste momento a avaliação da sensibilidade na face uma vez que já foi descrita na secção dos pares cranianos.

Sensibilidade Superficial:

- Tátil: sem alterações.
- Térmica: sem alterações (realizou a correta identificação do calor e do frio nos diferentes segmentos).
- Dolorosa: sem alterações.

Sensibilidade Profunda:

Utente mantém sentido de pressão, conseguiu identificar o locais de pressionados pela Enfermeira.

Sensibilidade vibratória – Mantida.

Sensibilidade postural – Na avaliação inicial apresenta alguma dificuldade, mas na última avaliação utente demonstra maior consciência da posição exata dos segmentos.

Sentido esteriognóstico – Mantido.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Equilíbrio:

Apesar de já avaliado no VIII par craniano Estado-acústico de forma mais grosseira onde existiu a possibilidade de levantar o foco de enfermagem equilíbrio dinâmico comprometido.

Equilíbrio:	27/09	31/10
Estático Sentado	Eficaz	Eficaz
Estático em Pé	Comprometido	Eficaz
Dinâmico Sentado	Comprometido	Eficaz
Dinâmico em Pé	Comprometido	Eficaz

Tabela 3. Avaliação do Equilíbrio

Perante o levantamento do diagnóstico equilíbrio dinâmico comprometido, senti a necessidade de fundamentar a tomada de decisão com apoio do índice de Tinetti (versão portuguesa de Petiz, E.M. 2002), para demonstrar se houve evolução após a aplicação do plano de cuidados personalizado.

Índice de Tinetti – Teste de Equilíbrio	27/09	31/10
1. Equilíbrio sentado	1	2
2. Levantar-se	0	1
3. Equilíbrio Imediato (primeiros 5 segundos)	1	2
4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos	1	2
5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição	0	2
6. Fechar os olhos na mesma posição	0	1
7. Volta de 360° (2 vezes)	0	1
8. Apoio Unipodal	0	0
9. Sentar-se	0	1
TOTAL	3	12

Tabela 4. Avaliação segundo Índice de Tinetti

Não possível realizar a segunda parte do Índice de Tinetti por utente não apresentar capacidade para realizar teste de marcha.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Marcha

Perante as normas de segurança da instituição, os utentes deslocam-se de cadeira de rodas entre departamentos e o serviço em que estão alocados. Inicialmente a utente desloca-se em cadeira de rodas com apoio de terceiros até aos departamentos, mas rapidamente torna-se autónoma. Na reta final do internamento no centro reabilitação a utente iniciou treino de marcha no ginásio, mas sem possibilidade de realizar no serviço, devido a normas institucionais.

Avaliação da Dependência para as Atividades de Vida Diária

Para avaliar a funcionalidade recorri ao Índice de Barthel e à Medida de Independência Funcional (MIF).

O índice de Barthel permite estimar o grau de dependência da pessoa na realização de atividades de vida diária. O índice é composto por 10 atividades sendo elas a alimentação; tomar banho; vestir-se; higiene pessoa; trânsito intestinal/defecação; micção; casa de banho; transferência cadeira – cama; deambulação e escadas.

ÍNDICE DE BARTHEL	27/09	31/10
SCORE	35	60

Tabela 5. Índice de Barthel

Interpretação dos Resultados	
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

Tabela 5.1. Interpretação dos Resultados do Índice de Barthel

Medida de Independência Funcional (MIF)

A Escala de Medida de Independência Funcional foi desenvolvida tendo em conta a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens publicada pela Organização Mundial de Saúde em 1980. É um instrumento de avaliação constituído por 18 itens, e a DGS (2011) identifica-a como uma das escalas de avaliação funcional estandardizada para a definição do plano terapêutico de reabilitação individual da pessoa e pela Ordem dos Enfermeiros (2016), como um instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. (OE,2023)

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

É considerada um instrumento de avaliação que tem como propósito determinar a incapacidade funcional de adultos e idosos; avaliar os ganhos funcionais; avaliar a qualidade de um programa de reabilitação; fazer comparação dos resultados e conseguir avaliar a evolução desde o momento da admissão até ao momento da alta. (OE, 2023 e Granger, 2011)

É um instrumento de avaliação multidisciplinar provavelmente o mais amplo instrumento para medir a capacidade funcional. Sendo um instrumento universal avalia as funções superiores, considerando-se um indicador de incapacidade. Assim sendo, as modificações da MIF refletem a eficácia do programa de reabilitação (Benvegna et al, 2008).

Constitui uma escala fiável e válida, mas de difícil aplicação, considerando-se com baixa reprodutibilidade, sobretudo devido ao facto de avaliar aspetos cognitivos e de interação social. É um instrumento que requer que os avaliadores estejam devidamente treinados e habilitados para a sua aplicação e a aplicação regular desta escala permite avaliar a evolução clínica e funcional da pessoa. (Granger, 2011) A escala é regida por vários princípios, sendo eles: a avaliação da funcionalidade que deverá ser efetuada através da observação direta; deverá ser preenchida até 10 dias após a admissão; o preenchimento deverá ser efetuado por toda a equipa multidisciplinar e deverá ser estabelecido com o que a pessoa é capaz de fazer, no momento do preenchimento, e não tendo em conta aquilo que ele poderá vir a fazer. A avaliação é realizada através da observação durante a realização de atividades, onde é avaliada a qualidade do movimento, o tempo de realização, destreza, coordenação, habilidades cognitivas, sociais ou emocionais. O objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a capacidade que a pessoa tem para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas da vida diária; todas as alíneas deverão ser preenchidas e caso a funcionalidade demonstrada pela pessoa, em determinada atividade, seja variável, deverá ser atribuída a pontuação mais baixa (Turner-Stokes et al, 1999).

No CMRA, o preenchimento da Escala de MIF é realizado na primeira reunião de objetivos, onde estão presentes todos os elementos da equipa multidisciplinar, que normalmente é realizada às 72h após a admissão, a MIF vai sendo atualizada consoante o desempenho da pessoa no seu programa de reabilitação e inclusivamente no momento da alta.

