



**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO**

**CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE APÓS  
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**REALIZADO POR:**

**Marta Alexandra Tomás Couto Portugal**



**2º Mestrado em Enfermagem em  
Reabilitação**

**CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE APÓS  
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**Marta Alexandra Tomás Couto Portugal**

Orientação: Professor Doutor Nelson Guerra

Barcarena

Março 2024

(página deixada propositadamente em branco)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todo corpo docente da ESSATLA o qual me transmitiu as bases para a minha evolução neste percurso. Às enfermeiras orientadoras de estágio Susana Aguiar e Natália Martins por partilharem comigo os seus conhecimentos e permitirem o meu crescimento. Aos meus orientadores de estágio Professora Helena Pestana e em particular ao meu orientador de estágio profissionalizante, Professor Doutor Nelson Guerra, pela sua orientação, apoio e consolo em momentos menos fáceis e que sempre me incentivou em todas as fases.

Agradeço também a todos os meus colegas e companheiros desta aventura, grata pelas partilhas durante este percurso.

À minha família, aos meus pais, irmã, cunhado e sobrinhas pelo seu apoio e amor.

Ao meu esposo e às minhas filhas Maria Clara e Helena, os meus faróis e porto de abrigo, onde recolho força e coragem. Grata pelo apoio incondicional e compreensão nos períodos de ausência, sem o vosso apoio não teria reunido as forças necessárias para terminar.

## RESUMO

**Enquadramento:** Este relatório descreve a experiência de estágio profissionalizante (EP) no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), com foco na capacitação da pessoa com alteração da mobilidade após Acidente Vascular Cerebral (AVC) e com foco no desenvolvimento das aprendizagens teórico-práticas adquiridas e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e competências de mestre.

**Objetivos:** Relatar as experiências e contributos do EEER na reabilitação da pessoa após AVC e refletir sobre as aprendizagens e o desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista em reabilitação.

**Metodologia:** Descrição das atividades sob a forma narrativa com base em extensa pesquisa bibliográfica com intuito de destacar o papel crucial do EEER no cuidado à pessoa após AVC.

**Resultados:** O EEER intervém em diferentes áreas de reabilitação, promovendo a independência da pessoa na execução de atividades diárias e autocuidado. O relatório aborda a importância da ER na comunidade, onde o EEER atua na capacitação da pessoa, família e cuidadores.

**Conclusão:** As intervenções do EEER visam maximizar o potencial da pessoa, promovendo a funcionalidade e o autocuidado. A experiência em diferentes contextos de intervenção permitiu uma visão abrangente dos cuidados especializados prestados pelo EEER. As intervenções do EEER demonstraram impacto significativo na maximização da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa após AVC.

**Descritores:** Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação, Autocuidado, Funcionalidade

## **ABSTRAT**

**Framework:** This report describes the experience of a professional internship within the Master's in Rehabilitation Nursing program, focusing on empowering individuals with mobility alterations after a stroke. It also focuses on the development of theoretical and practical learning, as well as the development of competencies as a Specialist Nurse, Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (SNR), and Master's level competencies.

**Objectives:** Report the experiences and contributions of the SNR in the rehabilitation of individuals after a stroke. It also aims to reflect on the learning and development of competencies as a future rehabilitation nurse specialist.

**Methodology:** A narrative description of activities based on extensive bibliographic research, with the goal of highlighting the crucial role of the SNR in the care of individuals after a stroke.

**Results:** The SNR intervenes in different areas of rehabilitation, promoting the individual's independence in performing daily activities and self-care. The report addresses the importance of Rehabilitation Nursing (RN) in the community, where the SNR works to empower the individual, family, and caregivers.

**Conclusion:** The interventions of the SNR focus to maximize the individual's potential, promoting functionality and self-care. The experience in different intervention contexts allowed for a comprehensive view of the specialized care provided by the EEER. The SNR's interventions demonstrated a significant impact on maximizing functionality and quality of life for individuals after a stroke.

**Descriptors:** Stroke, Rehabilitation Nursing, Self-Care, Functionality

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**3RA direito** – Serviço Reabilitação de Adulto 3º direito

**APA** - *American Pshychological Association*

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVD** – Atividades de vida diárias

**CATR** – Ciclo Ativo das Técnicas respiratórias

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CMRA** – Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**DR** – Diário da República

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**ECL** – Equipa de Coordenação Local

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**EESM** – Enfermeiro Especialista Saúde Mental

**EGA** – Equipa de Gestão de Altas

**ELTGOL** – Exercícios expiratórios lentos com a glote aberta

**EP** – Estágio Profissionalizante

**ER** – Enfermagem Reabilitação

**ESO** – *European Stroke Association*

**GOLD** – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

**GUSS** - *Gugging Swallowing Screen*

**HD** – Hospital de Dia

**HPV** – Hospital Polido Valente

**ICN** – *International Council of Nurses*

**MER** – Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

**MNT** – Micobactérias não Tuberculosas

**MRN** - *Master's in Rehabilitation Nursing*

**NOC** – *Nurses Outcomes Classification*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PBE** – Prática Baseada na Evidência

**PDCEEER** - Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

**PI** - *Professional internship*

**PNDCV** - Programa Nacional de Doenças Cérebro-Cardiovasculares

**PNLSCC** - Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento

**PQCEER** - Padrão de Qualidade de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação

**QCDPOC** – Questionário Clínico para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem

**RFR** – Reeducação Funcional Respiratória

**RN** - *Rehabilitation Nurse*

**RNAO** - *Registered Nurses' Association of Ontario*

**RNS** - *Rehabilitation Nursing Specialist (RNS)*

**SAFE** - *Stroke Alliance for Europe*

**SE** – Saúde Escolar

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPAVC** – Sociedade Portuguesa do Acidente vascular Cerebral

**TCE** – Traumatismos crânio-encefálicos

**TdAC** – Teoria do Autocuidado

**TDAE** - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

**TSE** – Teoria dos Sistemas de Enfermagem

**UAVC** – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**UTAVD** – Unidade Terapêutica de Atividades de Vida Diárias

**VVAVC** – Via-verde Acidente Vascular Cerebral

## ÍNDICE

|   |       |
|---|-------|
| INTRODUÇÃO .....  | 11    |
| 1. APRECIÇÃO / ANÁLISE DO CONTEXTO .....  | 15    |
| 1.1. Contexto Comunitário .....   | 15    |
| 1.2. Contexto Hospitalar.....   | 19    |
| 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....   | 26    |
| 2.1. Modelos Conceptuais da Enfermagem .....  | 26    |
| 2.2. Autonomia, capacitação, empoderamento e literacia em saúde .....   | 37    |
| 2.3. A pessoa com Acidente Vascular Cerebral.....   | 41    |
| 2.3.2. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da mobilidade após Acidente Vascular Cerebral ..... | 50    |
| 3. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS.....  | 54    |
| 4. ANÁLISE SWOT .....   | 78    |
| CONCLUSÕES.....   | 80    |
| BIBLIOGRAFIA.....   | 82    |
| ANEXOS .....  | I     |
| ANEXO I – Relato de Caso EP.....  | II    |
| Anexo II – Panfleto: Disfagia – Informação para a pessoa/família .....  | XXXIV |
| ANEXO III – Relato de Caso de Estágio de Reabilitação na comunidade .....   | XXXVI |
| ANEXO IV – Panfleto: “Via-verde fratura do colo do fémur” .....   | LXIV  |

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio refere-se à unidade curricular de estágio profissionalizante (EP) no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Reabilitação (MER). O objetivo deste relatório é a realização de uma reflexão de caráter crítico-reflexivo das aprendizagens teóricas, práticas e teórico-prática do mesmo e como contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências de futura enfermeira especialista, enfermeira especialista em reabilitação e mestre.

Com a realização deste relatório pretende-se a descrição e análise crítica das aprendizagens, evolução profissional e académica durante o EP, num âmbito de desenvolvimento e integração de componente prática, teórica e teórico-prática. O tema deste relatório relaciona-se com o âmbito de desenvolvimento do EP e foco na capacitação da pessoa com alteração da mobilidade após Acidente Vascular Cerebral – Contributos da Enfermagem de Reabilitação.

A componente prática do MER engloba os estágios de componente prática realizados, nomeadamente, o estágio de reabilitação na comunidade e o estágio profissionalizante. O estágio de reabilitação na comunidade foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na área da grande Lisboa e o EP foi realizado em dois locais distintos de acordo com o preconizado como momentos/processos de aprendizagem estabelecidos pelo programa do MER e pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Maioritariamente, a componente prática foi realizada num Centro de Reabilitação de referência da área da grande Lisboa, num serviço de reabilitação de adultos, e o estágio complementar foi realizado por um período temporal mais curto (2 semanas), e decorreu num Hospital Central da zona de Lisboa. No decorrer deste relatório é realizada a caracterização e todos os locais de estágio onde decorreram os contextos clínicos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), no cuidado à pessoa após AVC assume um papel de grande relevância pela sua base de conhecimento científico, competências de cuidados especializados e prática clínica. As competências acrescidas do EEER permitem abordar e cuidar da pessoa após AVC com uma maior clareza e otimização de cuidados. A pessoa após AVC tem necessidades específicas a nível de reabilitação e estimulação e o EEER é o profissional mais capacitado pela sua diferenciação de competências

no cuidar da pessoa e intervir ativamente no processo diário e contínuo da sua reabilitação. O EEER oferece uma diferenciação técnico-científica de poder intervir em diferentes áreas de reabilitação, tornando todos os momentos passíveis de intervenção com a pessoa com recurso ao ensino, treino e capacitação para promover a sua independência na execução de atividades diárias e permitam o autocuidado. A constante disponibilidade e permanência por longos períodos com a pessoa permitem muitas vezes desenvolver programas e implementar intervenções junto da pessoa respeitando a sua individualidade, adequando o ambiente à pessoa e gerir fatores limitadores do processo de reabilitação, como o cansaço, a desmotivação e a tolerância da pessoa.

Segundo Santos, Campos & Martins (2020) o EEER é o profissional com maior diferenciação multidisciplinar pela sua base de conhecimentos. Este é habilitado a elaborar e implementar programas de reabilitação com a pessoa, baseadas num conjunto de intervenções, tendo em consideração rotinas de exercícios programadas, implementadas de modo progressivo e de forma individualizada, sempre de acordo com as capacidades de cada pessoa com objetivo de promover a sua funcionalidade e obter melhoria da sua qualidade de vida (Santos, Campos, & Martins, 2020).

O objetivo da realização deste relatório referente ao EP é a representação de atividades realizadas, documentação das aprendizagens e consequentemente as competências adquiridas e quais as ferramentas utilizadas durante o percurso de aprendizagem contínuo deste EP, assim como de que modo a intervenção do EEER contribui para a capacitação da pessoa com alteração da mobilidade após Acidente Vascular Cerebral. A escolha da temática no presente estudo emergiu do contexto prático do EP, uma vez que durante o mesmo foi realizada uma prática clínica com a pessoa em contexto de reabilitação após AVC, apresentando algum grau de incapacidade, nomeadamente ao nível motor e de equilíbrio, tornando-se assim importante o desenvolvimento da temática como forma de explicar em que medida as intervenções desenvolvidas pelos EEER beneficiam a recuperação da pessoa após AVC. São ainda tidos em consideração os objetivos já delineados em contexto de plano de atividades para planeamento de processo de aprendizagem em contexto prático de EP, tais como sendo desenvolver competências especializadas de enfermagem de reabilitação direcionadas para a pessoa e sua família, que se encontre em processo de reabilitação portadora de necessidades especiais, deficiência, limitação da atividade ou restrição da

participação, por meio de intervenções que permitam a maximização da sua funcionalidade, reinserção social, exercício de cidadania e qualidade de vida.

Ao longo deste trabalho pretende-se ainda realizar uma reflexão sobre a aquisição de competências comuns de enfermeira especialista, competências específicas de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre.

Em cumprimento do processo académico e ao interesse pessoal pelo tema, este relatório pretende abordar primeiramente a descrição e análise dos diferentes contextos de prática clínica, e integrar o tema em desenvolvimento académico intitulado Capacitação da pessoa com alteração da mobilidade após Acidente Vascular Cerebral – contributos da Enfermagem de Reabilitação. Esta temática surge pelo contato com a pessoa em unidade de reabilitação após AVC e pretende realçar e documentar a importância dos cuidados do EEER na reabilitação da pessoa sobrevivente de AVC e ainda correlacionar a temática e a intervenção do EEER com os referenciais teóricos.

Para a elaboração deste trabalho foram selecionados os referenciais teóricos de Dorothea Orem e de Afaf Meleis, no sentido em que a considero serem as duas teóricas com que me identifiquei para a conceptualização do trabalho e também na prática clínica e que em conjunto permitem interpretar e compreender a complexidade envolvente à pessoa enquanto sobrevivente de AVC. A escolha assenta nas duas teóricas uma vez que considero que a complexidade dos cuidados, as alterações físicas, cognitivas, psicológicas, sociais da pessoa/família exigem uma articulação de representação quer ao nível conceptual da teoria do Autocuidado como ao nível das vivências e transições de vida. A prática com base nas referidas teorias permite um enriquecimento dos cuidados e do conhecimento científico sobre o fenómeno em estudo.

Este trabalho apresenta-se estruturado em 5 partes, com uma introdução e seguido de 4 capítulos, conclusão e bibliografia consultada para realização do mesmo. O primeiro capítulo pretende a análise e apreciação dos contextos de estágio: estágio de reabilitação na comunidade e EP. No segundo capítulo é realizado um enquadramento conceptual com referência aos modelos conceptuais de enfermagem e evolução da enfermagem como disciplina com subcapítulos para a abordagem das teorias do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem e Teoria das transições de Afaf Meleis e seguidamente com a definição de

conceitos importantes como autonomia, capacitação, empoderamento e literacia em saúde; no final é ainda realizada a fundamentação teórica no contexto das necessidades da pessoa sobrevivente de AVC com alteração da mobilidade e plano de cuidados de ER á pessoa com AVC transposto do contexto do estudo descritivo realizado durante o EP. O capítulo 3 dá enfoque à análise crítico-reflexiva das competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências de mestre. No capítulo 4 é apresentada uma análise SWOT, e por fim é apresentada a conclusão e bibliografia consultada.

Como suporte bibliográfico para realização do presente trabalho foi considerada uma pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos para enriquecer e dar credibilidade ao mesmo, pesquisa documental assente em sede de biblioteca, bases de dados científicos (EBSCO, MEDLINE complete, CINAHL complete, Nursing & Allied Health Collection, Cochran, MedicLatina), documentação oficial de cariz estatístico, associativo ou fontes oficiais de informação; e também em livros e revistas da especialidade nacionais e internacionais.

Este trabalho foi realizado segundo as orientações da American Pshychological Association (APA) – 7ª edição e redigido segundo as normas do novo acordo ortográfico.

## **1. APRECIÇÃO / ANÁLISE DO CONTEXTO**

O contexto de prática clínica inserido no MER contempla a realização de Estágio de Reabilitação na Comunidade e o EP e tem como intuito o desenvolvimento e aquisição de competências de comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e também competências de mestre. Esta prática clínica abrange os principais processos de intervenção de enfermagem de reabilitação (ER) e corresponde a 1000h de prática clínica (divididas entre o exercício em contexto prático, seminários e estudo autónomo).

### **1.1. Contexto Comunitário**

A prática clínica do MER no contexto comunitário teve a duração de prática clínica de 10 semanas e foi realizada numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), inserida numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) pertencente a uma Equipa de Coordenação Local (ECL) com titularidade de uma Unidade Local de Saúde (desde janeiro de 2024) e com localização na zona periférica da região de Lisboa.

A UCC onde decorreu o contexto clínico, encontra-se situada numa zona de características rurais e na periferia da grande Lisboa e inclui na sua área geográfica a assistências a 3 freguesias, tornando a sua área geográfica de atuação muito vasta. Uma vez que a área de intervenção se caracteriza por ser uma zona predominantemente rural, sem centros de exuberante densidade populacional, as 3 freguesias comportam aproximadamente 47 346 habitantes (dados de janeiro de 2015), numa área geográfica de 180,22Km<sup>2</sup> (SNS, 2025).

A UCC integra uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e uma Equipa de Intervenção Comunitária, com atuação principal na Saúde Escolar (SE). A nível de recursos humanos dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por 1 Enfermeira Coordenadora, 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, 3 Enfermeiras de cuidados gerais a tempo integral, 3 Enfermeiros de cuidados gerais a título de prestação de serviços, 1 Assistente Social (2 vezes por semana), 1 Fisioterapeuta, 1 administrativa e 1 Psicóloga (cooperação pontual no âmbito da saúde escolar).

As UCC têm como missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra” como disposto no Despacho nº 10143/2009, antes da reorganização das ULS e no Decreto-lei nº 102/2023 é atribuída a sua reestruturação e integração do ACES e Centros de Saúde nas ULS (Despacho n.º 10143/2009, 2009; Decreto-lei nº102/2023, 2023).

De acordo com o Despacho nº 10143/2009, objetivo das UCC é a prestação de:

cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (p. 15438).