Cada um dos dezoito itens da MIF tem uma cotação máxima de 7, e a cotação mínima de 1. O valor 1 corresponde a ajuda total e o valor 7 significa que a pessoa tem independência completa (em segurança, em tempo normal). A cotação total mais elevada é, portanto, de 126 e a mais baixa é de 18. A cotação em sete níveis é fundamental para que as alterações funcionais sejam observadas com uma sensibilidade suficiente.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

As duas dimensões da MIF, motora e cognitiva, apresentam valores parcelares. Assim, a dimensão motora apresenta uma cotação total máxima de 91 e mínima de 13, e a dimensão cognitiva uma cotação total máxima de 35 e mínima de 5. A soma das duas dimensões corresponde ao valor total máximo e mínimo da MIF.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL		Admissão	Alta	
DIMENSÃO MOTORA	Autocuidados	a. Alimentação	5	5
		b. Higiene Pessoal	3	4
		c. Banho (lavar o corpo)	3	5
		d. Vestir metade superior	2	6
		e. Vestir metade inferior	2	5
		f. Utilização da sanita	2	6
	Controlo de Esfincteres	g. Bexiga	3	4
		h. Intestino	6	6
	MOBILIDADE			
	Transferências	i. Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	4	5
		j. Sanita	3	6
		k. Banheira	2	5
	Locomoção	l. Marcha / Cadeira de Rodas x	5	6
m. Escadas		2	2	
DIMENSÃO COGNITIVA	Comunicação	n. Compreensão	5	6
		o. Expressão	5	6
	Cognição Social	p. Interação social	6	6
		q. Resolução de problemas	1	1
		r. Memória	6	7
	TOTAL		65	91

Tabela 6. Avaliação da MIF

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

MIF	Admissão	Alta
DIMENSÃO MOTORA	42	65
DIMENSÃO COGNITIVA	23	26

Tabela 6.1. Avaliação por Dimensões da MIF

2.3 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios e a mobilidade do membro superior	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a perceção que a utente apresenta do hemicorpo afetado. • Avaliar a sensibilidade Superficial e Profunda do hemicorpo afetado. • Analisar com a pessoa a relação entre o exercício e a perceção. • Instruir exercícios para melhorar a perceção como: ativação do membro, rotação do tronco, treino bilateral dos membros superiores e facilitação cruzada. • Estimulação sensorial através da massagem terapêutica. 	<p>27/09: Na avaliação primária realizado despiste de negligência unilateral, que se verifica negativo (sabendo de antemão estar associada frequentemente a lesões no hemisfério direito, a literatura sugere que todas as pessoas com AVC beneficiam do seu rastreio Araújo, P. et al., 2021 citando Menon et al.,2015).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposição da mesa de cabeceira ficou à direita, para iniciar as atividades de recuperação bilateral de forma a estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, favorecer a reeducação do reflexo postural do lado afetado; - Utilização de Tabuleiro de apoio transparente na cadeira de rodas, para manter o MS direito dentro do campo visual

Tabela 7. Plano de Cuidados segundo o Padrão Documental (cont.)
ESSATLA | março de 2024

<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular no hemicorpo direito (afetado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar técnicas de exercício muscular e articular. 	<p>e incluí-lo nas atividades realizadas apesar da limitação funcional.</p> <p>Avaliação subjetiva com notável reintegração do esquema corporal e posteriormente com melhores resultados no autocuidado.</p> <p>Avaliar o conhecimento sobre as técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>Durante a realização dos exercícios pedido sempre a máxima colaboração da pessoa, estimulando a sua concentração no exercício e observar o movimento de todos os segmentos de forma a perceber o que está a ser feito.</p> <p>Realizados ensinamentos no âmbito da prevenção da imobilidade do hemicorpo direito (afetado) e dos benefícios da integração do esquema corporal, bem como sobre possíveis lesões provocadas pela adoção de posicionamentos inadequados/viciosos.</p> <p>No início de cada sessão usado recurso à memória da utente</p>
--	---	---

<p>Movimento muscular diminuído no Membro Superior Direito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular [Escala de Força MRC] • Monitorizar força muscular através de escala [Escala de Força MRC] • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (correspondente à força muscular avaliada, iniciando no segmento distal para o proximal) <ul style="list-style-type: none"> - Dedos: Flexão/extensão, adução, abdução, oponência do polegar - Punho: Flexão/extensão, desvio radial, desvio cubital - Antebraço: Pronação e supinação - Cotovelo: Flexão/Extensão - Ombro: Rotação interna/ Rotação externa Flexão/Extensão, adução/ abdução, elevação/depressão e circundação. - Omoplata: Elevação e depressão; rotação medial e rotação lateral 	<p>para ela realizar o mapa mental da última sessão e explicar os exercícios e as atividades terapêuticas realizadas anteriormente.</p> <p>27/09: Monitorizar força muscular através da Escala MRC (descrito no capítulo anterior os resultados da primeira e última avaliação) Realizadas mobilizações passivas durante as primeiras 3 semanas da intervenção, posteriormente com discreta melhoria da força a nível dos segmentos proximais e evoluiu para mobilizações ativas assistidas nesses segmentos. Habitualmente realizadas no turno da tarde ou no final do turno da manhã o que indica que seria a segunda vez que os segmentos eram trabalhados (por outro técnico). Repetidas, habitualmente, entre 8-10 vezes em cada movimento, respeitando o limite da dor ou da fadiga cumulativa.</p>
---	--	---

<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares no MS direito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Automobilização do membro Superior • Estimulação sensorial através da massagem terapêutica. 	<p>Executadas de forma coordenada e repetida, para a formação do engrama motor (Menoita, 2012).</p> <p>Cumprindo sempre a mobilização do segmento distal para o proximal.</p> <p>Incentivada a usar o tabuleiro de apoio do MS direito, para estar integrado no esquema corporal utilizando o mesmo como superfície de trabalho, fazendo uso à facilitação cruzada e à mobilização e rotação do tronco.</p> <p>A pessoa foi ensinada e instruída a realizar a mobilização do Membro Superior, com intuito de promoção do movimento, ajudando a tomar consciência e a manter contacto com o seu lado afetado, reduzindo a eventual possibilidade de adquirir espasticidade na omoplata, no ombro e na mão (Araújo et al.,2021), por manter o MS em padrão anti-espástico (Menoita, 2012). O exercício foi realizado na cama na posição de deitado e sentada na</p>
--	--	---

		<p>cadeira de rodas, onde existiu inicialmente a necessidade usar como recurso o espelho para a pessoa ter o feedback visual e desta forma corrigir defeitos posturais e ter consciência do alinhamento corporal.</p>
<p>Movimento muscular diminuído no Membro Inferior Direito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular [Escala de Força MRC] • Monitorizar força muscular através de escala [Escala de Força MRC] • Executar técnica de exercício muscular e articular passivas; ativas-assistidas; ativas e ativas resistidas (correspondente à força muscular avaliada, iniciando no segmento distal para o proximal) <ul style="list-style-type: none"> - Dedos: Flexão/extensão. - Tibiotársica: Eversão/ Inversão; Dorsiflexão/ Flexão Plantar. - Joelho: Flexão/Extensão - Coxo-femoral: Rotação Interna/ Externa; Adução/ Abdução; Flexão/ Extensão 	<p>27/09: Monitorizar força muscular através da Escala MRC (descrito no capítulo anterior da avaliação)</p> <p>Realizadas mobilizações que variaram quanto à intensidade dependendo do segmento trabalhado. Nos dedos e articulação Tibiotársica foram realizadas mobilizações passivas. Joelho realizadas mobilizações ativas-assistidas, sendo que na última semana a pessoa já apresentava potencial para realizar mobilizações apenas ativas, com necessidade de pequenas orientações verbais. E no segmento coxofemoral a pessoa apresenta inicialmente força com potencial para realizar mobilizações ativas, mas pela descoordenação inicial, realizadas mobilizações ativas</p>

<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular no MI direito</p>		<p>assistidas que evoluíram ao longo do programa até às mobilizações ativas-resistidas (mas com baixo grau de resistência).</p> <p>Durante as mobilizações foi sempre tido em conta favorecer o padrão inibitório da espasticidade, favorecendo determinadas mobilizações em detrimento de outras como foi o caso da insistência no movimento de eversão, pois o MI direito adota por padrão a posição de inversão. E no movimento da coxofemoral - rotação interna, pois o a rotação externa integra o padrão espástico.</p> <p>Repetidas, habitualmente, entre 8-10 (início/final do programa) vezes em cada movimento, respeitando o limite da dor ou da fadiga cumulativa.</p> <p>Por aplicação das seguintes atividades terapêuticas, conseguiu-se atingir resultados muito favoráveis em relação ao autocuidado, como comprovado no próximo capítulo apresentado.</p>
---	--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Rolamentos • Ponte Terapêutica • Dissociação da cintura pélvica	<p>Como recomendado por Menoita (2012), o rolamento foi a primeira atividade a ser instituída. Inicialmente com ajuda total, com instrução da atividade e demonstração e posteriormente já próximo da alta, com a possibilidade da utente a realizar de forma autónoma e independente.</p> <p>O exercício da ponte terapêutica permitiu favorecer o movimento controlado e funcional da anca, que segundo Araújo et al., é extremamente importante na concretização de inúmeras atividades intrínsecas ao autocuidado.</p> <p>O intuito deste exercício foi favorecer o controlo desta articulação, com o objetivo de potenciar um levante estável e bem-sucedido. Apesar de determinada literatura referir o seu uso em determinadas pessoas em alternativa à ponte este exercício, proporciona benefícios cumulativos à atividade anterior. Entre eles o alongamento do tronco no lado afetado e na cadeia posterior e</p>
--	---	--

		<p>para a rotação do tronco no plano transversal, promovendo a rotação externa do ombro e rotação interna do MI.</p> <p>As atividades terapêuticas eram realizadas no quarto da pessoa num ambiente calmo e controlado, recorrendo sempre ao biofeedback, como gerador de motivação para a realização dos exercícios.</p> <p>Realizadas entre 3-5 ou 10 repetições, variáveis consoante o grau de fadiga da pessoa. Uma vez que o treino instituído pelo EEER é posterior às atividades já realizadas com os restantes profissionais de outras áreas presentes no centro de reabilitação.</p>
--	--	---

<p>Espasticidade em grau reduzido</p> <p>Localizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexão e extensão dos dedos da mão direita - Flexão do cotovelo - Inversão e eversão da Tibiotársica 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar Tónus Muscular [Escala de Ashworth Modificada] • Monitorizar Tónus Muscular [Escala de Ashworth Modificada] • Aplicar Tala Insuflável • Executar técnica de exercícios muscular e articular passivo (dedos e articulação tibiotársica e inicialmente o cotovelo também) e ativo assistido (numa fase posterior a articulação do cotovelo) 	<p>27/09 e 31/10 avaliação documentada do tónus muscular, mas realizada sem registo em todas as sessões, com perceção da melhoria significativa após a aplicação da tala insuflável e das mobilizações favorecendo sempre o padrão anti-espástico.</p> <p>A tala foi um recurso sempre utilizado antes ou após a mobilização, consoante a disponibilidade, mas que a utente refere gostar particularmente, pois sente um relaxamento do MS acentuado após a sua aplicação.</p> <p>Foi integrado no programa de reabilitação, por estar associada a inúmeros benefícios entre os quais vantagens biomecânicas (destacando a prevenção de diminuição da elasticidade e encurtamento das fibras muscular, manutenção do alinhamento articular e da limitação do grau de liberdade de movimento, fortalecer grupos musculares nas mobilizações sem risco de prejuízo associado ao peso</p>
--	--	---

<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de posicionamento em padrão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento sobre medidas de prevenção da espasticidade e técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade • Avaliar a capacidade para usar a técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade 	<p>estático ou dinâmico) e sensoriais (salientando a promoção da estimulação propriocetiva e a adição de uma carga tátil importante) (PANat 2017)</p> <p>No uso da tala a pressão é sustentada e distribuída de forma igual controlando a distribuição do tônus muscular inibindo o padrão espástico no processo reabilitativo. Sendo possível com a sua utilização alcançar a estabilidade necessária para a realização de carga precoce para a reabilitação.</p> <p>Os exercícios já se encontram avaliados no quadro anterior.</p> <p>Realizados ensinamentos durante as sessões de como o correto posicionamento previne deformidades músculo-esqueléticas, além de fazer estimulação sensorial e de promover o reconhecimento e consciência do lado afetado.</p> <p>Partindo do princípio que não é possível evitar completamente a espasticidade (Menoita,2012) é possível reduzir a sua</p>
---	--	---