Os projetos em desenvolvimento na UCC abraçam várias áreas de intervenção e são desenvolvidos pela equipa de Enfermagem, como sendo:

- Programa de Saúde Escolar (responsável EEESM)
- Programa de Prevenção da Violência no Namoro nos Adolescentes (responsável EEESM)
- Programa de Formação para Cuidadores Formais e Informais “Cuidar em parceria” (EEER)
- ECCI (lotação assistencial 45 vagas)
- Via-verde Fratura do Colo do Fémur – do Hospital para o Domicílio (implementado durante o estágio e transversal a todas as UCC da ULS)
- Programa de Contacto Sénior – Perpetuando Saberes (Responsável EEESM)

A lotação máxima da ECCI é de 45 vagas, mas habitualmente a lotação corrente é de 35 vagas, desta forma não existe tempo de espera para admissão, permitindo uma assistência célere às referências realizadas. A referência de assistência para a ECCI é realizada dentro da ULS no âmbito hospitalar por meio da Equipa de Gestão de Altas (EGA), por parceiros e entidades

de apoio comunitário e também pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A RNCCI foi criada em 2006 (Decreto-lei nº101/2006) com o objetivo de encontrar soluções inovadoras em saúde em parceria com o setor social, que permitam ser ajustadas e personalizadas tendo em conta a diversidade populacional nomeadamente as pessoas em situação de dependência. Essas soluções devem ser adaptadas aos diferentes contextos de acordo com as condições sociais da pessoa e com a evolução da doença, tendo como especial atenção o aumento da prevalência de doenças crônicas incapacitantes. Desta forma “estas respostas devem ser promotoras de autonomia e da participação dos destinatários e do incremento das competências nas famílias para lidar com as necessidades dos familiares dependentes” (Petronilho, 2016, p. 8; Decreto-lei nº 101/2006, 2006)

A referenciação é sempre realizada com um relatório de contato para a equipa comunitária e onde são documentadas necessidades da pessoa e o potencial de reabilitação que a pessoa apresenta à data da mesma. Seguidamente é agendada e realizada uma visita domiciliária para aferir e avaliar a condição da pessoa, assim como realizar uma anamnese clínica e dados relevantes para a intervenção da equipa (como por exemplo a rede de suporte familiar ou apoios de ação comunitária, a gestão terapêutica, situação socioeconómica, condições habitacionais, a presença de cuidador informal, as expectativas e da família face ao processo de reabilitação). Nesta visita, a avaliação da pessoa é suportada por instrumentos psicométricos que permitem documentar numa fase inicial a condição da pessoa e o seu nível de dependência e funcionalidade. As escalas primordialmente utilizadas pelos EEER para documentação são a escala de força muscular Medical Research Council modificada, a Escala de Ashworth modificada para avaliação de espasticidade, a Classificação Internacional de Funcionalidade, a Escala de Barthel, Escala de Morse, Escala de Braden, Escala Numérica de Dor.

Dada a vasta área territorial, a equipa realiza e organiza as visitas domiciliárias por zonas geográficas de modo a diminuir o tempo de trajeto e possibilitando uma melhor gestão de tempo e de cuidados. As visitas domiciliárias obedecem a uma prévia marcação assim como as consultas não presenciais (normalmente teleconsultas) realizada pelo EEER.

Durante o período de estágio comunitário no qual integrei uma equipa de UCC foi-me possível aprofundar e desenvolver competências referentes a diferentes processos de cuidados. Os processos com maior contato foram o processo orto-traumatológico, neurológico degenerativo e cardiorrespiratório. Nos cuidados prestados em comunidade a pessoa e/ou família são o alvo de cuidados no seu ambiente e na sua real condição. O EEER neste contexto tem o desafio de adaptar e reorganizar os cuidados mediante as condições existentes, minimizando ou ultrapassando limitações físicas, barreiras arquitetónicas, mobiliário não adaptado e limitações do próprio espaço físico. O EEER desempenha um papel fundamental no contexto comunitário quer pela sua intervenção direta com a implementação de programas e diferenciação dos cuidados prestados, mas também como agente ativo na capacitação da pessoa, família e cuidadores formais ou informais para os cuidados à pessoa dependente ou portadora de incapacidade. A reabilitação na comunidade assume ainda um importante papel a nível social por permitir responder às diferentes necessidades das pessoas ampliando a possibilidade de acesso a programas estruturados no meio ambiente da pessoa e voltados diretamente para as suas reais necessidades. Tendo em conta a crescente faixa de população idosa, o EEER desenvolve junto com a pessoa intervenções que permitem a maximização do seu potencial através da promoção do autocuidado e funcionalidade, minimiza impacto da incapacidade por processos de transição saúde/doença, capacita a pessoa e família para adoção de comportamentos de prevenção da sua saúde e ainda promove e implementa intervenções para promoção de um envelhecimento saudável e ativo (OE, 2018). Na comunidade o EEER encontra diferentes realidades e contextos de cuidados e é também nesta fase de transição que a pessoa se sente, muitas vezes desamparada e com maior vulnerabilidade. As intervenções desenvolvidas pelo EEER permitem adequar a cada pessoa a sua necessidade específica, no seu contexto e de acordo com o seu objetivo e plano de vida e tendo como objetivo o preconizado pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em reabilitação (PQCEER), como sendo a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social e também a organização dos cuidados de enfermagem com a procura da melhoria continua dos cuidados de reabilitação. No contexto comunitário o EEER depara-se com situações clínicas diversas, muitas vezes concomitantes, e limitadoras para a pessoa, mas que ao serem trabalhadas no seu ambiente

permitem uma adaptação mais efetiva para ganhos de autonomia e independência funcional ao nível das diferentes vertentes do autocuidado.

É importante referir que a relação de parceria nos cuidados entre o EEER e a pessoa/família é essencial para atingir os objetivos. Esta cumplicidade e parceria é muitas vezes um farol para a pessoa, na medida em que o acompanhamento realizado pelo EEER a uma comunidade permite ganhos que transcendem a implementação de programas ou intervenções. Os ganhos advindos da capacitação do outro para desenvolver a sua autonomia (nos propósitos que para este são importantes) e impactar transformando a vida da pessoa de forma a promover a sua reinserção social, promover o bem-estar físico, psicológico e espiritual permitindo a aquisição de qualidade de vida pela pessoa, ou em outras situações ser um agente de capacitação da pessoa e família na adoção de estratégias de *coping*, na gestão de doença crónica prevenindo episódios de agudização da doença.

Todos as pessoas admitidas em ECCI para reabilitação são acompanhadas em equipa multidisciplinar de EEER e fisioterapeuta, em que cada profissional atua no seu core de competências, beneficiando a pessoa no seu processo de reabilitação.

O EEER realiza diariamente os registos adequados, estabelece objetivos, realiza diagnósticos de ER, documenta as suas intervenções e resultados obtidos através da plataforma de registos SClínic, com recurso à linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

## **1.2. Contexto Hospitalar**

O EP como referido anteriormente foi realizado maioritariamente num Centro de Reabilitação e em complementaridade foi realizado um estágio de 2 semanas numa unidade hospitalar na região da grande Lisboa.

O centro de reabilitação onde decorreu a componente prática do EP é um local de referência a nível nacional na área da reabilitação. Esta instituição tem um carácter de saúde privado integrando a rede de referenciação pública dos centros de reabilitação e também se tem parceria com entidades gestoras de seguros de saúde e entidades convencionadas,

encontrando-se integrado na Santa Casa de Misericórdia de Lisboa. Desde a sua criação o centro foi encarado como um investimento promissor e com grande relevância não apenas a nível nacional, mas foi inclusive reconhecido mundialmente como um centro de referência para cuidados na área da medicina física e de reabilitação.

O centro de reabilitação encontra-se direcionado para a prestação de cuidados de reabilitação à “pessoa portadora de deficiência de predomínio físico, motor ou multideficiência congénita e adquirida, de qualquer idade, provenientes de todo o País” (SCML, 2024), e comporta a missão de “promoção da máxima funcionalidade, valorizando e potenciando as capacidades de cada indivíduo e apoiando-o no refazer do seu projeto de vida” (SCML, 2024). Os valores e missão da instituição encontram-se intimamente conectados com a enfermagem de reabilitação como podemos comprovar pelo Regulamento nº 392/2019 referente ao core de competências específicas dos EEER e onde se afirma que:

a reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência, e máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.

(p. 13565)

O centro encontra-se dividido por 3 serviços de reabilitação de adultos (com capacidade de 134 vagas de internamento) e um serviço de reabilitação pediátrico (com 16 vagas de internamento), sendo que os serviços de reabilitação de adultos se encontram subdivididos entre si por áreas específicas de intervenção para maior diferenciação dos cuidados prestados. Neste caso, o EP decorreu num serviço de internamento maioritariamente direcionado para a reabilitação da pessoa após acidente vascular cerebral (AVC), mas ao longo do estágio foi também possível constatar que também são admitidas pessoas para reabilitação com outro tipo de patologias, nomeadamente do foro traumatológico como com necessidade de reabilitação após traumatismos crânio-encefálicos (TCE), e também após politraumatismo e

do foro musculo-degenerativo, sendo admitidas pessoas com necessidade de reabilitação por doença neuromuscular degenerativa.

Os cuidados prestados à pessoa são avaliados e implementados por “uma equipa interdisciplinar que proporciona um plano individual de reabilitação de forma organizada, orientada por objetivos e centrada nas suas necessidades reais” (SCML, 2024). A equipa interdisciplinar conta assim com profissionais com intervenção em diversas áreas de competência e intervenção como profissionais da área médica (Fisiatras e Medicina Interna), EEER, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia clínica, ortoprotesia, nutrição e serviço social. A pessoa em regime de internamento no centro pode ainda frequentar terapias e atividades como a hidroterapia, o desporto adaptado e o núcleo de atividades artísticas.

O centro dispõe ainda de um serviço de consulta externa onde é realizado o acompanhamento das pessoas em regime de ambulatório e uma unidade terapêutica de atividades de vida diárias (UTAVD) onde apenas estão alocados EEER. A UTAVD é um departamento dentro do centro onde se realiza o acompanhamento a todas as pessoas em internamento e também é realizada consultoria em contexto de ambulatório. Nesta unidade todos os profissionais são EEER e intervêm com a pessoa com o intuito de capacitar a pessoa e a família para o treino de atividades de vida (AVD), assim como providenciar um levantamento criterioso do ambiente e o meio em que a pessoa está inserida na comunidade de forma promover a articulação de recursos e atuando ainda com a pessoa no sentido de minimizar desvantagens decorrentes da sua condição atual, assim como a seleção em parceria com a pessoa de produtos de apoio quando necessário. Esta unidade encontra-se organizada por várias áreas distintas como forma de simular uma habitação. Podemos encontrar uma zona vocacionada para o treino no WC (seja em transferências para banheira, com recurso a vários produtos de apoio, como tábua de transferência, cadeira rotativa, treino de entrada e saída da banheira para paraplégicos e hemiplégicos); treino de transferência no WC (com recurso a barras de apoio, tábua de transferência entre outras técnicas); uma zona de duche com possibilidade de treino com cadeira de banho; dispõe ainda de uma zona dedicada a um lavabo (para treino de higiene oral, para treino de barbear, maquiagem); e por fim apresenta 2 zonas com camas articuladas (onde por maior privacidade se realiza o treino de vestuário, calçar e descalçar sapatos, transferências de cama-cadeira/cadeira-cama; treino de mobilizações no leito e levante com

produtos de apoio). Em situações específicas e para melhor adequar o treino de AVD's, nas pessoas em internamento, as intervenções são realizadas no quarto do próprio e com recurso aos seus recursos pessoais a fim de conseguir adequar o mais possível à realidade do mesmo. Nesta unidade existe uma característica de imaginação, invenção e intencionalidade terapêutica própria das EEER ali alocadas que se torna apaixonante e onde existe uma visibilidade muito grande dos resultados das intervenções realizadas junto com a pessoa e família.

Além da componente assistencial, esta instituição contribui ainda na formação de profissionais de saúde de diferentes áreas de intervenção como médicos, enfermeiros, enfermeiros de reabilitação, técnicos de diagnóstico e terapêutica e ainda integra a área de investigação científica (SCML, 2024).

O serviço de internamento onde foi desenvolvida a componente prática do EP é um serviço de adultos, organizado por 5 salas de enfermaria, 2 quartos duplos e inclui também 2 unidades habitacionais (casas independentes e adaptadas que permitem o internamento de 1 pessoa com carácter de maior autonomia e que podem permanecer acompanhadas por um elemento da família ou cuidador). A lotação máxima do serviço é de 37 camas de internamento, sendo divididas por 35 vagas em enfermaria e 2 vagas de internamento em unidades habitacionais. A pessoa em internamento nesta instituição pode ainda ausentar-se de fim-de-semana, existindo uma articulação com a equipa para tornar possível que a pessoa possa estar com a família, no seu meio ambiente, factor que se torna importante para a pessoa/família compreenderem as reais dificuldades e barreiras permitindo à equipa do centro identificar e intervir perante as dificuldades manifestadas.

O tempo médio de internamento para programa de reabilitação é de aproximadamente 2 meses e a referenciação para o centro de reabilitação pode ser realizada através do serviço nacional de saúde (SNS), hospitais privados ou por intenção direta por parte da pessoa/família.

A equipa de enfermagem é constituída atualmente por vinte enfermeiros em horário completo e dois enfermeiros em horário parcial. A gestão do serviço encontra-se a cargo de uma enfermeira gestora. Do número total de enfermeiros, destacam-se 10 EEER, que se encontram na sua totalidade alocados à prestação de cuidados gerais cumulativamente com a prestação de cuidados especializados em reabilitação. O método de trabalho praticado é o de enfermeiro

responsável e é garantido pela gestão a presença de pelo menos um EEER nos turnos da manhã e da tarde. Ao EEER cabe ainda a assunção de responsável de turno pelo seu core de competências acrescidas, colaborando com a restante equipa.

A equipa de enfermagem encontra-se ainda envolvida em processos de contínuos referentes aos padrões de qualidade como cumprimento de normas e projetos institucionais, e também referentes a documentação de quedas, dor, risco de úlceras de pressão e prevenção e controlo de infeção. Existem ainda projetos afetos aos EEER em desenvolvimento que se centram em temas como a disfagia, os TCE e envolvimento de cuidadores informais.

O serviço em causa assim como todo o centro dispões de acessibilidades em todo o seu edifício facilitando e permitindo a inclusão da pessoa na participação do seu processo de reabilitação. O serviço de internamento é composto por diversas áreas de trabalho como sala de medicação, duas unidades de banho assistido (inclusive com recurso a banheira adaptada), sala de enfermagem, zona de apoio, rouparia, armazém de equipamento e material de apoio. Como referido anteriormente o serviço é composto por 5 enfermarias de 6 camas, 2 quartos duplos e duas unidades habitacionais. Todos os quartos e enfermarias são constituídos por casa de banho integrada (sem unidade de duche), e as unidades habitacionais possuem ainda uma pequena cozinha equipada, sala e dois quartos individuais (uma vez que permitem a permanência de um cuidador e/ou familiar 24h por dia). No serviço é ainda possível encontrar um gabinete de psicologia e um ginásio que se encontra afeto à terapia ocupacional temporariamente devido à presença de obras em algumas áreas.

O programa de reabilitação implementado no centro obedece a um horário definido para cada pessoa de acordo com as suas necessidades de reabilitação e onde são contempladas as horas dos departamentos a frequentar pela pessoa, como sendo: treino de atividades de vida diárias (AVD), fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e cuidados de EEER em enfermaria.

Para cada pessoa admitida estão sempre contempladas no mínimo 3 reuniões de equipa presenciais e 1 reunião não presencial. Estas reuniões são sempre de carácter multidisciplinar e são compostas pelo médico assistente, EEER do serviço de internamento, EEER da unidade de treino de AVD, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional. A primeira reunião ocorre após a admissão da pessoa, normalmente na semana seguinte à sua admissão, e visa reunir todas as informações relativas á pessoa, a sua integração

no centro de reabilitação, delinear os objetivos de reabilitação e antever situações limitativas do processo de reabilitação. Nesta reunião a pessoa já contactou com todos os departamentos e já houve uma avaliação dos diferentes profissionais o que permite nesta reunião multidisciplinar dispor de dados concretos da situação atual em que a pessoa foi integrada no centro. A segunda reunião ocorre habitualmente a meio do internamento e prevê uma avaliação intermédia do percurso e desenvolvimento do processo de reabilitação e é neste momento que é também programada uma reunião não presencial da equipa e onde é programada uma provável data de alta. A última reunião presencial é realizada habitualmente na semana anterior à data de alta programada e pretende a avaliação final do percurso da pessoa e os ganhos obtidos após o seu internamento no centro de reabilitação.

Como forma de cumprir todos os requisitos de formação académica e contexto prático em todos processos instituídos pelo MER e pela Ordem dos Enfermeiros (OE), foi realizado um estágio externo no âmbito da componente Cardiorrespiratória num Hospital Central da área da grande Lisboa, num serviço de Hospital de Dia de Infeciologia Respiratória e também Serviço de Internamento de Pneumologia.