<p>inibitório de espasticidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade • Treinar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade 	<p>instalação através da promoção de um correto posicionamento. O posicionamento em padrão anti-espástico deverá ser sempre uma ferramenta a usar, independentemente do local onde a utente está ou do decúbito que iremos promover, pois é uma intervenção que permite a integração do esquema corporal e da alternância. Tem como benefícios segundo Menoita (2012) citando Barros e Santos (2010): promove o conforto e o bem-estar (após a intervenção a utente refere relaxamento dos segmentos trabalhados); evita alterações músculo-esqueléticas, que poderão induzir dores musculares e articulares e limitação funcional, com pior prognóstico na recuperação funcional e favorecer a alternância dos campos visuais. A motivação da utente para manter o posicionamento foi um dos pontos chave para o sucesso da intervenção. Com particular atenção da mesma no posicionamento da cadeira de</p>
---	---	---

		<p>rodas e para privilegiar o decúbito lateral para o lado afetado.</p>
<p>Equilíbrio corporal comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar equilíbrio Corporal, empiricamente. • Avaliar equilíbrio corporal através de escala [Índice de Tinetti] • Monitorizar equilíbrio corporal através de escala [Índice de Tinetti] • Executar técnicas de treino de equilíbrio [dinâmico sentado] 	<p>Após programa de reabilitação instituído, que poderia variar consoante o humor, motivação e empenho da utente existiu uma franca melhoria, comprovada nos resultados descritos no próximo capítulo.</p> <p>Usadas técnicas tanto com a pessoa sentada na cadeira de rodas como sentada na cama. Foi tida sempre em atenção colocar os pés da pessoa em contacto com o chão e partir daí dar início ao treino.</p> <p>Realizado treino através da carga do cotovelo e facilitação cruzada (com recurso a Automobilização do MS tentar tocar na mão do EEER), através também da indução de ligeiro balanço no tronco da pessoa, de forma que esta compense o movimento recuperando o equilíbrio. Realizado treino de transferência de peso de uma anca para a outra e de</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Executar técnicas de treino de equilíbrio [estático em pé] • Executar técnicas de treino de equilíbrio [dinâmico em pé]	<p>transferência de peso para o braço afetado. Não foi incentivada a realizar exercícios sozinha, uma vez que existe a permanência de enfermeiros no serviço e por questões de segurança.</p> <p>Usado como recurso o Standing Frame para a pessoa realizar a atividade de posição de pé com uma duração de 20 a 30 minutos, consoante a capacidade de pessoa. Usada a correção postural, durante o uso do standing frame e com a possibilidade de colocar o MS afetado sobre o suporte e desta forma também integrar o hemicorpo nesta atividade.</p> <p>Para estimular o equilíbrio dinâmico em pé que a pessoa só atingiu na fase final do internamento, realizado no standing frame alternância unipodal e aproximação do calcanhar ao cotovelo e do joelho ao cotovelo, como estratégias de induzir o desequilíbrio para que a pessoa possa autocompensar essa</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a manter equilíbrio corporal 	<p>variação de peso sobre o tronco. Como a pessoa ainda não tinha capacidade e indicação de realizar marcha, que estaria a iniciar treino no ginásio com a fisioterapia, não foram adotadas outras técnicas pelo EEER.</p> <p>Durante o período de treino no standing frame utilizado sempre o reforço positivo, onde a pessoa demonstrava satisfação em atingir os objetivos traçados.</p> <p>Privilegiada a correção postural, pois tem um significado muito importante para o controlo da postura e para a recuperação do equilíbrio. Utilizado o espelho ou por indicação verbal do EEER, sendo que existe correção mais ágil ao espelho do que na exemplificação ou demonstração por parte do EEER.</p>
<p>Potencial para melhorar conhecimento e capacidade sobre a técnica de adaptação para transferir-se não demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se. • Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se. 	<p>- Inicialmente utente com pouco conhecimento sobre a estratégia de levante e transferência cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/cama.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se. • Treinar técnica de adaptação para transferir-se 	<p>Franca melhoria após as 5 semanas de programa de reabilitação, mas a pessoa necessitou sempre de supervisão no treino de transferir-se. Considera-se também que a pessoa apresenta maior facilidade na transferência cadeira de rodas/cama.</p>
<p>Autocuidado: Higiene</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene • Ensinar prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene • • 	<p>- Com ajuda dos EEER da Unidade Terapêutica de Atividades da Vida Diária, existiu a hipótese de mostrar os diferentes produtos de apoio ao autocuidado de higiene, como por exemplo as esponjas de cabo longo para lavar as costas, pois é considerada das etapas mais difíceis na execução da higiene e pedida à família fotografias da casa de banho de casa, para se delinear estratégias e produtos de apoio adequados ao ambiente doméstico da pessoa.</p> <p>- Ensinadas estratégias adequadas, para a pessoa tornar-se cada vez mais independente nesta</p>

<p>Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade par usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene • Instruir sobre o uso dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene • Treinar sobre o uso dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene 	<p>autocuidado. Apesar de não existir compromisso sensitivo, foi delineada estratégia que a pessoa deve utilizar sempre de forma a sistematizar o autocuidado, começando pela organização do material necessário para o autocuidado, treinar a entrada e saída do chuveiro, em relação à capacidade para regular a temperatura da água, tendo sido realizado reforço na consciencialização para a necessidade de testar a temperatura da água no lado não afetado e treinar lavar todas as zonas do corpo. Não foi possível incentivar a pessoa a lavar o hemicorpo são, pois não apresentava força muscular suficiente para realizar a tarefa.</p>
---	---	---

<p>Autocuidado: Vestir/ Despir comprometido</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas de adaptação para o autocuidado: vestuário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar com a pessoa a capacidade para vestir-se/despir-se; • Ensinar sobre técnica de adaptação para vestir-se/ despir-se; • Instruir sobre técnica de adaptação para vestir-se/ despir-se; • Treinar a técnica de adaptação para vestir-se/ despir-se. 	<p>- A pessoa apresentava inicialmente dificuldade em se vestir e despir sozinha, pelo que foi incentivar a adotar estratégias como usar vestuário largo e com elasticidade para facilitar a atividade e diminuir a frustração associada à atividade.</p> <p>Começar sempre pelo vestuário da cintura para cima e pelo lado afetado e progredir para o vestuário da cintura para baixo e no final o calçado.</p> <p>Utilizar a cadeira de rodas, pois a cama irá induzir desequilíbrio e irá dificultar a tarefa.</p> <p>Utilizar sempre como recurso espelho, para que a pessoa consiga ter a perceção do que poderá corrigir sem a necessidade que lhe seja indicado verbalmente.</p> <p>Para despir, começar sempre pelo são.</p> <p>À data final do internamento a pessoa, demonstrou uma melhoria bastante significativa, com a capacidade para vestir-se/ despir-se melhorada. Os treinos eram realizados no</p>
--	--	--

		<p>período da manhã e após a execução do autocuidado: higiene.</p> <p>Na parte da tarde e pela utente referir que existia muita dificuldade no calçado esse treino era normalmente realizado após as mobilizações no leito.</p>
<p>Autocontrolo: continência urinária ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre reeducação vesical • Instruir sobre técnicas de exercícios para o autocontrolo: continência urinária • Treinar técnicas de exercícios para o autocontrolo: continência urinária 	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhada a eliminação urinária antes do sono - Planear eliminação urinária através de uma rotina miccional levando a pessoa à casa de banho a horas certas e várias vezes ao dia (antes do autocuidado: higiene, após o pequeno-almoço, após o almoço; após o lanche e antes de deitar) e todas as vezes que a pessoa refere necessidade. - Monitorizar eliminação urinária. - Planear ingestão de líquidos. <p>No final do internamento a pessoa já apresentava autonomia para ir ao WC e independente tanto na transferência como eliminação e higiene, apenas realizada supervisão por segurança.</p>

2.4. PROGRAMA DE TREINO DE AVD'S; PROGRAMA DE MOBILIZAÇÕES E TREINO DE EQUILÍBRIO

Mapa do programa de Reabilitação

Turno da Manhã (8h00 às 16h00)	8h30: Treino de Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene • Arranjar-se • Vestuário
	Treino de transferências	Leito/ cadeira de Higiene Cadeira de Higiene/ Cadeira de Rodas
	Treino de equilíbrio	Levantar da cadeira de Rodas; Posição de pé (no momento do treino do vestuário da cintura para baixo)
	Treino do autocontrolo: Continência de urinária	Promovendo a ida à sanita antes da higiene, após o pequeno-almoço e após o almoço.
	Se a utente tiver o horário livre de terapias entre a 14h e as 15h, realizadas mobilizações do MS e MI	MS – Mobilizações passivas 8 a 10 repetições por segmento. MI – Mobilizações passivas; ativas-assistidas; ativas e ativas-resistidas consoante o segmento 8-10 repetições

<p>Turno da tarde (15h30 às 23h30)</p>	Treino do autocontrolo: Continência de urinária	Promovendo a ida à sanita após o lanche e antes do deitar
	Treino de equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> • Indução de desequilíbrio para que a pessoa possa autocompensar a variação de peso sobre o tronco, sentada na cadeira com as costas desencostadas • Posição de pé 20 a 30 minutos no <i>Standing Frame</i> • Alternância Unipodal • Treino de aproximação do calcanhar – cotovelo [Flexão do Joelho] • Treino de aproximação do joelho – cotovelo [Flexão da coxofemoral] • Treino na cadeira com Automobilização do MS
	Treino de Correção Postural	<ul style="list-style-type: none"> • Sentada na cadeira • Em pé [Recurso do espelho]
	Treino de transferência	Cadeira de Rodas/ Posição de pé; Posição de pé / Cadeira de Rodas; Cadeira de Rodas/ Leito e Leito/ Cadeira de Rodas

	Colocação de Tala Insuflável e posteriormente massagem terapêutica	20 a 30 minutos
	Mobilizações no Leito	MS – Mobilizações passivas 8 a 10 repetições por segmento. MI – Mobilizações passivas; ativas-assistidas; ativas e ativas-resistidas consoante o segmento 8-10 repetições
	Atividades Terapêuticas	<ul style="list-style-type: none"> • Automobilização do membro superior; • Rolamentos; • Ponte Terapêutica; • Dissociação da cintura pélvica. <p>Inicialmente 3 a 5 repetições por atividade, evoluindo até às 8 repetições.</p>
	Treino do autocuidado: Vestir/Despir	Realizado treino antes de deitar, com objetivo de a pessoa despir a roupa do dia e vestir o pijama.

Foram realizadas todas as tentativas, para que fosse possível potenciar a capacidade de execução nos autocuidados.

Privilegiada também a coordenação motora e pequenos exercícios de memória e atenção durante a implementação do programa.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

A utente antes de deitar também tinha como tarefa organizar e escolher a roupa para o dia seguinte, estimulando desta forma a autonomia para essa escolha. E de alguma forma também estimular a fazer o planeamento das atividades do dia seguinte

3. RESULTADOS

Perante uma utente do sexo feminino de 77 anos com diagnóstico AVC isquémico da Artéria Cerebral Média esquerda, com quadro neuro-motor de hemiparesia direita, institucionalizada num centro de reabilitação foi desenhado um programa de treino de atividades de vida diária, de mobilizações (membros superiores e inferiores) e de treino de equilíbrio, durante um período de 5 semanas.

Durante este período conseguiu-se quantificar ganhos em diferentes áreas nomeadamente no aumento da força muscular na maioria dos segmentos corporais, confirmada pela aplicação da Escala de Força MRC, também se comprovou através da Escala de Ashworth Modificada discreta melhoria na diminuição da espasticidade na flexão e extensão dos dedos e na flexão do cotovelo, bem como no movimento de inversão e eversão do pé direito.

No domínio do autocuidado também se verificou uma melhoria no Índice de Barthel uma vez que o score inicial foi de 35, e o último de 60. Em relação à MIF o score inicial foi de 65 pontos e o final 91 pontos, revelando também melhoria significativa. O que resulta na progressão de um estado de dependência significativa para a realização das AVD's, para um estado de dependência ligeira com melhoria do desempenho funcional, capacidade para o autocuidado e ganho de autonomia e de independência.