Esta unidade hospitalar encontra-se inserida numa Unidade Local de Saúde (ULS) que abraça uma extensa área de intervenção e que além do objetivo assistencial da população tem também um foco importante na formação de profissionais de saúde de excelência e ainda realça como propósito “prestar cuidados de saúde de elevada qualidade, com eficiência, eficácia e equidade, de forma inovadora, e centrada na pessoa, atuando na prevenção da doença e promoção da saúde, melhorando o bem-estar da nossa comunidade” (SNS, 2024). Este propósito assenta ainda na missão de “contribuir para alcançar níveis concretos de saúde e bem-estar para as pessoas e comunidade” (SNS, 2024), para tal rege-se por padrões de proteção e promoção da saúde, assim como prevenção e tratamento da doença e incapacidade de acordo com as necessidades da sua população, com recurso à sua disposição e também através da colaboração com parceiros externos. A unidade hospitalar é ainda uma referência nacional e rege-se por valores como a confiança, compromisso com os cidadãos, integridade, respeito, responsabilidade social, inovação, colaboração, sustentabilidade e equidade (SNS, 2024).

Esta componente do EP decorreu num serviço de Hospital de Dia de Infeciologia Pneumológica, que se caracteriza por ser centro de referência para tratamento e acompanhamento da pessoa com patologia respiratória provocada por Micobactérias não tuberculosas. Neste serviço é ainda realizado o acompanhamento de pessoas em reabilitação respiratória após infeção por micobactérias não tuberculosas, e em que uma das vertentes importantes do tratamento e com grande impacto na qualidade de vida da pessoa e recuperação é a reeducação funcional respiratória (RFR).

Além da componente de hospital de dia (HD) que permite dar resposta às necessidades das pessoas em seguimento pela Infeciologia Pneumológica em ambulatório, o serviço é constituído por 4 quartos de isolamento de pressão negativa, com casa-de-banho integrada. Esta unidade de internamento dá resposta a situações de agudização de doença e que necessitem de diagnóstico diferencial até estabilização. O serviço é ainda composto por 2 ginásios equipados para implementação de programas de RFR, sala de pessoal, 2 gabinetes médicos, 1 gabinete de consulta de enfermagem de reabilitação, áreas comuns (sala de espera, copa e casa-de-banho).

A gestão desta unidade encontra-se a cargo de uma enfermeira gestora (também EEER), que se encontra na prestação pontual de cuidados. Na unidade de internamento estão alocados 6 enfermeiros em horário rotativo e em âmbito de hospital de dia estão alocados 2 EEER que cumprem horário fixo no período da manhã. Estes EEER prestam cuidados de reabilitação às pessoas em programa de reabilitação, bem como às pessoas internadas, e realizam também as consultas de acompanhamento de enfermagem de reabilitação.

Esta unidade dispõe desta forma de uma equipa altamente diferenciada e que permite a assistência e acompanhamento da população com elevado rigor, respeito pela dignidade da pessoa, individualidade nos cuidados, inclusão da família no processo de reabilitação permitindo à pessoa uma transição tranquila do processo saúde-doença.

## **2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **2.1. Modelos Conceptuais da Enfermagem**

A enfermagem ao longo do tempo tem-se desenvolvido e evoluído de forma constante enquanto profissão e ciência, com cada vez maior enfoque na área da investigação. Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, foi a pioneira a diferenciar a enfermagem de outras disciplinas definindo a enfermagem como o ato de proporcionar as condições ideais para que a natureza promovesse a cura, com ênfase na saúde e no processo natural de recuperação. Esta visão pioneira de Nightingale permitiu lançar bases para o desenvolvimento da enfermagem como disciplina profissional com identidade e teorias próprias (Smith & Parker, 2020).

Segundo Smith (2020) “qualquer disciplina inclui redes de filosofias, teorias, conceitos, abordagens de investigação, resultados de pesquisas e práticas que refletem e iluminam a sua perspetiva distinta” (Smith & Parker, 2020, p. 4).

O interesse em realizar uma análise da enfermagem como disciplina do conhecimento surgiu na primeira década do século XXI, impulsionada pela necessidade de organizar o conhecimento humano (Marques, Néné e Sequeira, 2024 citando Amendoeira, 2006). Segundo Silva (2007), citado por Marques, Néné e Sequeira (2024) torna-se necessário destacar a importância na evolução do exercício profissional e a interiorização de modelos que valorizem as respostas humanas e transições, superando o paradigma biomédico. Deste modo, a enfermagem avançada integra a produção de conhecimento (por meio da investigação) com foco nos cuidados centrados na pessoa, com vista a valorizar as intervenções autónomas de enfermagem, os resultados sensíveis aos cuidados e também a Prática Baseada na Evidência (PBE) (Amendoeira, 2024).

A PBE “permite refletir a natureza da ação da enfermagem, suportada numa linguagem comum e universal, como contributo para a produção teórica válida e útil à sociedade contribuindo para a validação da enfermagem (Amendoeira, 2024).

Em Portugal no final do século XX a enfermagem realiza a sua afirmação como domínio científico com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem (REPE) em 1996, a criação da Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE) em 1998 e ainda com a

transição do ensino da enfermagem de bacharelato para Licenciatura em 1999 (Amendoeira, 2024 citando Amendoeira, 2009 & Amendoeira, 2021).

A profissão de enfermagem encontra-se assim regulamentada pelo REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros publicado pela primeira vez no Decreto-lei nº 161/96 e revisto e publicado posteriormente pelo Decreto-lei nº 104/98. De acordo com o Regulamento REPE (Decreto-lei nº 161/96 – artigo 4º, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98):

a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (p.2960)

A enfermagem consolida-se como área do conhecimento através do suporte em bases sólidas, que permite a construção de uma profissão com um saber próprio que sustenta a prática. É ainda considerada uma disciplina porque assenta em torno de teorias e métodos próprios, que evoluem a partir de diferentes perspetivas sobre o fenómeno de interesse, através de uma estrutura organizada e tradicional garantindo a identidade e o desenvolvimento da enfermagem. Os cuidados de enfermagem não são assumidos com simplicidade uma vez que residem numa constante complexidade por natureza, atribuível às relações interpessoais, ao ambiente onde se aplicam os cuidados e as situações inesperadas e instáveis exigindo dos enfermeiros conhecimentos e habilidades complexas. Essa complexidade influencia diretamente como a enfermagem evolui e desenvolve as suas bases de conhecimento. O conhecimento não se apresenta estático, pelo contrário é contante e dinâmico exigindo do enfermeiro uma adaptação constante ao desenvolvimento da profissão e ao conhecimento (Cardoso & Brito, 2024).

De acordo com Barbara Carper (1992) citada por Cardoso e Brito (2024), o desenvolvimento do conhecimento assenta em 4 padrões fundamentais: o conhecimento empírico, estético, pessoal e ético. O conhecimento empírico advém da investigação e caracteriza-se por ser

reprodutível, descritivo, organizado com sistematização e representando a ciência da enfermagem e as teorias de enfermagem. Através da investigação existe uma difusão do conhecimento científico assim como desenvolvimento de pensamento crítico. O conhecimento estético é considerado mais subjetivo e relaciona-se com a sensibilidade e construção criativa da enfermagem. Este conhecimento encontra-se relacionado com a relação interpessoal enfermeiro/pessoa, mas também com a intuição e complexidade de cuidados através do conhecimento prático adquirido ao longo do tempo. O conhecimento pessoal refere-se ao enfermeiro enquanto pessoa, às suas crenças e à forma como se relaciona consigo e com os outros. O conhecimento ético obedece a padrões éticos perante situações, dilemas ou ambiguidades e à forma como o enfermeiro toma decisões perante estas situações de acordo com os padrões e código ético (Cardoso & Brito, 2024).

Com base nos quatro padrões de conhecimento, o “conhecimento de enfermagem reflete a interface entre ciência da enfermagem e a investigação, com a finalidade de melhorar a prática de enfermagem” (Cardoso & Brito, 2024, p. 31)

Para entendermos a disciplina na sua plenitude existem alguns conceitos importantes que se pretende de forma sucinta explicar enquanto conceitos e de que forma influenciam a evolução da enfermagem enquanto disciplina e também a sua construção enquanto ciência.

O metaparadigma da enfermagem é considerado o componente mais abstrato e geral no que concerne ao conhecimento da disciplina da enfermagem. O metaparadigma é uma orientação filosófica da disciplina e tem como intuito reunir bases filosóficas, a visão de mundo, os modelos que permitem explicar os seus conceitos e as teorias que orientam a investigação e também indicadores que permitem medir e aplicar os conceitos na prática (Rocha & Martins, 2024)

Fawcett (1984) descreveu o metaparadigma da enfermagem como uma maneira de diferenciar a enfermagem de outras áreas do conhecimento e disciplinas. Segundo a autora, o metaparadigma representa a visão geral sobre os valores essenciais da enfermagem, funcionando como um alicerce com componente mais abstrata do conhecimento e tem como base quatro conceitos: pessoas, ambiente, saúde e enfermagem. Para Fawcett, a essência da enfermagem reside em compreender como esses quatro conceitos se relacionam e influenciam uns aos outros (Smith, 2020). “Estes conceitos são dinâmicos, isto é, evoluem de

acordo com a influência política, social, cultural e económica, o que explica as diferenças existentes nos modelos concebidos pelas teóricas de enfermagem” (Rocha & Martins, 2024, p. 37). Desta forma as teorias de enfermagem, mesmo partindo de um metaparadigma comum, apresentam diferentes modelos e abordagens. “A teoria da enfermagem expressa os valores e crenças da disciplina, criando uma estrutura para organizar o conhecimento e iluminar a prática de enfermagem” (Smith & Parker, 2020, p. 5).

Por sua vez, os paradigmas permitem-nos observar a enfermagem de diferentes ângulos ajudando a entender melhor as áreas de conhecimento, oferecendo diferentes perspetivas sobre os conceitos do metaparadigma (pessoa, ambiente, saúde e enfermagem). O conceito de paradigma foi desenvolvido por Kuhn (1970, 1977), tendo usado este termo para realizar a descrição de modelos capazes de orientar a vertente científica assim como o desenvolvimento do conhecimento nas várias disciplinas (Smith & Parker, 2020). Assim, os paradigmas são modelos científicos compostos por teorias, regras e métodos que estruturam o conhecimento de uma disciplina, com uma representação e visão do mundo muito específica e em que a mudanças de paradigma implica em alterações profundas nessa visão. O desenvolvimento conceptual da enfermagem deu origem a três paradigmas: paradigma da categorização, paradigma da integração e paradigma da transformação (Rocha & Martins, 2024).

O paradigma da categorização encontra-se intimamente relacionado com uma visão do modelo biomédico, em que pessoa era divisível pela sua doença, e o papel da enfermagem era visto como uma operacionalização meramente técnica por meio de uma prescrição médica. Os cuidados de enfermagem eram direcionados para a doença e a pessoa era a soma de todas as suas partes e a saúde era entendida como a ausência de doença (Rocha & Martins, 2024).

O paradigma da integração surge como um diferenciador dos cuidados de enfermagem, sendo que se inicia uma divergência de foco e a partir deste paradigma os cuidados de enfermagem tem como objetivo a pessoa enquanto ser holístico e o intuito de preservação da sua saúde (Rocha & Martins, 2024).

O paradigma da transformação é o mais recente e o qual representa uma mudança da visão da enfermagem e no qual os cuidados de enfermagem e a visão da pessoa transcendem a categoria física e psicossocial tornando a pessoa como indissociável do mundo que a rodeia, emergindo assim a necessidade de cuidados inclusivos em parceria com a pessoa, comunidade

ou família. Neste sentido a pessoa tem um papel ativo na decisão dos seus cuidados de saúde assumindo a sua autonomia no planeamento dos mesmos, tornando-se um factor fulcral para a parceria enfermeiro-pessoa (Rocha & Martins, 2024).

Com a evolução dos paradigmas foram desenvolvidos modelos conceptuais e teorias de enfermagem que permitiram o desenvolvimento da evolução conceptual da disciplina por meio da sua estruturação e organização de conhecimento (Raposo C. , 2024).

Segundo Alligood & Tomey, 2018, citado por Rocha & Martins, 2024, “um modelo conceptual consiste num conjunto de conceitos e proposições abstratos e gerais que definem o tema central de uma disciplina” (Rocha & Martins, 2024, p. 40). Por outro lado, segundo McEwen & Willis, 2014, citado por Rocha & Martins, 2024, “as teorias são a narrativa que acompanha o modelo conceptual, e geralmente descrevem de forma detalhada os componentes do modelo e as relações em forma de proposições” (Rocha & Martins, 2024, p. 41).

As teorias são classificadas e organizadas por níveis de abstração e podem classificar-se em grandes teorias, teorias de médio alcance ou teorias práticas. As teorias representam um conjunto de ideias e explicações que nos ajudam a entender e agir sobre o mundo. No entanto, a diversidade de teorias é explicada pela complexidade da disciplina e pela difícil uniformização conceptual quer pela situação saúde-doença específica em que a pessoa se encontra, o seu meio sociocultural e a políticas económicas (Rocha & Martins, 2024).

As teorias de enfermagem orientam a prática clínica de enfermagem e permitem descrever, explicar ou prever fenómenos (Hickman, 2000). A enfermagem enquanto disciplina necessita definir de forma clara as suas bases disciplinares como forma a responder ao seu compromisso social. Num estudo realizado em 2018 referente às orientações concetuais utilizadas pelos EEER é afirmado que sem uma estrutura teórica sólida e diretrizes claras para a prática profissional, a profissão corre o risco de perder sua direção e foco, dificultando o seu desenvolvimento. O presente estudo concluiu que a maioria dos EEER qualificam como referenciais teóricos para a prática clínica a concepções de Afaf Meleis e Dorothea Orem (Martins, Ribeiro, & Ventura da Silva, 2018).

Neste sentido, como concordância com o explanado anteriormente, a escolha pessoal enquanto guia orientador das concepções teóricas para a prática clínica recai sobre estes

modelos conceptuais, a Teoria do Déficit do Autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem e a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis, por entender que permitem uma complementaridade enquanto referenciais teóricos para os cuidados de enfermagem de reabilitação e possibilitam que a abordagem do EEER seja ampla e abrangente com a pessoa enquanto ser holístico, dando lugar a uma abordagem centrada na pessoa, nas suas vivências, desvantagens, oportunidades e autonomia.

### 2.1.1 - Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

Dorothea Orem iniciou o seu percurso como enfermeira no início dos anos 30. Esteve empenhada no desenvolvimento da educação em Enfermagem e na prática clínica. No decorrer do final dos anos 50 deparou-se com questões relativas ao que motiva a pessoa a necessitar de cuidados de Enfermagem. Para Orem a pessoa é capaz de cuidar de si, desde que esteja bem, no entanto perante a incapacidade de a pessoa proporcionar o seu autocuidado a enfermeira deve providenciar satisfazer esta necessidade da pessoa (Foster & Bennett, 2000).

Neste sentido, a primeira publicação da sua teoria ocorreu no início dos anos 70 e foi difundida mundialmente. Orem formulou a sua Teoria Geral de Enfermagem intitulada Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE). Esta teoria é classificada como uma grande teoria e encontra-se integrada no paradigma da integração, cujo foco se centra na “manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões: biopsicossocial-espiritual e cultural, surgindo o conceito de holismo” (Ribeiro et al, 2018, citado por Queirós, 2024, p.46). A Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem é composta por três teorias que interagem entre si: como sendo a Teoria do Autocuidado (TdAC), a Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE) (Foster & Bennett, 2000).

A teoria de Orem tem sido amplamente difundida e é uma das bases conceptuais teóricas mais abordadas e de referência para a prática do EEER. Tendo em conta a natureza desta teoria, com foco no autocuidado, Petronilho (2012) afirma que este modelo conceptual é o que mais se compatibiliza com a enfermagem de reabilitação (Petronilho, 2012). Da mesma forma que Silva et al (2020), citado por Ribeiro, Moura e Ventura (2021) afirmam que:

a pertinência deste referencial teórico, no âmbito da enfermagem de reabilitação, está no seu potencial para sustentar a prática dos EEER, dando especial destaque à pessoa, na medida em que, face às possíveis limitações, a considera capaz de aprender novas formas de concretizar o autocuidado”. (p.53)

Lopes (2018) citando Orem (2001) remete para que em caso de necessidade e quando a pessoa não apresenta capacidade para o autocuidado, esta “necessita de intervenção por parte de outrem, que aceita e cumpre a responsabilidade de conhecer e suprimir a necessidade terapêutica de autocuidado de outros que se encontram dependentes, ou aceita controlar o exercício de ação do autocuidado dessas pessoas” (Lopes T. J., 2018, p. 27).

Petronilho (2012), descreve que o autocuidado engloba um processo de manutenção da saúde concomitantemente com a gestão da doença através de intervenções positivas. Assim o autocuidado desempenha uma importância fundamental na saúde da pessoa e desta forma impacta com os resultados clínicos (Petronilho, 2012). O mesmo autor refere que “autocuidado é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal (...) é um fenómeno complexo, multidimensional, inato, mas também apreendido” (Petronilho, 2012, p. 11). Orem (2001) citada por Petronilho (2012) define autocuidado como “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Petronilho, 2012, p. 19). As definições anteriores corroboram ainda com a definição apresentada na CIPE (2019) publicada pelo *International Council of Nurses* (ICN), que define autocuidado como uma “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” (ICN, 2019).