Em relação ao equilíbrio o Índice de Tinetti revelou um score inicial de 3 e final 12, o que revela melhoria significativa do equilíbrio corporal, após programa realizado, notando-se um aumento significativo na mobilidade, coordenação motora e agilidade,

4. DISCUSSÃO

Perante a aplicação do programa de treino de atividades de vida diária, de mobilizações (membros superiores e inferiores) e de treino de equilíbrio, percebeu-se através dos resultados apresentados que existiu uma melhoria significativa em todos os focos de enfermagem de reabilitação abordados, como comprovam os dados obtidos por meio de instrumentos devidamente validados. Conseguindo-se inferir a efetividade da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no desenho das intervenções na implementação dos exercícios que promovem o autocuidado, o equilíbrio, a autonomia e a independência.

Face à literatura consultada, no âmbito de reunir informação para fundamentar a escolha e a implementação do programa consegue-se perceber que os dados são concordantes com os demais casos clínicos consultados. Denotando-se assim uma vez mais a importância da enfermagem de reabilitação.

Referindo no entanto que os ganhos obtidos neste relato não podem ser apenas inferidos à atuação do presente programa uma vez que a pessoa está inserida num centro de reabilitação, onde tem diariamente um programa de terapias direcionado para o ganho de funcionalidade. Sendo portanto esta a principal limitação do caso clínico.

Perante os resultados apresentados através dos instrumentos selecionados a utente apresentou segundo a MRC uma evolução positiva da força muscular no hemicorpo direito, com melhoria notória do segmento crural em relação ao braquial. Através da Escala de Ashworth modificada existiu uma discreta diminuição do tónus a nível dos dedos e cotovelo. A nível do equilíbrio corporal, os resultados observados comprovaram que a melhoria na avaliação do equilíbrio são comprovados pelo aumento do score do Índice de Tinetti. O Índice de Barthel revela inicial dependência severa com score de 35 e final revela utente com dependência moderada score 60, demonstrando melhoria no nível de dependência. A MIF apresenta um score à entrada de 65 e final de 91. Denotando-se que a evolução mais significativa é a dimensão motora em relação à cognitiva.

De qualquer das formas poderá assumir-se que o facto do EEER, estar integrado nesta equipa multidisciplinar onde o fator de seleção de internamento é apresentar necessidades especiais com potencial de recuperação, o EEER tem competências específicas para cuidar destas pessoas, capacitando-as para a reinserção no seu seio familiar e para a sociedade. E tendo uma

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

responsabilidade acrescida de conseguir atuar de forma motivadora e diferenciada no ganho de funcionalidade apoiando a pessoa no desenvolvimento das suas capacidades.

A pessoa abordada neste relato de caso clínico, apesar da labilidade emocional, associada à sua condição atual, esforçou-se em toda a aplicação do programa, pois via no EEER um aliado para superar as dificuldades encontradas. Reforçando que a pessoa necessita de acompanhamento e orientações direcionadas que possibilitem uma maior independência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo presente relato de caso clínico ser referente a uma pessoa institucionalizada num centro de reabilitação, os ganhos obtidos não podem ser apenas atribuídos ao EEER, uma vez que existe uma equipa multidisciplinar constituída por fisioterapeuta, terapia da fala, terapia ocupacional e psicóloga que trabalha com a pessoa.

O EEER tem um papel muito importante nos serviços de internamento, mas no centro de reabilitação tem principal destaque num departamento específico chamada Unidade Terapêutica de Atividades da Vida Diária, onde efetivamente a pessoa treina as atividades básicas de vida diária, realizando um notável progresso, tendo sempre em conta os objetivos da pessoa. Nos serviços de internamento, a intervenção do EEER é mais insidiosa no período da manhã nos autocuidados de higiene, arranjar-se e vestuário o que é um excelente momento de treino pois o utente está disponível e não se encontra cansado. No período da tarde o EEER tem a oportunidade de implementar os programas de reabilitação, focado nos objetivos desenhados em conjunto com a pessoa, na enfermaria, onde existe uma sala própria para a sua realização, que é usada como complemento à unidade da pessoa.

Assim sendo, após o decorrer das cinco semanas a pessoa apresentou desde o momento da primeira avaliação até ao momento da alta uma melhoria significativa na dimensão motora durante as atividades de vida diária, com ganhos efetivos na recuperação funcional, na mobilidade e na agilidade que interferem diretamente na sua qualidade de vida e a preparam para a transição para a sua casa numa nova condição, permitindo ter ganho ferramentas úteis para a concretização das AVD's e interferindo diretamente e positivamente na dinâmica familiar.

BIBLIOGRAFIA

American Stroke Association. (2024). Types of Stroke and Treatment in Website <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>

Benvegna, A. et al - Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Revista Ciência & Saúde*. 1:2 (2008) 71-77

Canadian Stroke Best Practices. (2019). Stroke Best Practices in Website <https://www.strokebestpractices.ca/>

Coelho, S. M. S., & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*, 15(4), 845–850. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>

Correia, N., Bernardes, R. A., Parola, V., Neves, H., Subtil, C., & Queirós, P. (2023). (Contornos da) Formação especializada em enfermagem de reabilitação (1965 - 1987) em Portugal. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(2), e310. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.310>

Direção Geral de Saúde. (2020). Programa Nacional para as doenças cerebrovasculares in Web Site <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/>

Europeana Stroke Organization. (2018). Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030 in Website <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

Granger, C. – Quality and Outcome Measures for Rehabilitation. [Em linha] Medscape Reference, 2011 [Consult. 4 Jul. 2012]. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/317865-overview#aw2aab6b2>

Granger, C. et al - The Uniform Data System for Medical Rehabilitation Report of Patients with Traumatic Brain Injury Discharged from Rehabilitation Programs in 2000 – 2007. *Journal of Physical Medicine Rehabilitation*. 89:4 (2010) 265–278.

Instituto Nacional de Estatística. (2023). Anuário Estatístico de Portugal in Website https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66301433&PUBLICACOESmodo=2

Lutz, B., & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4.ª Ed., pp. 15–30).

Martins, C., Correia, R., Martins, R., Campos, S., & Moreira, T. (2018). Doentes Após Seis Meses de Acidente Vascular Cerebral: Nível de Incapacidade Funcional. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde, 1*(1), 23–35. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.26>

Meireles Pinto, D. R., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., & Dornelles Schoeller, S. (2020). Reconhecimento do outro para o trabalho efetivo do enfermeiro de reabilitação: referencial de Axel Honneth. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 3*(2), 20–26. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.3.5774>

Meleis, A. I. (2010). Transitions from practice to evidence based models of care. In *Transition Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 1–10).

Menoita, E. C., Sousa, L. M. de, Alvo, I. B. P., & Vieira, C. M. (2012). *REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação in Website https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadroDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. 1–66. In Website https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreamreabilitação_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação In Website <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Porcelis Vargas, C., Amorim Zuchetto, M., Dornelles Schoeller, S., & Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M. (2020). Teoria de Enfermagem de Reabilitação como processo emancipatório: nota prévia. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 3*(2), 76–79. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.11.5813>

Reis, G., & Bule, M. J. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In C. M. Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1^a, pp. 57–65).

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais Teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a Ed., pp. 48–57).

Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 3*(2), 36–43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Silva, R. A., Araújo, P., & Marques, G. (2021). Programa de reabilitação com integração de ritmo. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a Ed., pp. 540–549).

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2023), Dia Mundial do AVC 2023 in Website <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-cao-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>

Tanlaka, E. F., McIntyre, A., Connelly, D., Guitar, N., Nguyen, A., & Snobelen, N. (2023). The Role and Contributions of Nurses in Stroke Rehabilitation Units: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 45(8), 764–776. <https://doi.org/10.1177/01939459231178495>

Theuerkauf, A. (2000). Autocuidado e Atividades da Vida Diária. In *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo* (2.^a Ed., pp. 173–207).

Timmis, A., Townsend, N., Gale, C., Grobbee, R., Maniadakis, N., Flather, M., Wilkins, E., Wright, L., Vos, R., Bax, J., Blum, M., Pinto, F., Vardas, P., Goda, A., Demiraj, A. F., Weidinger, F., Metzler, B., Ibrahimov, F., Pasquet, A. A., ... Logstrup, S. (2018). European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017. *European Heart Journal*, 39(7), 508–579. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx628>

TURNER-STOKES, L.; NYEIN K.; HALLIWELL, D. - The Northwick Park care needs assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 13 (1999) 253-267.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado para a participação no Relato de Caso Clínico

Consentimento Informado para a participação no Relato de Caso Clínico

Título do estudo: Enfermagem de reabilitação na Promoção da Independência Funcional, na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Relato de Caso Clínico

Pesquisador Responsável: Enfermeira Solange Marques

Instituição: Escola Superior de Saúde Atlântica

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado sobre a natureza, propósito e procedimentos do relato de caso Clínico intitulado “Enfermagem de reabilitação na Promoção da Independência Funcional, na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Relato de Caso Clínico”, conduzido pelo pesquisador responsável acima mencionado. Recebi explicações detalhadas sobre o estudo, os seus objetivos, benefícios, riscos e possíveis inconveniências.

Entendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização ou prejuízo no meu tratamento ou cuidados futuros. Também entendo que tenho o direito de recusar responder qualquer pergunta que eu considere invasiva, sem que isso afete a minha participação no estudo.

Os procedimentos que serão realizados durante o estudo podem incluir, mas não se limitam a:

1. Entrevistas: Serão conduzidas entrevistas com o objetivo de coletar informações sobre o histórico da doença, tratamentos realizados, cuidados recebidos e experiências vivenciadas no contexto do AVC e Enfermagem de Reabilitação.
2. Observação: Poderei ser observado durante as sessões de reabilitação ou em outras atividades relacionadas ao tratamento, com intuito de analisar as práticas de enfermagem os resultados obtidos.
3. Acesso a registos médicos: o pesquisador poderá ter acesso aos meus registos médicos relevantes para a realização do estudo de caso.

Compreendo que todas as informações coletadas serão mantidas estritamente confidenciais. O meu nome e quaisquer dados identificáveis não serão divulgados.

Declaro que recebi respostas satisfatórias para todas as perguntas que fiz sobre o estudo de caso e entendo completamente o seu propósito académico, procedimentos e possíveis riscos e benefícios.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

Fui informado de posso entrar em contato com o pesquisador responsável caso tenha dúvidas adicionais.

Ao assinar este consentimento voluntário para participar do estudo de caso “Enfermagem de reabilitação na Promoção da Independência Funcional, na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral” e concordo em fornecer as informações necessárias para a sua realização.

Local: Alcoitão

Data: 27/09/2023

Assinatura do Participante:

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

APÊNDICE II – Tarefa Realizada para Avaliação dos Pares Cranianos

(Já anexada ao trabalho anteriormente)