A Teoria do Autocuidado defende que a pessoa adota comportamentos e ações que promovam seu próprio desenvolvimento e bem-estar. Isto implica que cada pessoa seja responsável por cuidar da sua saúde física e mental a fim de garantir uma vida saudável (Lopes T. J., 2018).

Citando Petronilho (2012):

Orem parte do pressuposto que todo o individuo é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida, sendo denominado de agente de autocuidado (*self-care agente*). Quando o indivíduo não tem a capacidade de autocuidado e necessitam que esse cuidado seja realizado por pessoas com responsabilidades sociais e que aceitem a responsabilidade por esses cuidados (ex. familiares, amigos), denominam-se de agente dependente de cuidados (*dependente care agente*). Se esses cuidados resultam da ação profissional dos enfermeiros, estes são denominados de *therapeutical self-care agente*. (p.19, 20)

A Teoria do Déficit do Autocuidado é descrita como um elemento central, que relaciona a razão pela qual a pessoa necessita de cuidados de enfermagem. Orem identifica nesta teoria 5 metodologias de apoio/ajuda que denomina como “agir (fazer pela pessoa); guiar e orientar; proporcionar apoio psicológico e físico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar” (Petronilho, 2012, p. 24).

A condição de agir surge quando a pessoa não consegue realizar nenhuma ação de autocuidado, o enfermeiro realiza as ações em substituição da pessoa. Na condição de guiar e orientar, o enfermeiro orienta a pessoa sobre como realizar e potenciar o autocuidado. A terceira condição referente a proporcionar apoio físico e psicológico o enfermeiro intervém com a pessoa para auxiliar em situações de fragilidade física, mas também promove apoio emocional. A condição relativa a proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal pressupõe que o enfermeiro seja um veículo de promoção do autocuidado considerando um ambiente seguro e confortável. Por último a condição de ensinar prevê que o enfermeiro ensina/capacita a pessoa relativamente à sua condição de saúde, tratamento e autocuidado (Petronilho, 2012).

Na teoria de sistemas de enfermagem existe uma correlação entre o papel do enfermeiro, a pessoa ou ambos atuam para responder às necessidades de autocuidado da pessoa (Petronilho, 2012). Segundo Raposo (2024) nesta teoria existe ainda um destaque relativo à

importância que o conhecimento desempenha no autocuidado da pessoa, pretendendo uma melhoria da informação, da educação e conhecimento das pessoas, família ou cuidadores para encontrarem estratégias para lidar com os desvios em saúde (Raposo C. , 2024).

Orem desenvolveu 3 sistemas que integram esta teoria, o Sistema Totalmente Compensatório (*Wholly Compensatory Systems*), o Sistema Parcialmente Compensatório (*Partly Compensatory Systems*) e o Sistema de Apoio-Educação (*Supoortive Educative Systems*). O Sistema Totalmente compensatório é aplicado quando a pessoa é incapaz de realizar por si mesma qualquer atividade do autocuidado, e neste sentido o enfermeiro substitui a pessoa e realiza todas as ações pela pessoa. O Sistema Parcialmente compensatório é aquele em que a pessoa apresenta capacidade para desempenhar algumas ações de autocuidado, mas necessita de apoio do enfermeiro, sendo que o enfermeiro suporta a pessoa e trabalha com a pessoa para satisfazer as suas necessidades de autocuidado. O Sistema Apoio-Educação é direcionado para situações em que a pessoa possui capacidade para realizar o autocuidado, mas necessita de orientação e ensino por parte do enfermeiro para progredir e melhorar as suas competências (Petronilho, 2012).

Uma das premissas da teoria de Orem é a crença de que a pessoa se envolve em comunicação e troca contínua com o ambiente ao seu redor, a fim de se manter viva e funcional (Petronilho, et al., 2021).

A teoria de Orem é uma das teorias mais enraizadas na conceção de cuidados uma vez que a dependência no autocuidado é o ponto central no processo de cuidados dos enfermeiros, e com especial enfoque enquanto EEER, em que está presente o objetivo de capacitar a pessoa para a realização de atividades de vida que compõem as diferentes vertentes do autocuidado (Petronilho & Machado, 2023).

### 2.1.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis

Ao longo do ciclo vital a pessoa vivência processos de transição. A transição não se caracteriza apenas como um evento, mas pressupõe uma reorganização. Este processo de transição caracteriza-se como um processo dinâmico, com representação de marcos e momentos

decisivos que pautam não apenas o processo, mas também o resultado (Vieira de Sousa, 2019).

O conceito de “transição” segundo Meleis (2020) citando Chick & Meleis (1986) é defendido como “uma passagem de uma fase, condição ou status de vida para outra” (Meleis, 2020, p. 355). Cardoso & Brito (2024), citando Norma Chick e Afaf Meleis (1996), referem que transição é o “ato, efeito ou modo de passar lenta e suavemente de um lugar, estado ou assunto para outro, passagem, fase ou período intermédio num processo evolutivo” (Cardoso & Brito, 2024, p. 3). Os mesmos autores entendem assim que as transições são experiências de vida que moldam a pessoa ao longo do tempo. Estas são entendidas como jornadas influenciadas por diversos fatores: características/condições pessoais, relações sociais, ambiente, expectativas, a forma como interpretamos a vida e o significado que é atribuído às nossas vivências, assim como a habilidades de lidar com mudanças, e o seu impacto na nossa saúde como parte dessa jornada (Cardoso & Brito, 2024).

A Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis caracteriza-se como uma teoria de médio alcance e pretende descrever a experiência de transição de indivíduos, famílias e organizações (Meleis, Chapter 20 - Transitions Theory, 2015). Esta teoria fornece uma estrutura que permite assim descrever a experiência de indivíduos, famílias e organizações que se encontram em situações de mudança ou a vivenciar um ou mais eventos, e para a qual é exigida a aquisição de novas habilidades, desenvolvimento de sentimentos, objetivos e comportamentos, sendo que as respostas da pessoas são moldadas pela sua interação com as pessoas significativas e também com os seus grupos de referência (Meleis, 2020).

Meleis identificou quatro tipos de transições que são vivenciadas pela pessoa e/ou família, sendo que a pessoa pode vivenciar apenas uma transição ou pode vivenciar mais de um processo de transição. Os quatro tipos de transições identificadas por Meleis encontram-se ao nível de desenvolvimento, a nível situacional, de saúde-doença e ao nível organizacional. As transições de desenvolvimento são definidas como alterações decorrentes do ciclo vital como por exemplo a adolescência, o casamento, a paternidade/maternidade ou o envelhecimento; as transições situacionais referem-se a acontecimentos que originam alteração de papéis ou mudanças de situação na vida da pessoa como por exemplo a perda de um ente querido, a mudança de emprego ou a migração; as transições de saúde/doença envolvem situações de

doença, de alteração da capacidade funcional da pessoa, processos de recuperação ou presença de doença crónica e as transições organizacionais são descritas como alterações vivenciadas a nível institucional, por implementação de novas políticas, reestruturação de processos ou mudança de liderança (Vieira de Sousa, 2019; Meleis, 2015).

Os mesmos autores identificam nas suas obras fatores que influenciam os processos de transição. Estes têm especial importância porque condicionam ou permitem a realização de transições saudáveis e seguras. As propriedades identificadas por Meleis são o tempo, o processo, a desconexão, a consciência e nos pontos críticos. Referente ao factor tempo, Meleis, identifica que as transições obedecem a um período temporal (com início e final), mas em que o término se pode representar como difícil de definir concretamente; esta é uma propriedade que influencia a experiência da transição. O processo para a transição é descrito como a inevitabilidade de que a transição envolve sempre mudança. A desconexão alerta para o facto da pessoa poder experienciar sentimentos diversos relacionados com incerteza, perda e dificuldade em perspetivar o futuro. A consciência durante um processo de transição revela-se de importância primordial, e alerta para que uma transição eficaz representa um processo interno diferindo de uma mudança que representa um padrão externo. Esta diferença entre mudança e transição é fulcral para que a mesma seja bem-sucedida. Os pontos críticos representam marcos ou pontos de viragem, que se enquadram como propriedades das transições. A teoria das transições visa identificar os fatores desencadeantes, prever as experiências, antecipar os resultados e oferecer orientações para intervenções (Meleis, Chapter 20 - Transitions Theory, 2015).

Citando Carvalho, Rebelo, Pinho & Araújo (2019):

é imperativo que o EEER conheça os condicionantes pessoais, (...) da comunidade e da sociedade, (...) os quais podem facilitar ou dificultar o processo, de forma a que a pessoa e família/familiar cuidador alcancem uma transição saudável, ou seja, reestruturação de uma nova identidade, domínio de novas habilidades e alteração dos próprios comportamentos. (p.41)

Os autores corroboram assim que a aplicação no contexto prático da teoria das transições permite aos enfermeiros aprimorar a compreensão sobre as transições da pessoa, família/cuidadores e permite que a sua intervenção seja centrada na pessoa e sua família (Meleis, Chapter 20 - Transitions Theory, 2015).

## **2.2. Autonomia, capacitação, empoderamento e literacia em saúde**

Desde o início da vida, o ser humano encontra-se envolvido numa trajetória de vida gradual e sistemática, em que pretende, como objetivo o desenvolvimento enquanto dependente para um estado de total independência como forma de se permitir a viver como um cidadão autónomo. A pessoa encontra-se em constante movimento com influências coletivas, quer seja no seio da família, comunidade ou sociedade. Ao longo da vida e com o desenvolvimento e evolução no ciclo de vida, o que é pretendido, é que cada pessoa possa cuidar de si mesmo e tomar decisões informadas e responsáveis. Contudo durante esta trajetória individual, podem ocorrer mudanças à sua independência e conseqüentemente no autocuidado, resultando em necessidades de cuidados de saúde, ou ainda a necessidade de o próprio se tornar um cuidador do outro e em qualquer uma das premissas o EEER detém competências para a construção com a pessoa/família e comunidade de projeto de capacitação e empoderamento. (Reis & Bule, 2023).

De acordo com Reis & Bule (2023), “as atividades de vida pessoais e instrumentais são reflexo da autonomia e independência e prendem-se com a funcionalidade e qualidade de vida” (Reis & Bule, 2023, p. 57). Prementemente, perante esta afirmação é de especial importância ressaltar e definir alguns conceitos. A definição de conceitos como independência, autonomia, funcionalidade são abordadas e desenvolvidas pelos EEER e encontram-se em constante enquadramento no seu foco de cuidados.

A definição do termo independência apresentada na CIPE (2019) e publicada pelo *International Council of Nurses* (ICN), surge como um status positivo relativo ao conceito de dependência, não uniformizando uma definição concreta (ICN, 2019).

Por sua vez Petronilho et al (2021) apresentam uma definição afirmando que “independência, em oposição ao conceito de dependência, refere uma condição de saúde em que a pessoa tem

capacidade, por si só, de desempenhar as atividades de vida diárias e de autocuidado" (Petronilho, et al., 2021, p. 68).

O mesmo autor afirma ainda que os conceitos de independência e funcionalidade “formam a base da avaliação das necessidades no âmbito do conteúdo funcional dos EEER e, conseqüentemente, a sua intervenção diferenciada" (Petronilho, et al., 2021, p. 68). Como funcionalidade é entendido pelos autores que “corresponde à capacidade de a pessoa, em cada momento, realizar tarefas de subsistência para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente" (Petronilho, et al., 2021, p. 68). A funcionalidade à luz da ER surge como um dos objetivos das competências específicas da enfermagem de reabilitação como consta no Regulamento nº 392/2019, como reforçado que na reabilitação os “objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto estima” (p.13565), e enquanto competência específica os EEER promovem a maximização da funcionalidade com o intuito de devolver as capacidades à pessoa (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Lima et al (2022), numa *scoping review*, referente ao conceito de independência e o seu uso na prática afirma que “a independência é entendida como a competência em realizar atividades diárias e autocuidado sem a ajuda de terceiros (...) e os processos de transição entre dependência e independência são reconhecidos por estarem no domínio da autonomia." (Lima, et al., 2022, p. 646).

A luz do pensamento dos mesmos autores, autonomia é:

um conceito multidimensional que abrange o estado cognitivo, a inteligência emocional, a situação social e a condição intelectual e física. Portanto, entende-se que uma pessoa é autónoma se ela for capaz de satisfazer as condições anteriormente descritas, demonstrando autonomia de decisão, autonomia relacional e autonomia de execução”. (p.646)

Um conceito concordante como apresentado na CIPE (2019) publicada pelo *International Council of Nurses* (ICN), que define autonomia como o “status de auto governação e auto-

orientação” (ICN, 2019) e também com o afirmado por Sousa, Martins & Novo (2020), referindo que “a autonomia define-se com a liberdade da pessoa em gerir livremente a sua vida efetuando, racionalmente, as suas próprias escolhas.” (Sousa, Martins, & Novo, 2020, p. 65).

Sousa, Martins & Novo (2020), relacionam que o conceito de autonomia se encontra intimamente ligado ao conhecimento. A construção do conhecimento revela-se fundamental para suportar a capacidade de decisão da pessoa. Podemos afirmar neste sentido que conhecimento é poder, e o EEER ao fornecer o conhecimento à pessoa está a contribuir para o seu empoderamento. Ao tornarmos a pessoa detentora de conhecimento perante um conjunto de situações promovemos a sua capacidade de decisão e exercício de autonomia. Os mesmos autores expõem assim que “o empoderamento está relacionado com o conhecimento e a autonomia na tomada de decisão” (...) “o processo de empoderamento tem como fim a emancipação da pessoa, mediante a promoção de autonomia e alcance de medidas terapêuticas disponíveis, independente dos recursos didáticos e avaliativos disponíveis”. (Sousa, Martins, & Novo, 2020, p. 65).

É nesta transmissão de conhecimento que surgem novos conceitos como a capacitação, a literacia em saúde e o empoderamento já referido anteriormente.

A capacitação é um processo evolutivo, desta forma ao longo da vida a pessoa gere a aquisição de conhecimento mediante fatores que influenciam a sua necessidade de procura. O processo de capacitação pode ocorrer de forma gradual mediante o curso normal das vivências da pessoa ou podem ser impostas por meio de alguma alteração de saúde-doença. Para um processo de capacitação encontram-se envolvidos os domínios físico, cognitivo e material (Sousa, Martins, & Novo, 2020).

Capacitar, em circunstâncias de educação para a saúde, é entendido como sendo um processo multidimensional, o qual envolve conhecimento, decisão e ação. “Os conhecimentos são os saberes construídos e alicerçados nos valores da pessoa que se modificam ao longo da vida e são influenciados por fatores, nomeadamente de ordem social, cultural e religiosa” (Sousa, Martins, & Novo, 2020, p. 65). A decisão incide na tomada de decisão tendo por base a influencia do conhecimento e os recursos disponíveis; e a ação determina a execução da

decisão, esta tem impacto no processo de capacitação e no desenvolvimento da pessoa (Reis & Bule, 2023; Sousa, Martins & Novo, 2020).

No âmbito da educação para a saúde e do conhecimento é importante explicar um pouco sobre a literacia em saúde e o seu impacto nos processos anteriormente abordados.

A Direção Geral da Saúde (2023), na forma de plano estratégico, desenvolveu o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (PNLSCC) 2023-2030 que pretende o aumento da literacia em saúde da população portuguesa. O mesmo documento entende que a literacia em saúde representa:

um instrumento de promoção de saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde. (p.4)

Embora a realidade mundial seja de crescente acesso à informação, a forma como a pessoa entende e processa a mesma tem impacto nas suas escolhas. A literacia em saúde tem um impacto direto na saúde da população, quer a nível individual ou coletivo, uma vez que baixos níveis de literacia em saúde podem ter impacto em toda uma comunidade gerando inclusive implicações ao nível da gestão de recursos de saúde. A forma como as pessoas gerem os recursos disponíveis, a procura de comportamentos de promoção de saúde e de prevenção da doença, mas também a gestão de doenças crónicas tem repercussões nos ganhos em saúde (DGS, 2023).

Entre os objetivos previstos no PNLSCC encontra-se o reconhecimento da literacia em saúde como ponto chave na capacitação para a gestão da doença crónica, para a adoção de hábitos de vida promotores de saúde; prevê também a implementação de programas que permitam o aumento da literacia em saúde da população recorrendo a estratégias multifatoriais incluindo recurso adequado de fontes de informação de acordo com a faixa etária da pessoa. Todos estes pontos de intervenção e objetivos no que concerne a instruir, treinar e capacitar pessoas/famílias/comunidades encontra-se intimamente conectado com as intervenções desenvolvidas pelos EEER no seu core de competências. Quando se promove a capacitação da

pessoa a mesma adquire conhecimento e habilidade para agir em conformidade com a adoção de decisões e comportamentos promotores de saúde (DGS, 2023).

Considerando tudo o que foi anteriormente exposto, alcançamos a maximização de todo o potencial da pessoa através do processo de empoderamento. O empoderamento encontra-se “relacionado com o conhecimento e a autonomia na tomada de decisão” (...) “o processo de empoderamento tem como fim a emancipação da pessoa, mediante a promoção de autonomia e alcance de medidas terapêuticas disponíveis, independente dos recursos didáticos e avaliativos disponíveis” (Sousa, Martins, & Novo, 2020).

### **2.3. A pessoa com Acidente Vascular Cerebral**

No decorrer da vertente de EP realizada maioritariamente em contexto hospitalar e com maior contato na prestação de cuidados com a pessoa após AVC, desenvolvi o presente trabalho baseado na contribuição da ER com a pessoa sobrevivente AVC com alterações da mobilidade. Tendo em conta o desenvolvimento da prática clínica num contexto muito vocacionado para a reabilitação da pessoa após AVC, torna-se pertinente aprofundar esta área de conhecimentos, principalmente pelo impacto que as alterações de mobilidade representam na qualidade de vida da pessoa. O aprofundar de competências nesta área de intervenção é uma mais-valia pessoal, enquanto futura EEER que em complementaridade com a vertente de investigação fomenta o desenvolvimento profissional da enfermagem e a sua evolução como disciplina científica.

O envelhecimento demográfico é uma realidade cada vez mais presente nas sociedades modernas e com tendência crescente. As reduzidas taxas de natalidade e o aumento de população idosa fomentam desequilíbrios demográficos que impactam com as políticas de saúde a serem adotadas. Neste contexto, Portugal, encontra nesta temática uma problemática crescente ao nível da saúde pública. O crescendo de população idosa traz desafios para as políticas de saúde uma vez que com o avanço da medicina e a diferenciação dos cuidados de saúde, as pessoas vivem durante mais tempo, mas muitas vezes com comorbilidades associadas. É comum que os idosos padeçam de uma ou mais doenças crónicas, das quais resulta um maior nível de dependência, necessidade de cuidados permanentes, prestados

muitas vezes pelas famílias e/ou cuidadores e ainda uma crescente necessidade de cuidados de saúde e concomitantemente cuidados de saúde mais diferenciado (Despacho 12417/2016, 2017).

As doenças cerebrovasculares, ou acidente vascular cerebral (AVC), representam em Portugal a principal causa de morte e morbilidade. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o relatório publicado em 2024 e relativo ao ano de 2022, o AVC encontra-se na origem do maior número de mortes por patologia em Portugal. A taxa de mortalidade por AVC representa ainda um valor crescente face ao ano de 2021 (INE, 2024). Além de ser a principal causa de morte em Portugal e representar uma acentuada relevância a nível de mortalidade, representa ainda uma grande incidência no que concerne a problemas de morbilidade e impacto social (Matos & Simões, 2020).

O Programa Nacional de Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCV), criado em 2019, através do despacho nº 10473/2019 de 29 de outubro de 2019, permitiu implementar políticas de cariz organizacional, circuitos de diagnóstico e tratamento como forma a otimizar uma resposta mais célere e diferenciada especialmente em situações de fase aguda de diagnóstico e tratamento (Despacho n.º 10473/2019, 2019).

O PNDCV tem como visão a promoção de “uma atuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, que tente não apenas evitar as doenças cérebro-cardiovasculares, mas também reduzir as incapacidades por elas causadas e prolongar a vida” (DGS, 2019). Enquanto missão o PNDCV prevê a adoção de estratégias para diminuir o risco de doenças cérebro-cardiovasculares focadas na prevenção e controlo (como ações para controle de fatores de risco modificáveis, a colaboração conjunta com outros programas e também no âmbito da deteção precoce e tratamento de doença arterial e cardíaca em fases iniciais); no tratamento (garantindo o tratamento rápido e eficaz através da otimização do sistema de emergência em articulação com serviços de urgência e hospitais, a implementação de vias-verdes para AVC e doença coronária com objetivo de otimizar o processo de articulação de forma ágil que permita a intervenção precoce, desde o pré-hospitalar até ao tratamento hospitalar e também o acesso equitativo a todas as pessoas com encaminhamento para centros de tratamento especializado independentemente da sua localização geográfica); na reabilitação (através da implementação de programas de reabilitação para pessoas

sobreviventes de AVC, com o objetivo de minimizar sequelas e promover qualidade de vida). Deste modo o PNDCV encontra-se direcionado para a redução de incidência de doenças cérebro-cardiovasculares e suas complicações, ao permitir melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos sobreviventes, diminuir a mortalidade e comorbilidades por doenças cérebro-cardiovasculares (DGS, 2019).

Um relatório publicado pela Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, em 2022, relativo à caracterização das unidades de AVC (UAVC) corrobora que a implementação das referidas unidades no tratamento da pessoa após AVC e a implementação de programas de resposta rápida no diagnóstico e tratamento como a Via Verde do AVC (VVAVC) foram preponderantes e com uma relevante importância na diminuição da mortalidade por AVC na última década, e permitiram também uma melhoria dos cuidados no AVC agudo em Portugal (SPAVC, 2022).

O mesmo relatório confirma ainda que se encontra em marcha um Plano de Ação para o AVC na Europa (2018-2030) em que a *European Stroke Association* (ESO) e a *Stroke Alliance for Europe* (SAFE) com base nas anteriores “Declarações de Helsingborg”, desenvolveram esta iniciativa que pretende melhorar a abordagem do AVC por toda a Europa. Este projeto conjunto é entendido como o projeto mais ambicioso relacionado com o AVC alguma vez avançado na Europa (ESO, 2018). O objetivo deste projeto é o estabelecimento de metas para melhorar os cuidados de saúde à pessoa com AVC até 2030. Entre os fatores mais importantes deste projeto destacam-se a promoção e prevenção da saúde como preponderante, mas também inclui o diagnóstico, a terapêutica e a reabilitação (SPAVC, 2022). Neste sentido, e de acordo com os objetivos propostos pelo Plano de Ação para o AVC na Europa, é possível constatar que o PNDCV segue as diretrizes e objetivos formulados pelos programas europeus tendo por base diretrizes e objetivos semelhantes.

O AVC caracteriza-se por uma interrupção ou bloqueio de fluxo sanguíneo ao cérebro, e nesta impossibilidade de irrigação sanguínea em consequência ocorre danificação ou morte de células nervosas do cérebro. A destruição de áreas específicas do cérebro traduz sinais clínicos de distúrbios focais ou globais e os sintomas permanecem por mais de 24h (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012).

O AVC fisiopatologicamente pode ser caracterizado como isquémico ou hemorrágico. O AVC isquémico ocorre em 85% dos casos, como resultado de trombos, êmbolos ou baixas pressões de perfusão sistémica, sendo que esta “escassez de fluxo priva o cérebro de glicose e oxigénio que lhe são necessários, prejudica o metabolismo celular e leva à morte de tecidos” (O’Sullivan, 2004, p. 521). Por sua vez o AVC hemorrágico, de etiologia mais grave, caracteriza-se pela rutura de vaso sanguíneo e consequentemente origina hemorragia. Estes podem ser provocados por rutura de aneurismas, uma vez que a “hemorragia tem como resultado aumento da pressão intracraniana, lesionando os tecidos cerebrais e restringindo o fluxo sanguíneo distal” (O’Sullivan, 2004, p. 521). Este tipo de hemorragias ocorre por fragilidade e enfraquecimento da parede de pequenos vasos ou pode ainda ser devido a malformações arteriovenosas (MAV) que é caracterizada pela presença de vasos (artérias e veias) em forma de emaranhado desordenado (O’Sullivan, 2004).

Segundo O’Sullivan (2004), estima-se que entre os sobreviventes de AVC cerca de 40% apresentem alguma sequela significativa, e que nos centros especializados para reabilitação, os sobreviventes de AVC são o maior grupo de pessoas admitidas (O’Sullivan, 2004).

Menoita, Sousa, Pão Alvo & Vieira afirmam que perante um AVC “verificam-se ganhos substanciais nas capacidades funcionais das pessoas com AVC em função da rapidez de atuação e da especificidade dos cuidados de reabilitação” (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012, p. 17).

O AVC é uma doença passível de prevenção através da monitorização e controle de alguns fatores de risco, permitindo continuamente a diminuição de novos casos. Entre os fatores de risco de AVC podem ser identificados fatores de risco de caráter não modificável (idade, sexo, fatores genéticos, raça e origem geográfica) e fatores de risco passíveis de monitorização ou modificáveis (hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, patologia cardíaca, tabagismo, hiperlipidémia, antecedentes de AVC prévio ou de acidente isquémico transitório) (Ribeiro, 2023).

Decorrente de um AVC, os sintomas, a gravidade ou a extensão de lesões pode variar dependendo da área do cérebro afetada, do tamanho da lesão, da sua intensidade e também do tempo de evolução. Deste modo, quanto mais grave e extensa for a lesão causada pelo AVC, maior probabilidade de sequelas e défices funcionais (Ribeiro, 2023; Castanheira, 2019). Após

o AVC podem manifestar-se vários défices, nomeadamente défices somatosensitivos, dor, défices visuais, défices motores (alteração do tónus, sinergismos anormais, alterações dos reflexos, parestesia) distúrbios de controle posturas e equilíbrio, distúrbios da fala, disfagia, disfunção perceptiva, disfunção cognitiva, distúrbios afetivos, crises convulsivas, disfunções da bexiga e do intestino (O'Sullivan, 2004).

Estas sequelas, segundo Jardim (2022), podem ter carácter transitório ou permanente com maior ou menor grau de gravidade, mas o seu impacto na funcionalidade da pessoa/família e na sua qualidade de vida pode manifestar-se de várias formas sendo necessária a adaptação a barreiras quer físicas, emocionais, sociais, psicológicas e profissionais (Jardim, 2022).

Segundo Rocha et al (2020) uma grande parte dos sobreviventes de AVC enfrentam “défices neurológicos e incapacidades residuais significativas ao nível físico, sensorial, cognitivo, de linguagem e visuais a longo prazo, que podem conduzir a uma diminuição da capacidade funcional em realizar várias AVD, como vestir-se, alimentar-se e caminhar, entre outras” (Rocha, Bravo, Sousa, Mesquita, & Pestana, 2020, p. 6)

Ribeiro (2023) citando Flannery & Belucza (2010), afirma que entre os vários tipos de sequelas, as sequelas motoras são as mais reconhecidas e o “compromisso das vias motoras pode afetar o início dos movimentos, a sua força e integração, bem como o tónus muscular e a atividade reflexa” (Ribeiro R. , 2023, p. 49). Desta forma, torna-se imperativo perceber que uma grande parte dos sobreviventes de AVC vão apresentar alterações de mobilidade, traduzidos em diferentes graus de incapacidade e/ou morbidade que se estima influir como condicionamento para o desempenho das suas AVD e conseqüentemente aporta repercussões significativas ao nível da funcionalidade pretendida. Não obstante existem ainda desafios na reabilitação dos sobreviventes de AVC, não apenas a nível físico e funcional, mas concomitantemente ao nível cognitivo, de coordenação, de força muscular, marcha e equilíbrio (Ribeiro R. , 2023).

No que concerne à reabilitação da pessoa após AVC emergem vários fatores que se encontram intimamente interligados, e invariavelmente determinam a capacidade de a pessoa após AVC conseguir recuperar funções (como forma parcial ou total) e prendem-se com a recuperação neurológica, associada com a diminuição do edema cerebral, a plasticidade cerebral e por outro lado à função adaptativa pela aprendizagem de novos modos de execução de funções

(Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012). Os mesmos autores defendem que a implementação de intervenções para a reabilitação da pessoa após AVC deve ser iniciada o mais precocemente possível como forma a potencializar os benefícios advindos das mesmas. O recurso a intervenções diferenciadas e céleres como a reeducação funcional motora é entendida como um pilar na recuperação da pessoa após AVC, permitindo estimular a pessoa, assim como a sua sensibilidade, capacidade proprioceptiva, amplitude articular, força muscular, aquisição de reforço muscular, aquisição de equilíbrio e também enquanto peça fundamental na prevenção de complicações decorrentes de imobilidade que impactam com a saúde física, mas também com a componente psicológica, social e emocional (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012).

O Modelo de Neurodesenvolvimento desenvolvido por Johnstone perpetua até aos dias de hoje e realça como base que a pessoa após AVC reaprende novas funções com base no modelo do desenvolvimento, denotando que através dos princípios da neurofisiologia é possível uma reorganização sensoriomotora do sistema nervoso central. Esta recuperação surge através do treino motor e vai permite desencadear um “grande número de respostas motoras automáticas, adquiridas na infância (...) nos primeiros (...) anos de vida” (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012, p. 72). Johnstone (1978), citada por Castanheira (2019) afirma que é através da realização de atividades terapêuticas que se fomenta a aquisição progressiva de “capacidades motoras e de coordenação, pela constante e progressiva repetição de movimentos primitivos até aos mais complexos” (p.25), permitindo a aquisição da estabilidade postural. A sua aquisição de estabilidade é um processo progressivo e ocorre pela “facilitação do movimento, com ajustes automáticos da postura, a fim de produzir uma atividade, através de reações automáticas de proteção, retificação de equilíbrio, com a finalidade de reeducação de plexo postural” (Castanheira, 2019, p. 25).

Com base no modelo de neurodesenvolvimento, em que a aquisição de força e competências se inicia de forma proximal para a zona distal, ou seja é iniciada pela reeducação muscular do tronco, e decorrente deste fortalecimento permitem o desenvolvimento de movimentos mais complexos, corroborando com o defendido por Rocha et al (2020), que afirma que “é fundamental a implementação de um programa de reabilitação onde sejam realizados exercícios de ativação de tronco na promoção do equilíbrio já que a fraqueza do tronco é relevante para o desempenho funcional das pessoas com AVC “ (Rocha, Bravo, Sousa,

Mesquita, & Pestana, 2020, p. 6). A reeducação funcional motora deve ser assim implementada de forma gradual com primeiro foco na implementação de mobilizações e facilitação cruzada e progressivamente evoluir para atividades e exercícios terapêuticos que devem ser implementados de forma a potencializar a aquisição de competências (Rocha, Bravo, Sousa, Mesquita, & Pestana, 2020).

Menoita, Sousa, Pão Alvo & Vieira (2012), afirmam que as alterações de mobilidade se encontram relacionadas com alterações da força, tónus muscular, sensibilidade e mecanismo de controlo postural (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012).

A alteração da força muscular, por hemiparesia (diminuição da força e da sensibilidade ou por hemiplegia (paralisia), afetando o hemicorpo contralateral à lesão é uma das limitações mais frequentes após um AVC. Estas condições de alteração da mobilidade traduzem um forte impacto funcional, mas também psicológico à pessoa e são consideradas a principal causa de incapacidade grave, impactando frequentemente na vida social e na importância da autoestima, no reingresso no mercado de trabalho e nas relações interpessoais e com fatores de incapacidade financeira (Menoita, Sousa, Pão Alvo & Vieira, 2012; Alves, 2015).

Numa fase inicial após um AVC, é normal a presença de hipotonia ou flacidez no hemicorpo afetado e a perda de controle voluntário dos movimentos. Este padrão pode durar algum tempo, mas o normal é ser sucedido por um padrão inverso de hipertonia ou espasticidade. Mesmo perante um padrão de diminuição da força é comum a instalação de um quadro de resistência ao movimento passivo, enquadrando-se num quadro de espasticidade. “A espasticidade pode ser definida como o aumento do tónus, com exacerbação dos reflexos profundos, decorrentes de hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento” (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012, p. 74).

De acordo com Branco & Santos (2010), citado por Alves (2015), a espasticidade causa alteração no padrão dos movimentos e posturas incorretas, prejudicando a mobilidade e o equilíbrio. A espasticidade é ainda o principal precursor de problemas motores, e com o tempo, provoca encurtamento dos músculos e limitação dos movimentos (Alves, 2015).

Figueiredo, Neto, Nogueira, Fernandes & Almeida (2021) com base no trabalho de Thompson et al. (2005), a espasticidade dificulta recuperação neuro-motora dos movimentos na pessoa

sobrevivente de AVC, provoca alterações como dor, diminuição de amplitude articular, diminuindo coordenação do movimento dos membros e interferindo diretamente na realização de ABVD assim como provocar alterações ao nível da marcha (Figueiredo, Neto, Nogueira, Frenandes, & Almeida, 2021).

Ribeiro (2023), citando Orsini (2012), refere que a sensibilidade se encontra presente tanto em termos de perceção de estímulos do próprio corpo, mas também provenientes da perceção do meio externo. “A sensibilidade começa na periferia, onde existem recetores, estruturas capazes de transformar um estímulo em impulso nervoso, para que este chegue ao sistema nervoso central e o individuo possa reconhecer esse mesmo estímulo” (Ribeiro, 2023).

Assim a capacidade conseguir realizar movimentos eficientes e controlados depende da nossa sensibilidade proprioceptiva, que nos dá a informação sobre a posição e o movimento do nosso corpo. No caso do AVC esta sensibilidade encontra-se diminuída ou mesmo extinta afetando habitualmente um lado do corpo. Neste sentido, a pessoa pode ter manifestações como dificuldade em controlar movimentos, perceber a posição e alinhamento corporal e também em aprender novos movimentos. A perda da sensibilidade proprioceptiva limita assim a capacidade da pessoa de se movimentar com fluidez, consciência corporal e aprender novas habilidades no lado afetado do corpo. Por outro lado, “a diminuição ou abolição da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) contribui para o aparecimento de disfunções perceptoras (alterações da imagem corporal, neglet unilateral) e para o risco de lesões.” (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012, p. 76).