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

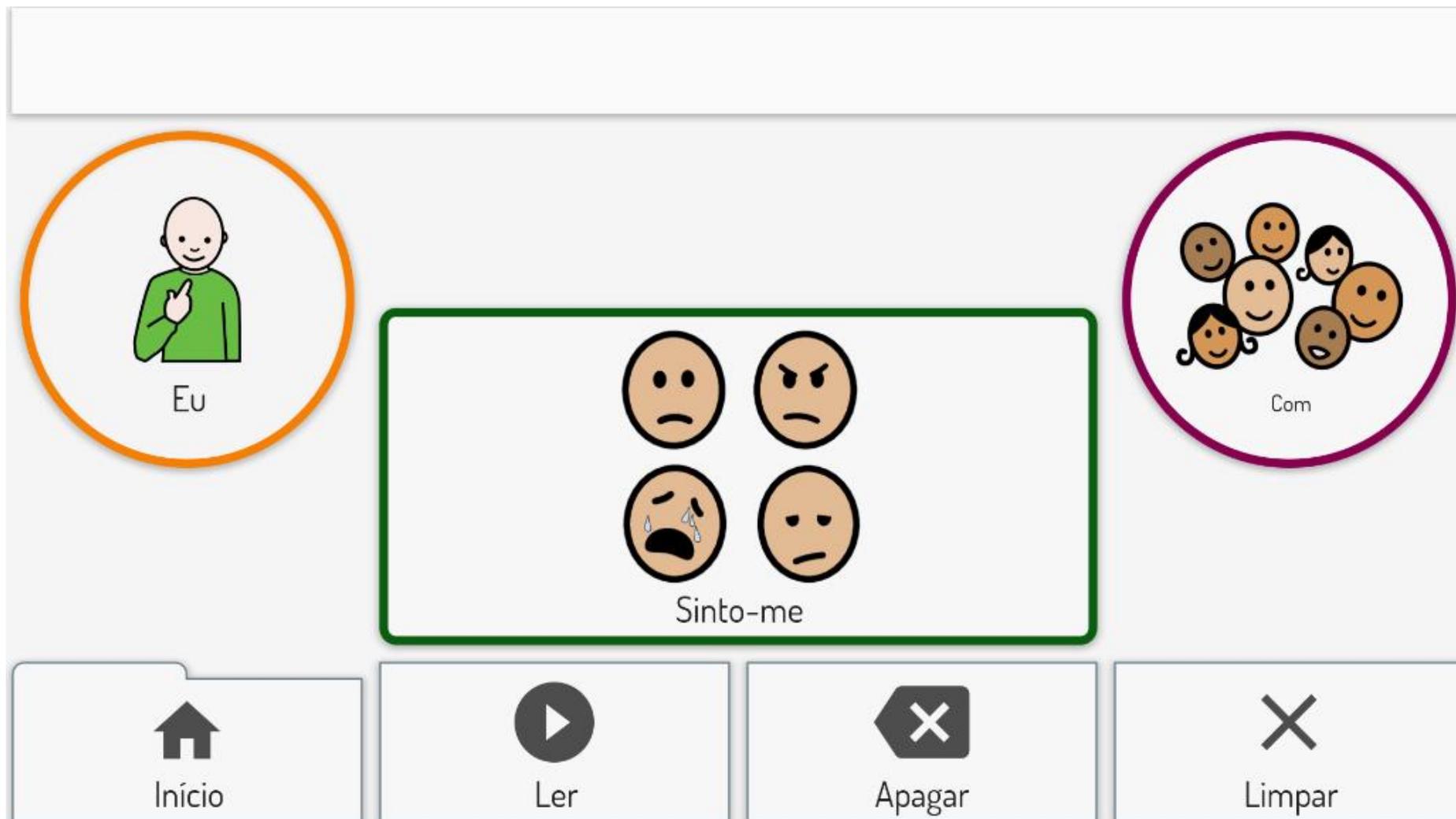
APÊNDICE VII – Quadro de Comunicação

Quadro de Comunicação para a pessoa com afasia



[In Website: <https://www.enso.es/verbo/community.php?board=834&s=&lang=&cat=>]

Tabela das Emoções



The interface displays a central grid of four sad face icons with the text "Sinto-me" below them, highlighted by a green border. To the left is a circle containing a person icon and the text "Eu". To the right is a circle containing a group of people icons and the text "Com". At the bottom, there are four buttons: "Início" (home icon), "Ler" (play icon), "Apagar" (delete icon), and "Limpar" (clear icon).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado



[In Website <https://www.enso.es/verbo/community.php?board=833&s=&lang=&cat=>]



[in Website <https://www.enso.es/verbo/community.php?board=565&s=atividades%20b%C3%A1sicas&lang=&cat=>]

Quero

 Início	 Ler	 Apagar	 Limpar	 Ajuda
 Beber	 Pequeno-almoço	 Almoçar	 Lanchar	 Jantar
 Fruta	 Legumes	 Massas e leguminosas	 Origem animal	 Pão, Lacticínios, bolos

[In Website <https://www.enso.es/verbo/community.php?board=565&s=atividades%20b%C3%A1sicas&lang=&cat=>]

Tabela das Atividades Básicas

 Eu	 Sim	 Não	 Quero	 Preciso	 Não sei
 Deitar	 Levantar	 Dormir	 Ler	 Descansar	 Visitar
 Ir à casa de banho	 Tomar banho	 Vestir	 Despir	 Entender	 Ver
 Bem	 Mal	 Divertido	 Aborrecido	 Familia	 Amigos
 Cores	 Roupa	 Quero ir a...	 Quero fazer...	 Apagar	 Ler

[In WebSite <https://www.enso.es/verbo/community.php?board=561&s=Adapt4you&lang=&cat=>]

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

ANEXOS

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

ANEXO I – Certificado de Formação “XXV Congresso Nacional de Medicina Intensiva”

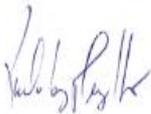
A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado



CERTIFICADO

Certificamos que **Solange Isabel Martins Marques** esteve presente no “**XXV Congresso Nacional de Medicina Intensiva / XI Congresso Luso Brasileiro de Medicina Intensiva**”, que se realizou de 10 a 12 de maio de 2023, no Taguspark em Oeiras.

Oeiras, 12 de maio de 2023


Presidente da SPCI
Dr. Paulo Mergulhão


SOCIEDADE PORTUGUESA DE
CUIDADOS INTENSIVOS

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

ANEXO II – Certificado de Formação “Investigação em Enfermagem”

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE. EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001.
Entidade equiparada e certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4.º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma NP ISO 21001:2020

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que, **Solange Isabel Martins Marques**, participou no dia 15 de Dezembro de 2023 com a duração total de 2 horas na Conferência

Investigação em Enfermagem

Lisboa, em 09 de janeiro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandre Costa
Diretora do Centro de Formação do CHLN

Mod.060/007/CF-CHLN

CENTRO DE FORMAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-026 LISBOA
Tel: 217 805 108 – Fax: 217 805 600

www.chln.pt

Avenida das Linhas de Torres, 111
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000

www.chln.pt

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

PLANO CURRICULAR – 2 HORAS

(Designação das unidades temáticas)

- | Conferência sobre Investigação em Enfermagem
- | Apresentação do Núcleo de Investigação em Enfermagem

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional para o autocuidado

ANEXO II I– Certificado de Formação “Terapêutica por nebulização”



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

O Serviço de Pneumologia Centro de Referência Fibrose
Quística

certifica que

Solange Isabel Martins Marques

frequentou a acção de formação

Terapêutica por nebulização

com duração de 1 hora

que decorreu no dia 07 de dezembro de 2023.

Lisboa, 07 de dezembro de 2023



SERVICÓ DE PNEUMOLOGIA

Diretora: ProF. Doutora Cristina Bárbara

IMP074.02

HQM: Tel: 217 005 293 – Fax: 217 606 648
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 561 838

www.chin.pt



1 / 2

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