O mecanismo de controlo postural é também um mecanismo que sofre alterações e quando as reações posturais não se encontram funcionantes no hemicorpo afetado a pessoa não consegue realizar os ajustes fisiológicos necessários para aquisição de ortostatismo, rolar, sentar e realizar atividades de vida diárias (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012)

Alves (2015) citando Branco & Santos (2010) afirma que na presença este tipo de sequelas as “reações posturais automáticas não se encontram funcionantes no hemicorpo lesado, o que vai impedir uma diversidade de padrões de postura e de movimento, por sua vez essenciais para a realização de atividades funcionais e realização de atividades de vida diária” (16) sendo este factor não só limitativo pela impotência funcional causada, mas também porque impacta com a realização e execução de atividades anteriormente simples (Alves, 2015).

Com base no exposto anteriormente, e na importância intrínseca da mobilidade na reabilitação da pessoa após AVC, podemos influir que focar a reabilitação à pessoa após AVC com uma abordagem sistemática e estruturada com base na reeducação funcional motora é o alicerce condutor que permite ganhos visíveis no processo de reabilitação e promove o desenvolvimento de outras competências.

Tendo ainda em consideração as alterações de mobilidade manifestadas após o AVC é importante referir que os objetivos da reabilitação recaem principalmente em "evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade; estimular a sensibilidade; treinar o equilíbrio; reeducar o mecanismo de reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado" (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012, p. 76).

Segundo Matos 2019, é essencial no processo de reabilitação a avaliação da fase de recuperação motora em que a pessoa se encontra, sendo que esta avaliação rigorosa vai permitir o levantamento de diagnósticos mais adequados e o planeamento de um programa de cuidados a desenvolver com a pessoa" (Matos M. A., 2019).

Tendo em conta os conteúdos explanados anteriormente, é possível aferir que a componente motora apresenta uma importância fulcral para aquisição de novas competências, assim como para estimulação e inclusive para a promoção da plasticidade neuronal. A plasticidade neuronal é um componente de extrema importância na reabilitação da pessoa após AVC, é descrita como "a capacidade que o sistema nervoso central tem para alterar a sua função, o seu perfil químico e estrutural" (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012, p. 67).

Presentemente, esta capacidade notável de se adaptar e remodelar é reconhecida e existe uma reestruturação, reorganização e regeneração. Esta característica do sistema nervoso central permite que o mesmo reaja em ajuste a novas experiências, reaprenda continuamente e até mesmo recupere de lesões. É neste sentido que o treino motor representa uma grande importância no desenvolvimento da plasticidade cerebral, uma vez que através do estímulo realizado no processo da reeducação funcional motora estamos a provocar a neurogénese e sinaptogénese, assim como a modulação pré e pós sinápticas (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012).

Segundo Davies (1996) citado por Menoita, Sousa, Pão Alvo & Vieira (2012) "quanto mais intensa e variada for a estimulação, mais sinapses são formadas" (p.69), uma vez que os processos de reparação e reorganização do sistema nervoso central têm início logo após a ocorrência de uma lesão, devido a este facto a reabilitação deve começar o mais precocemente possível para conseguir traduzir padrões de movimentos e comportamentos mais perto do estado anterior (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012).

### **2.3.2. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da mobilidade após Acidente Vascular Cerebral**

A compreensão e importância dos conceitos de autocuidado e autonomia consiste num dos pilares da enfermagem desde o início da profissão, em que Florence Nightingale defendia que a pessoa devia fazer por si própria (Gaspar, Loureiro, & Novo, 2021).

Nos cuidados à pessoa com alteração da mobilidade após AVC, estes conceitos encontram-se muito presentes e cabe ao EEER avaliar, planear e implementar programas e intervenções de reabilitação que permitam à pessoa desenvolver capacidades a nível motor de modo a capacitar a pessoa para atividades de vida, inclusive o autocuidado nas suas diferentes vertentes.

Reabilitar à luz da definição na CIPE (2019) publicada pelo *International Council of Nurses (ICN)*, surge como “restabelecer: restituir eficácia às funções ou a vida normal, através do treino, especialmente após doença” (ICN, ICNP Browser, 2019).

A reabilitação é uma área que abrange diversas especialidades e como tal exige atenção em todos os níveis de cuidado, desde a reeducação funcional, a prevenção de complicações, o suporte à independência, a reversão de situações agudas e ainda a gestão de expectativas a par com a satisfação da pessoa. A recuperação eficaz e em tempo útil é crucial para prevenir a instalação de complicações ou problemas adicionais e garantir o bem-estar da pessoa (Pontes & Santos, 2023).

O EEER detém competências especializadas para a avaliar a pessoa em diferentes vertentes. Esta avaliação do EEER é baseada no conhecimento e mensurável através da utilização de

instrumentos psicométricos, como escalas de avaliação, que permitem a avaliação de ganhos em saúde decorrentes do seu processo interventivo, mas principalmente permitem à pessoa traduzir os seus ganhos na maximização da funcionalidade, melhoria da qualidade de vida da pessoa, participação social entre outros. A intencionalidade terapêutica aplicada pelo EEER e a oportunidade de contacto e de intervenção terapêutica permitem a intervenção numa janela temporal fulcral para otimizar o sucesso do processo de reabilitação com a pessoa após AVC.

Decorrente da avaliação realizada o EEER planeia e implementa um plano de cuidados com a pessoa/família e implementa programas estruturados ou intervenções que permitem orientar o foco de intervenção, mas também garantir a continuidade de cuidados.

O EEER trabalha em conjunto com a pessoa para a construção de um plano individualizado e dinâmico de cuidados, de modo a intervir perante situações de saúde/doença atuais ou futuros, com o objetivo de ajudar a pessoa a alcançar o seu potencial máximo (Raposo, 2024).

No decorrer do EP e com recurso à realização de um estudo descritivo – relato de caso – foi possível aprofundar conhecimentos relativos ao tema e ainda contribuir para a evolução da enfermagem enquanto disciplina científica. O presente plano de cuidados pretende abordar os principais focos de enfermagem de reabilitação abordados no referido estudo e ainda avaliar resultados ao nível de conhecimento e comportamento.

Atendendo ao tema em abordagem, os principais focos de intervenção para a pessoa com alteração de mobilidade após AVC, e de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (PDCEEER) são:

- Autocuidado (nomeadamente nas vertentes higiene, ir ao sanitário, vestir-se, comer, beber e vestuário)
- Défice sensorial
- Equilíbrio corporal
- Espasticidade
- Movimento muscular

As intervenções focam-se na capacitação da pessoa para a aquisição de funcionalidade, sendo para isso essencial desenvolver ações no sentido de avaliar, ensinar, instruir e treinar,

permitindo o desenvolvimento de novas aprendizagens e a estimulação da plasticidade cerebral, mas também capacitar a pessoa ao nível do conhecimento e adoção de comportamentos (OE, 2015).

Como referência à avaliação de resultados dos cuidados especializados de EEER podemos adotar as referências descritas pela *Nursing Outcomes Classification* (NOC). A NOC “apresenta a terminologia padronizada para os resultados sensíveis à enfermagem destinada a enfermeiros de diferentes especialidades e contextos da prática clínica, com o objetivo de verificar alterações na condição do paciente após uma intervenção” (Moorhead, Johnson, Mass, & Swanson, 2016, p. 57).

A cada resultado presente no referido documento é atribuído um conceito, podendo este mesmo ser direcionado para a avaliação clínica da pessoa/família/cuidador ou comunidade antes ou após a realização de uma intervenção. Cada resultado apresenta “uma escala de mensuração (ou escalas de mensuração), uma lista de indicadores associados ao conceito e referências de apoio. Os resultados estão organizados em taxonomia, a qual facilita a identificação dos resultados para a sua utilização na prática” (Moorhead, Johnson, Mass, & Swanson, 2016, p. 58).

A documentação de resultados sensíveis à enfermagem presentes na NOC podem ser adaptados à ER na área em estudo – o AVC, nomeadamente ao nível do descritivo de conhecimento, permitindo a mensuração de dados importantes referentes aos ganhos efetivos da intervenção dos EEER. Para a avaliação de resultados a nível de conhecimento foi aplicada a avaliação através de uma Escala de Likert de 5 pontos que “é utilizada com todos os resultados e indicadores, fornecendo um número adequado de opções para demonstrar a variabilidade do estado, comportamento ou perceção descrito pelo resultado” (Moorhead, Johnson, Mass, & Swanson, 2016, p. 58).

Como referido anteriormente, como parâmetro passível de transpor para a avaliação de resultados nos cuidados de ER encontram-se o nível do conhecimento. Neste sentido, e de acordo com a dinâmica do trabalho em estudo pretende-se a realização de uma avaliação de resultados ao nível do conhecimento da pessoa sobre a sua condição de doença, a capacitação para a importância do programa instituído, o conhecimento sobre a importância de prevenção e progressão de complicações, sendo deste modo coincidente com o conceito atribuído pela

NOC para avaliação de conhecimento presente no descritivo “1863 - Conhecimento: Controle do Acidente Vascular Encefálico” e tem como definição “extensão da compreensão sobre o Acidente Vascular Encefálico, seu tratamento e prevenção da progressão e complicações” (Moorhead, Johnson, Mass, & Swanson, 2016).

Durante o acompanhamento e cuidados de reabilitação prestados com a pessoa/família após ACV, coincidente com o início de internamento em unidade de reabilitação a avaliação inicial foi classificada, com recurso à escala de Likert presente na NOC. A classificação geral dos resultados variam em 5 pontos (1-nenhum conhecimento; 2-conhecimento limitado; 3-conhecimento moderado; 4-conhecimento substancial; 5-conhecimento vasto). De acordo com a avaliação inicial realizada com a pessoa com alteração da mobilidade após AVC, incluída como alvo de estudo no relato de caso realizado no contexto de EP, considera-se que ao nível do conhecimento na avaliação inicial se encontra ao nível 2 pontos e no final da avaliação do programa e intervenções de EEER foi classificada como 3 pontos. Como descrito no estudo descritivo neste âmbito durante o EP, a pessoa apresentava algumas sequelas a nível de atenção, distração e memória, fatores que condicionaram alguma avaliação e desenvolvimento mais aprofundado de competências. No entanto com o decorrer do programa foi possível contatar melhorias significativas relacionadas com a adesão ao tratamento como forma de prevenção e progressão de complicações, com boa adesão por parte da pessoa/família.

### **3. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS**

Durante o EP foram extensas as aprendizagens e experiências práticas que em consonância com a componente académica teórica e teórico-prática permitiram a aquisição de competências comuns, competências específicas de EEER e competências de mestre. A componente prática do EP pretende uma transposição de conhecimentos adquiridos em contexto académico com base em recursos teóricos e teórico-práticos que permitem a implementação de conhecimento junto com a pessoa nos diferentes contextos de intervenção. A componente académica permitiu uma aquisição de conhecimentos e habilidades imprescindíveis para uma maturação de conhecimento, enquanto futura EEER, assim como para o raciocínio crítico intrínseco à prática do EEER.

Segundo Potter & Perry (2020), “as competências de raciocínio crítico são processos cognitivos que o enfermeiro utiliza para fazer julgamentos de enfermagem” (Potter & Perry, 2000, p. 93). As mesmas autoras identificam ainda 3 tipos de competências, raciocínio crítico geral, o raciocínio crítico específico em situações clínicas e o raciocínio crítico específico de enfermagem. O enfermeiro é assim descrito como um profissional de elevado rigor, conhecimento científico e diferenciação (Potter & Perry, 2000).

O termo competência em enfermagem encontra-se definido pela OE, como sendo um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades. Os enfermeiros portugueses, com exercício profissional em Portugal, e como já mencionado anteriormente, regem a sua prática e conduta pelo Regulamento do Exercício profissional para a Prática de Enfermagem (REPE). Neste documento, transversal a todos os enfermeiros portugueses são identificados três grandes grupos de competência que o enfermeiro em Portugal deve ser detentor: competências humanas, científicas e técnicas para exercer a profissão de Enfermagem (Cantante, et al., 2020). No que concerne à categoria de enfermeiro especialista, e em específico para a enfermagem de reabilitação, a OE realizou a publicação de dois regulamentos que contemplam as competências comuns de enfermeiro especialista (com primeira publicação no ano de 2011 e com revisão em 2019, Regulamento nº 140/2019), e o regulamento de competências específicas em enfermagem de reabilitação (publicado em 2019, Regulamento nº 322/2019).

O primeiro documento, regulamento de competências comuns, é um documento que pretende clarificar os diferentes conceitos de competências e os diferentes domínios de competências do enfermeiro especialista, como sendo: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Cantante, et al., 2020).

O segundo documento, o regulamento das competências específicas, é um documento orientador que pretende clarificar quais as competências acrescidas que o enfermeiro especialista em cada área de intervenção deve seguir, dirigir e focar na sua prática clínica.

### **3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, os cuidados de saúde, incluindo os cuidados de enfermagem, estão em constante evolução, o que deve ser acompanhado de um investimento no conhecimento cada vez mais técnico e científico. Nesse contexto, a diferenciação profissional torna-se essencial como forma de dar resposta às crescentes necessidades da população. Existe deste forma um empenho e acompanhamento por parte da OE que designa que o enfermeiro especialista é o profissional a quem é reconhecida a competência científica, técnica e humana de prestação de cuidados especializados. Este perfil de competências é transversal a todas as áreas de especialização de enfermagem sendo deste modo aplicáveis a diferentes contextos de cuidados e partilhadas por todos os enfermeiros especialistas. As competências comuns do enfermeiro especialista são desta forma a base para o desenvolvimento das competências específicas de cada área de especialização (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Fazem parte do perfil de competências comuns do enfermeiro especialista de acordo com o Regulamento 140/2019:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A responsabilidade profissional, ética e legal, a qual é mencionada no Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei 156/2015, artigo 100º), aborda esta forma de intervenção dos enfermeiros como intrínseca á sua profissão. O enfermeiro assume a sua responsabilidade profissional das suas decisões e age perante as leis da profissão, quer do código deontológico e do REPE (Lei nº 156/2015, 2015). À luz da perspectiva da ética o enfermeiro deve reger a sua prática de acordo com os valores gerais da profissão, verdade e justiça, igualdade, liberdade responsável, altruísmo e solidariedade e competência profissional. O enfermeiro no exercício da profissão tem como base de conduta os princípios éticos como justiça, beneficência, respeito pela autonomia, não maleficência e vulnerabilidade. O enfermeiro especialista intervém junto com a pessoa com intuito de cuidar e promover o seu bem-estar pelo princípio da beneficência, e não em sua substituição respeitando o direito da pessoa à sua autonomia de decisão e respeitando as suas decisões, crenças, valores e espiritualidade (Lei nº 156/2015, 2015). É ainda considerado que “em enfermagem, uma tomada de decisão envolve a pessoa, é individualizada e holística, compreende não só o diagnóstico, mas o processo de doença/saúde, as suas limitações e potencialidades físicas, sociais e emocionais e a sua resiliência” (Nunes & Amaral, 2022).

Vasconcelos (2023), define que a ética é “uma reflexão sobre o agir que apela a um comportamento que respeite sempre a pessoa humana e os valores” (Vasconcelos, 2023, p. 34).

A prática clínica baseada na responsabilidade profissional, ética e legal é transversal em qualquer categoria de enfermagem. A minha prática durante o EP manteve este princípio como uma base da profissão de enfermagem. Durante o EP foi-me possível contactar com diferentes realidades, mas mantendo as características que considero fundamentais à prestação de cuidados. O respeito pelo outro e pela sua autonomia, a satisfação da pessoa na prestação de cuidados traduz mais do que a imersão na ética, mas sim também impacta com a qualidade de cuidados.

A procura pela melhoria continua de cuidados traduz a uma melhoria continua de qualidade a par com a gestão dos cuidados. A intervenção do enfermeiro especialista enquanto dinamizador de projetos, torna-o um elemento de referência e fomentador de melhoria continua junto da equipa, promove a coesão da mesma e também que a sua prática seja

distinguida e exemplo para os pares. A par com a qualidade de cuidados a gestão eficaz de recursos permite otimizar cuidados e resultados. A envolvimento em projetos que visem a melhoria contínua dos cuidados é uma aposta dinâmica e que traduz melhorias para a qualidade e para o desempenho das equipas. Uma gestão eficaz de recursos impacta também na qualidade dos cuidados permitindo maior eficácia e consistência nos cuidados prestados à pessoa/família. Durante este período foi também possível colaborar enquanto dinamizador de projetos a nível do local de EP. Neste processo desenvolvi uma prática com vista a melhoria da qualidade dos cuidados e dinamização da equipa. A integração positiva na mesma foi uma mais-valia enquanto o percurso realizado no EP e permitiu o meu desenvolvimento enquanto futura EEER.

Estas afirmações corroboram com o defendido por Gomes, Martins, Gonçalves & Fernandes (2012), citados por Pontes & Santos (2023) em que consideram que cabe ao EEER ser um elemento dinamizador e impulsionador da qualidade dos cuidados “numa perspetiva de melhoria contínua de saúde e qualidade de vida das pessoas, grupos e comunidades” (Pontes & Santos, 2023, p. 92).

A gestão de cuidados a par com a qualidade de cuidados levou-me a algumas questões, relativas à sua eficiência e ao modelo de organização de cuidados vigente. A realidade do local do meu EP, como centro de reabilitação, com enfoque em cuidados de excelência, padece de carência de recursos humanos, principalmente enfermeiros. Nesta sequência, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, profissionais altamente diferenciados, encontram-se alocados à prestação de cuidados gerais e cumulativamente prestam cuidados especializados de reabilitação, não havendo a alocação exclusiva de EEER aos cuidados especializados. Com este modelo de organização de cuidados o EEER organiza a distribuição do trabalho realizando a gestão de cuidados gerais e garante a realização de cuidados especializados de reabilitação às pessoas que são identificadas com essa necessidade. A escassez de enfermeiros é um problema atual e transversal a várias instituições de saúde, no entanto esta problemática afeta e condiciona a correta gestão de recursos humanos e alocação de enfermeiros no desempenho do seu core de competências específicas, nomeadamente a alocação de EEER em prestação de cuidados gerais condiciona a gestão e prestação de cuidados de cariz especializado com alta diferenciação técnico-científica.

A prática especializada de cuidados prestada pelos EEER é uma mais-valia para o referido contexto de cuidados e a sua valorização, na minha análise crítica, traria maiores benefícios se fossem adotadas políticas de gestão com diferenciação dos enfermeiros de cuidados gerais e dos EEER. Como referido por Pontes & Santos (2023) a diferenciação de cuidados deveria ser enquadrada como uma "sintonia com a equipa multidisciplinar de modo a garantir resultados que reflitam ganhos em saúde para os cidadãos, famílias e comunidades" (Pontes & Santos, 2023, p. 90).

Na constante procura formativa e investigativa, para desenvolvimento de aprendizagem contínua, o enfermeiro especialista torna-se um agente de desenvolvimento da própria profissão. A base científica da profissão é enriquecida quando a par com a componente prática emerge conhecimento científico. Liu, Yin, Yi, Liu & Li (2013), corroboram esta vertente de aprofundamento de aprendizagens referindo que os enfermeiros devem estar atentos a pesquisas na sua área de intervenção e que é da sua competência participar ativamente de projetos de investigação e desenvolvimento. Esta produção e disseminação de conhecimento científico são essenciais para o avanço da profissão e a melhoria da qualidade dos cuidados (Liu, Yin, Yi, Liu, & Li, 2023).

No percurso desde EP a mobilização e aquisição de novos conhecimentos foi uma procura constante. A componente teórica e teórico-prática do MER forneceu-me bases sólidas para poder desenvolver e intervir na componente prática durante o EP, no entanto houve uma constante procura de conhecimento para poder diferenciar a minha prática enquanto futura EEER e sorver o maior conhecimento possível. Durante o processo de aprendizagem e como recurso para desenvolvimento de competências de investigação e estudo autónomo foi importante a pesquisa em bases de dados científicos (EBSCO, MEDLINE complete, CINAHL complete, Nursing & Allied Health Collection, Cochran, MedicLatina), livros revistas da especialidade, bibliotecas e consulta de guidelines de boas práticas como a *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO).

Durante a prática clínica inerente ao EP devo reforçar que o contante empenho, dedicação e trabalho em equipa tanto da parte da orientadora de estágio, mas também de toda a equipa foi um elemento facilitador e que permitiu uma aprendizagem constante e com maior segurança. Esta componente de aprendizagem pessoal e investigativa foi fulcral para a

realização e documentação de um estudo descritivo - um relato de caso – colaborando no sentido de desenvolver a investigação em enfermagem, documentar a diferenciação dos cuidados de enfermagem, contribuir para a evolução científica da enfermagem, melhoria dos cuidados e consequentemente elevação da qualidade.

### **3.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista**

Os EEER detêm um core de competências específicas em Enfermagem de Reabilitação como descrito no Regulamento nº 392/2019 (PCEEEER). À luz deste documento a reabilitação, é uma especialidade de carácter multidisciplinar, que pela sua especificidade engloba um vasto corpo de conhecimentos e procedimentos específicos permitindo auxiliar as pessoas portadoras de doença aguda, crónica ou com as suas sequelas ou desvantagens com o intuito de maximizar ou potencializar a sua funcionalidade e independência (Regulamento nº 392/2019, 2019)

O presente regulamento foi publicado em 2019 e de acordo com o mesmo as competências específicas dos EEER assentam nas seguintes:

- “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”

(Regulamento 392/2019, 2019, p.13566).

Com base no acima referido, os EEER são detentores de competências diferenciadas e especializadas que lhes conferem a capacidade de intervir junto com a pessoa em todas as fases da sua vida, seja em processo de saúde, doença ou na prevenção de complicações provocadas que interferem com a funcionalidade da pessoa. A implementação de intervenções e programas individualizados são realizados com a pessoa e com intencionalidade terapêutica com vista a promover adaptações e estratégias para a promoção do autocuidado e melhoria significativa da sua qualidade de vida.

Martins, Ribeiro e Silva (2018) num estudo realizado com EEER, referem que a intervenção destes profissionais além de ter “como alvo a pessoa, em todas as fases do ciclo vital, a excelência do exercício profissional de enfermagem de reabilitação” (...) permitem ainda “trazer ganhos em saúde em todos os contextos da prática, vindo a influenciar positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem” (Martins, Ribeiro, & Ventura da Silva, 2018, p. 23).

No decorrer deste EP tive oportunidade de contactar com vários contextos de intervenção dos EEER. Durante o período do meu EP em contexto de internamento desenvolvi e implementei programas e intervenções com a pessoa com vista à sua recuperação. No serviço em questão contactei principalmente com a pessoa com patologia cerebrovascular, mas também patologia traumática e degenerativa. Esta realidade exigiu um investimento a nível de estudo autónomo acentuada de modo a prestar cuidados com maior competência e qualidade. A pessoa internada neste contexto, por via da sua patologia de base, apresenta limitação maioritariamente física, no entanto, quadros cognitivos, de afasia, disfagia, comportamentais e comprometimento da eliminação também se encontram presentes e muitas vezes de forma concomitante.

Na minha prática durante o EP foi possível intervir junto com a pessoa e transpor para a componente prática as aprendizagens de contexto académico e principalmente desenvolver raciocínio clínico nos cuidados prestados à com a pessoa com incapacidade e/ou deficiência. A pessoa internada neste contexto apresenta-se vulnerável, afastada da família e do seu ambiente. Durante o EP e no decurso das minhas intervenções procurei e criei com a pessoa uma relação terapêutica, de confiança, de respeito mútuo e também respeito pela sua autonomia e necessidades, estando em consonância com o recomendado pelas boas práticas da RNAO, ao nível da Prática Clínica – Cuidado centrado na pessoa e família, com referencia ao estabelecimento de relacionamento terapêutico com recurso a técnicas verbais e não verbais com o objetivo de desenvolver com a pessoa uma parceria genuína assente no respeito e confiança; promover a autonomia da pessoa na decisão de seus cuidados de saúde; estabelecimento de conexão e escuta ativa de modo a compreender a preferência da pessoa nos cuidados e a forma como compreende a sua saúde; registo da informação significativa para a pessoa e para o processo de reabilitação com enfoque sobre a experiência da pessoa/família relativamente à sua condição (RNAO, 2023).

Neste contexto particular implementei em várias situações a utilização de escalas para avaliação da pessoa antes, durante e após intervenções. As escalas psicométricas de avaliação permitem a documentação e ganhos advindos dos programas e intervenções dos EEER e neste sentido, de acordo com a pessoa foram implementadas mediante as suas necessidades.

Segundo Marques-Vieira, Severino & Caldeira (2023), “a verificação da qualidade métrica dos instrumentos é fundamental para minimizar enviesamentos nos estudos de avaliação da efetividade das intervenções dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação” (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2023).

De acordo com Hoeman (2011) citado por Sousa, Marques-Vieira, Severino & Caldeira (2023), um instrumento de avaliação deve ter como características a praticidade e simplicidade de aplicação e produzir resultados significativos que possam traduzir resultados e promover a orientação do processo de reabilitação (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2023).

As escalas escolhidas como forma de avaliação com a pessoa foram adequadas à sua condição e às propriedades que se pretendia avaliar. Entre as escalas disponíveis, as mais utilizadas foram a escala da dor, a escala de Morse, escala de Braden, escala de Medida de Independência Funcional, escala de avaliação de espasticidade de Ashworth modificada, escala de avaliação de força muscular Medical Research Council modificada, escala de avaliação de disfagia de GUSS (Gugging Swallowing Screen), escala de avaliação cognitiva Mini Mental State Scale. Foram ainda aplicados testes para avaliação de coordenação, sensibilidade e afasia.

As intervenções realizadas ao longo do EP foram de encontro aos diagnósticos de enfermagem levantados nos diferentes contextos de cuidados, e cujas intervenções foram direcionadas de acordo com as necessidades da pessoa. Durante todo o EP realizei intervenções com a pessoa ao nível da reeducação funcional motora, posicionamento adequado (nomeadamente decúbitos preferenciais – decúbito para o lado do hemicorpo afetado, facilitação cruzada), treino de equilíbrio, treino de força, atividades no leito, mesa de verticalização, estimulação sensitiva, ensino treino e instrução para transferências, posicionamentos, andar com auxiliar de marcha e também nas diferentes vertentes do autocuidado (arranjar-se, beber, comer, higiene, ir ao sanitário e vestuário), intervenções ao nível de treino controlo vesical e intestinal, intervenções de prevenção e evolução de espasticidade, estimulação da pessoa com

negligencia hemiespacial, apoio com e seleção de produtos de apoio e ainda intervenções ao nível da reeducação funcional respiratória.

No decurso das minhas intervenções houve sempre a preocupação de realizar a estimulação e ensino à pessoa da importância da sua execução das intervenções e como poderiam ser benéficas no seu processo de reabilitação, e ainda um investimento na capacitação e envolvimento da pessoa/família para a sua importância. Carvalho, Pinho, Rebelo e Araújo (2019) destacam que “na procura constante dos mais altos níveis de satisfação das pessoas o EEER tem como especial cuidado o respeito pela autonomia da pessoa e família/familiar cuidador, bem como o envolvimento da pessoa e pessoas significativas no processo de reabilitação” (Carvalho, Rebelo, Pinho, & Araújo, 2019, p. 37). Neste sentido tive inúmeras oportunidades para realização de ensino e treino no autocuidado higiene, em que estimei a pessoa a realizar os seus próprios cuidados de higiene com recurso ao hemicorpo não afetado, permitindo uma estimulação da sensibilidade não apenas pelo toque, mas pelas sensações proporcionadas pelo ambiente, privacidade, estimulação através da pressão e temperatura da água, e permitindo à pessoa desfrutar de um momento de serenidade, calma e tranquilidade durante todo este processo. O momento dos cuidados de higiene e conforto é amplamente apreciado pela pessoa pela sensação de bem-estar e relaxamento. Nas intervenções relativas ao autocuidado, a teoria de Dorothea Orem encontra-se muito presente, no sentido que o enfermeiro visa estimular e apoiar o outro nas atividades que consegue desempenhar sozinho e apoiar, substituir e fazer por ele o que o próprio não consegue. Diariamente após os cuidados de higiene realizava o treino de autocuidado vestir em que me foi possível desenvolver competências e adequar estratégias para capacitar a pessoa a conseguir desempenhar esta atividade com a maior independência possível, quer por recurso ao ensino e treino das atividades ou com recurso a estratégias de adaptação como o uso de produtos de apoio. O ensino e treino neste tipo de intervenções encontra-se muito vinculado e permite transmitir à pessoa a melhor forma de desempenhar atividades de forma mais eficaz, com menos esforço, menos dispêndio de energia e menores níveis de frustração. Alguns dos ensinamentos realizados, e adequando à condição da pessoa, prendem-se com o vestir o lado afetado em primeiro lugar e após o lado sã, o posicionamento da roupa para ser mais fácil o seu manuseamento, o uso de degrau (alteador) para a partir da posição de sentado conseguir alcançar mais facilmente os pés, a colocação de uma toalha sobre o joelho não afetado a fim de ao colocar a perna do

lado afetado e a mesma não escorregar e facilitar o vestir da parte de baixo da roupa entre outras intervenções.

Ribeiro (2023) afirma que o treino de “AVD’s desempenha um papel importante na promoção do autocuidado e é fundamental para a reintegração social e familiar do indivíduo. O EEER deve estimular a pessoa a maximizar a sua autonomia e o seu envolvimento tendo em consideração a sua nova condição motora ou cognitiva” (Ribeiro, 2023, p. 30).

No que concerne à representação de mobilizações as atividades desenvolvidas vão de encontro ao defendido por Graça (2015), numa revisão sistemática da literatura, e onde afirma que para atingir os objetivos propostos é necessário recorrer a múltiplas estratégias como: a facilitação cruzada, estimulação sensorial, implementação de um programa de mobilizações, adoção de posicionamento anti-espástico e o desenvolvimento de atividades terapêuticas (Graça, 2015).

Em 2020, Matos & Simões realizaram uma revisão sistemática da literatura com foco na alteração motora da pessoa sobrevivente de AVC e afirmam que:

o programa de reabilitação deve ser baseado nos padrões de exercício que contribuem para a conservação da força muscular, tendo em conta a pessoa e a sua motivação, o tipo de ação/contração muscular presente, a intensidade, o número de repetições, o tempo de repouso entre séries, a ordem sequencial dos exercícios, a sua frequência e ainda a compreensão de fenómenos fisiológicos e de neuroplasticidade”. (p. 13).

Um dos fatores muito importantes nos cuidados à pessoa após AVC e que deve ser primordial é a prevenção de complicações, no entanto deparamo-nos com complicações já instaladas e que neste sentido a intervenção do EEER é avaliar se a situação é passível de alguma reversão, ou se instalada desenvolver estratégias de adaptação à condição da pessoa, nomeadamente ao nível da seleção e adaptação de produtos de apoio que permitam à pessoa ajustar e desenvolver competências que lhe vão promover um aumento da funcionalidade, reinserção e participação social, bem como aumento da qualidade de vida. Ao desenvolver intervenções com vista à prevenção de complicações, à readaptação funcional e à satisfação da pessoa

encontramo-nos em consonância com o preconizado pelos PQCEER para a intervenção do EEER (OE, 2018).

O treino de autocuidado é um dos objetivos de EEER com a pessoa, mas para tal é necessário garantir, e muitas vezes intervir em diversas frentes para permitir o sucesso do treino e capacitação. Neste sentido, por vezes a pessoa necessita de adequar estratégias de execução, muitas vezes, relacionadas com sequelas decorrentes da sua condição e é no treino de AVD que conseguimos intervir junto com pessoa adaptar estratégias motoras e também de conservação de energia, sendo este factor de relevante importância e com recurso a intervenções de RFR permitir desenvolver estratégias neste sentido (nomeadamente o controlo ou por outro lado o ensino e capacitação para técnicas de conservação de energia). Assim, enquanto futura EEER concebo ser primordial uma intervenção com intuito de capacitar a pessoa/família para um processo de maximização da sua funcionalidade e desenvolver com a pessoa as diligências necessárias para permitir que a mesma possa adquirir sucesso e permitir a sua qualidade de vida e a sua participação e inclusão social, assim como preconizado pelos PQCEER (OE, 2018).

Neste sentido o reforço muscular, a aquisição de equilíbrio, a prevenção de rigidez articular, a reeducação funcional respiratória, as técnicas de conservação de energia como meio de controlar a tolerância ao esforço são intervenções de grande importância e que influenciam diretamente no sucesso do programa de reabilitação de forma a potenciar a funcionalidade da pessoa. Lopes (2018) citando Fontes (2014), enfatiza que “a funcionalidade deve ser avaliada essencialmente pela mobilidade e pelas atividades básicas e instrumentais e a interferência positiva ou negativa que os fatores contextuais exercem sobre estas dimensões” (Lopes T. J., 2018).

Em consonância com as necessidades e objetivos da pessoa, o treino de autocuidado é aquele para o qual a pessoa manifesta maior interesse e considera como o mais relevante. Para Vieira de Sousa (2019) a aquisição de novos hábitos para colmatar as necessidades de autocuidado resulta em maior autonomia e independência e conseqüentemente a avaliação regular do EEER dos progressos da pessoa apresentam uma importância crucial (Vieira de Sousa, 2019). O EEER é um agente promotor e diferenciador na reabilitação da pessoa sendo detentor de competências, e possuidor disponibilidade e tempo (por se encontrar por longos períodos em

contato com a pessoa/família) podendo potenciar as capacidades da pessoa/família e intervir no treino da pessoa para o autocuidado através do ensino, instrução e treino focado nas necessidades da pessoa e onde deposita uma intencionalidade terapêutica como veículo da sua intervenção e é através dessa intenção que se desenvolve todo o trabalho do EEER. No decorrer do EP um dos meus focos principais foi o treino e capacitação da pessoa para o autocuidado, quer na implementação de estratégias facilitadoras para o ensino e treino, apoio no treino, reforço positivo e apoio psicológico. Segundo Jardim (2022) o reforço positivo apresenta uma grande relevância na obtenção de resultados, principalmente quando a pessoa manifesta dificuldades psicológicas e emocionais na aceitação e transição da sua nova condição, quer seja de caráter transitório ou permanente. Desta forma o reforço positivo contribui para a consciencialização do potencial das capacidades da pessoa e promove a sua envolvência nos cuidados (Jardim, 2022).

Na pessoa com AVC torna-se imperativo adequarmos as nossas intervenções com a pessoa e para a pessoa, considerando cada particularidade associada à sua condição. A adoção de estratégias que permitam a estimulação da pessoa a desempenhar atividades por si mesma apresenta relevância significativa promovendo parceria nos cuidados. O EEER intervém com intencionalidade terapêutica quer na estimulação da componente física, sensitiva, cognitiva ou comportamental.

Como exemplo Rocha, Bravo, Sousa, Mesquita & Pestana (2020), referem que ao ser realizada a estimulação da sensibilidade postural com os exercícios de ponte, os mesmos vão permitir a ativação da musculatura do tronco, e a promoção do reforço muscular e sensitivo para a aquisição de competências para mudar de posição no leito (Rocha, Bravo, Sousa, Mesquita, & Pestana, 2020).

Em outro exemplo, Lopes (2018) refere que a utilização da facilitação cruzada, na estimulação da pessoa com negligência hemiespacial, e a adaptação do ambiente da pessoa são intervenções que devem ser implementadas à pessoa com hemiplegia e hemiparesia para favorecer a recuperação bilateral (Lopes T. J., 2018).

Santos, Campos & Martins (2020), afirmam que em Portugal, o EEER desenvolve e orienta a sua intervenção partindo dos pressupostos teóricos de Margaret Johnstone. Os mesmos assentam na “reabilitação baseada na prevenção da espasticidade, através de

posicionamentos no leito com padrão anti-espástico; na recuperação de défices do lado lesado, através de exercícios de reeducação sensoriomotora, tendo por base as fases do desenvolvimento motor do recém-nascido humano” (Santos, Campos, & Martins, 2020, p. 37).

Entre as condições que acometem e impactam a pessoa sobrevivente de AVC, encontra-se também a incontinência de esfíncteres vesical e intestinal. Este tipo de sequelas representa na pessoa um impacto físico, psicológico, social e a sensação de grande dependência. Neste sentido, tive oportunidade de capacitar a pessoa para as alterações decorrentes da perda de controle de esfíncteres e como poderiam ser colmatadas ou minimizadas por meio de ensino e treino vesical e intestinal, com recurso a um aumento da atividade, mobilizações no leito, treino do reflexo gastrocólico e estipular horários para proporcionar à pessoa um ambiente tranquilo para poder realizar o seu treino vesical e intestinal confortavelmente e sem pressa, permitindo devolver à pessoa a capacidade para conseguir perceber a necessidade e importância deste treino e devolvendo-lhe estratégias que permitem melhorar o seu controle e que impactam diretamente na sua autoestima.

Amaro (2012) com bases em Branco e Santos (2010) referem que as alterações de padrão de eliminação vesical e intestinal se encontram frequentemente presentes. A bexiga pode adotar um padrão neurogénico, que ocorre devido à lesão cerebral e provoca uma diminuição do controlo voluntário da micção e volumes residuais mínimos. A pessoa pode apresentar assim uma incontinência urinária que dependendo da lesão pode ser permanente ou transitória. A pessoa muitas vezes apresenta urgência urinária e tem dificuldade em controlar a perda de urina. Nas alterações do padrão de eliminação intestinal existe uma diminuição da atividade reflexa do intestino, que muitas vezes tem associação direta com a diminuição da atividade e mobilidade no geral, provocando obstipação (Amaro, 2012). Neste sentido a mobilização precoce no leito, proporcionando o aumento da motilidade intestinal é benéfica para colmatar e prevenir complicações.

No decorrer do EP e devido ao local de estágio ser um local com predominância de pessoas sobreviventes de AVC, deparei-me com situações em que as sequelas acometiam também a componente cognitiva, comportamental, sensitiva e de perceção. Neste sentido e de acordo com a capacidade da pessoa, desenvolvi a minha intervenção junto à pessoa como forma de estimulação cognitiva, inclusive recorrendo a musicoterapia (com grande satisfação da parte

da pessoa), com estratégias de ativação de memória (recorrendo a associar uma intervenção a um objeto) e ainda através de outras estratégias de estimulação como fomentar a facilitação cruzada, a estimulação pelo lado afetado, a estimulação para a pessoa se expressar por escrita ou desenho.

A pessoa com AVC enfrenta barreiras não apenas físicas, como já referido, e uma das sequelas preocupante para os EEER prende-se com a disfagia. A disfagia caracteriza-se pela dificuldade de deglutir (líquidos, sólidos e inclusive saliva) e a prevenção e adaptação de medidas preventivas na disfagia é uma intervenção importante do EEER. Neste processo tive oportunidade de realizar avaliação desta condição na pessoa após AVC e instituir medidas preventivas e de adaptação como forma de prevenir complicações como pequenas aspirações de alimentos que podem provocar pneumonias de aspiração. O primeiro passo remete para uma avaliação da pessoa, como avaliação do estado de consciência da pessoa, pares cranianos, assimetrias da face, assimetria na protusão da língua e sialorreia. Após devemos realizar a avaliação da disfagia partir da escala de GUSS e desta forma adequar a consistência dos alimentos, perceber se a pessoa apresenta reflexo de tosse, se consegue deglutir a totalidade dos alimentos, se apresenta sinais de pigarreio (sinal de pequenas aspirações para a via aérea), lacrimejo, voz molhada, assim como instituir medidas preventiva de não misturar consistências de alimentos durante a alimentação, realizar a alimentação devagar, realizar a avaliação com recurso a oxímetro para avaliar flutuações de oximetria, utilização de espessante para líquidos caso necessário, posicionar a pessoa bem sentada para o momento de alimentação. Atendendo à melhoria continua de cuidados integrei e desenvolvi material de suporte e apoio para ser um guia neste local e permitir integrar uma parte do projeto em desenvolvimento com o tema da disfagia. Assim além de implementação de avaliação e intervenções neste contexto desenvolvi material de suporte para recurso de capacitação à pessoa/família/cuidador com problemas de disfagia, e o qual foi implementado como material de suporte na admissão até à alta da pessoa.

O conforto da pessoa em quadros de transição saúde/doença representa, na minha ótica, uma grande importância uma vez que permite à pessoa vivenciar calma e serenidade. Durante o processo de reabilitação após AVC a pessoa manifesta muitas vezes dor física a nível muscular e articular, nomeadamente provenientes de contraturas ou síndrome de ombro doloroso. Além de intervenções terapêuticas farmacológicas realizei a implementação de mobilizações

para produzir alívio à pessoa e aplicação de técnicas complementares de analgesia como massagem e eletroterapia como medida de alívio e conforto, proporcionando relaxamento muscular e alívio da dor. Promover cuidados à pessoa que permitam o seu conforto não apenas físico, mas também psicológico e espiritual foi de extrema importância. No que concerne ao conforto, e numa ótica de cuidados centrados na pessoa, esta pode apresentar diferentes conceções sobre o mesmo e neste sentido foi ainda possível providenciar apoio religioso e espiritual mediante os meios disponível (televisão, telemóvel, grupos de apoio).

Embora o contexto de internamento presente no EP estivesse muito direcionado para a reabilitação da pessoa após AVC, tornou-se um local enriquecedor tanto em contexto letivo, prático, académico e pessoal. Neste contexto muito rico em aprendizagens tive oportunidade de contactar com um serviço específico onde todos os cuidados são prestados por EEER e onde a capacitação da pessoa, o treino da sua funcionalidade e a escolha, adaptação e treino de produtos de apoio são alguns dos objetivos principais, tanto para as pessoas residentes no centro como em contexto de ambulatório. Esta unidade, designada de Unidade Terapêutica de Atividades de Vida Diárias (UTAVD) tem como foco a envolvimento da pessoa/família no processo de reabilitação e ensinar, treinar, instruir e capacitar a pessoa a ultrapassar as suas limitações, encontrar estratégias de diminuir o impacto da deficiência, potenciar a autonomia da pessoa, a sua funcionalidade e conseqüentemente promover a independência ou independência adaptada para o autocuidado. Neste contexto a intervenção especializada do EEER permite estar com a pessoa com total privacidade e com total disponibilidade, sem dispersores de atenção. Nesta unidade foi-me possível contatar com pessoas portadoras de diferentes patologias desde o AVC, TCE, distrofia muscular, lesões vertebro-medulares, politraumatismos, doença degenerativa, doença inflamatória do sistema nervoso entre outras. Neste sentido o core de intervenções é muito rico e vasto. A capacitação da pessoa para o autocuidado é um dos objetivos primordiais da unidade e perante limitações funcionais a pessoa necessita muitas vezes de adequar o seu ambiente para poder atingir os níveis máximos de independência e/ou funcionalidade. No momento de admissão o EEER realiza junto da pessoa/família uma detalhada anamnese e colheita de dados para poder avaliar as reais necessidades da pessoa, as suas expectativas de reabilitação, as suas limitações e as condições de ambiente/habitacionais que a mesma afere. É nas primeiras sessões que é realizado um levantamento exaustivo das necessidades da pessoa/família e se inicia um

processo de conhecimento do seu ambiente. Esta primeira intervenção permite guiar toda a implementação de planos para a pessoa e a forma como vão ser desenvolvidos e nos quais tive a oportunidade de intervir. No centro de reabilitação a pessoa, na maior parte das vezes, não verbaliza dificuldades de maior, uma vez que dispõe da maioria dos produtos adaptados que necessita, no entanto, as barreiras arquitetónicas com que se depara no dia-a-dia no domicílio podem ser limitadoras e influenciar no processo de reabilitação e no regresso à integração social. Os EEER têm um papel fundamental para colmatar e antever possíveis constrangimentos e atuar com a pessoa para maximizar o seu potencial com vista a permitir ganhos a nível de qualidade de vida, que permitam a eficácia do programa de reabilitação e a sua reinserção no seio familiar e social. O treino de atividades de vida (AVD), realizado na unidade é adequado às necessidades da pessoa não apenas para o momento presente em específico, mas também para antever possíveis dificuldades futuras. Aquando da avaliação inicial é realizado um levantamento e descrição, junto da pessoa/família, de barreiras arquitetónicas, estruturas fixas e moveis existentes, disposição e espaço entre mobiliário ou sanitário. Esta informação torna-se importante para adequar o mais possível o treino a implementar tendo em consideração as condições com as quais a pessoa se irá deparar no futuro. A escolha de produtos de apoio é uma intervenção realizada nesta unidade e permiti-me contactar com diferentes produtos, e várias adaptações possíveis, permitindo que pudesse também intervir no aconselhamento e escolha com a pessoa dos produtos aos quais melhor se adapta. Este ensino e treino mediante as condições habitacionais permitem à pessoa/família desenvolver competências para lidar com as dificuldades reais. A unidade presta ainda apoio e consultoria na medida em que permite o teste dos produtos de apoio no domicílio da pessoa para que possa testar e compreender qual o mais vantajoso e qual permite uma melhor adaptação futura.

Nesta unidade foi-me possível intervir perante várias situações desde treino de vestuário (despir e vestir peças de vestuário – roupa interior, roupa parte de cima do corpo e parte de baixo, adaptar estratégias para uso de botões, fechos, colchetes, ensino, treino para uso de produtos de apoio para vestir de despir peças de vestuário como calçadeiras de meias, extensores metálicos com pinças ou sem pinças que ajudam a vestir ou despir); treino de adaptação ao calçado (ensino de descalçar e calçar sapatos com e sem atacadores, ensino e treino de laçada à hemiplégico para apertar sapatos, adaptação com recurso a produtos de

apoio como calçadeiras ou argolas de adaptação para ajudar a puxar a retaguarda do sapato); treino de técnicas de posicionamentos no leito, treino de sentar no leito para paraplégicos (ensino e treino com recurso a produtos de apoio como tripé alto, corda de sustentação); treino de transferências para cama-cadeira e cadeira-cama com recurso a produto de apoio tábua de transferência e/ou alteador de pés com capacidade de rotação (dependendo de ser realizado pelo próprio ou pela família/cuidador); treino de transferências para duche assistido; treino de transferências para banheira (variação de acordo com hemiplegia e tetraplegia): ensino e treino de transferências para o sanitário; treino de prevenção de instalação de espasticidade (através de técnicas de cadeira de baloiço, ensino e treino de automobilizações); treino de motricidade fina (com recurso a dispositivos para treino de apertar e desapertar botões, fechos, colchões, atacadores com diferentes tipos de laçada); treino de autocuidado (higiene parcial – fazer a barba, higiene oral, maquilhagem, manicure).

Para desenvolver todo o potencial da pessoa para o treino de AVD como referido anteriormente, esta adaptação pode ser realizada por meio de aprendizagem e treino ou pode ser necessário o recurso a produtos de apoio nos quais o EEER tem plena autonomia para aconselhar, escolher e adaptar o equipamento que melhor se adapta à realidade da situação, à condição da pessoa/família e à escolha e preferências da mesma. No ser core de competências específicas de ER presente no Regulamento 392/2019, o EEER detém competências específicas nesta área de intervenção como descrito pelos seguintes critérios:

“J1.2.4 — Selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)” (...) “Realiza treinos específicos de AVD’s, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico. J2.1.3 — Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa”. (p. 13567)

Estas intervenções permitiram que além de ter tido a oportunidade de desenvolver competências na capacitação da pessoa com deficiência, limitação de atividade e com restrição da atividade, conhecimento sobre os diversos produtos de apoio disponível e como

implementa-los, ir de encontro ao preconizado pelos padrões de qualidade dos cuidados dos enfermeiros especialistas em reabilitação e aos seus enunciados descritivos com vista à satisfação da pessoa/família, promoção da saúde, prevenção de complicações, promoção do bem-estar e autocuidado, a reeducação funcional, a readaptação funcional, a promoção da inclusão social e também a nível da organização dos cuidados de enfermagem atuando numa melhoria continua na qualidade dos cuidados. (OE, 2018).

O processo de reabilitação é muitas vezes de carácter moroso e neste sentido a gestão de expectativas da pessoa e família representa um grande desafio para o EEER. Uma grande parte dos sobreviventes de AVC apresenta sequelas motoras, e como anteriormente referido impactam com a sua independência funcional. A participação da família em todo o processo de reabilitação é de extrema importância, uma vez que de acordo com a limitação da pessoa após AVC é provável e possível, que a pessoa possa necessitar de cuidados de uma terceira pessoa, podendo ser a família ou cuidador. A capacitação neste sentido, não passa apenas pelo próprio, mas também em conseguir garantir que perante as limitações da pessoa, o cuidador ou família se encontram sensibilizados e são envolvidos no crucial processo de reabilitação para poder dar resposta aos desafios futuros. O EEER desenvolve um papel crucial de preparação da pessoa para retorno ao domicílio, conciliando a necessidade real da pessoa com as suas condições habitacionais. O ensino e treino de adaptação realizado com a pessoa e família para reintegração quer no domicílio quer social tem um grande impacto na vida da pessoa, na forma como vai ser capaz de ultrapassar constrangimentos, na sua reinserção social e principalmente na sua qualidade de vida.

Raposo, Relhas, Pestana, Mesquita & Sousa (2020), referem num estudo realizado que a instituição de programas de capacitação da família/cuidador permitem “contribuir para aumentar a literacia em saúde; aquisição de conhecimentos que podem reduzir o número de internamentos; aquisição de estratégias adaptativas; o contacto com produtos de apoio” (p. 27). Os mesmos autores referem ainda que as famílias devem ser integradas na prestação de cuidados, representando a sua participação como sendo um aliado e um recurso para os enfermeiros, devendo haver investimento para analisar o ambiente, as formas de vida e as suas estruturas (Raposo, Relhas, Pestana, Mesquita, & Sousa, 2020).

Durante todo este processo e porque a incapacidade física não acarreta apenas o comprometimento físico, o EEER desempenha um papel importante na articulação de cuidados e fornece apoio emocional e suporte perante as dificuldades sentidas quer pela pessoa e/ou família. No processo de reabilitação a pessoa experimenta em alguns momentos sentimentos de frustração, falta de motivação e desesperança, muitas vezes enaltecidas por uma expectativa irrealista do processo de reabilitação e neste percurso o EEER tem um papel preponderante no apoio psicológico, motivacional e de reforço positivo dos ganhos adquiridos.

Vieira de Sousa (2019), citando Meira (2017), refere fundamental “o apoio proporcionado pela equipa de enfermagem, nomeadamente o conforto, o apoio psicológico, a disponibilidade dos enfermeiros para acolher e valorizar as preocupações do doente” (Vieira de Sousa, 2019, p. 59).

É de reforçar que durante este percurso formativo houve uma preocupação em mobilizar conhecimento científico que corrobore a prática clínica e que permita implementar e avaliar os cuidados instituídos de modo a promover a qualidade de cuidados. Este facto é corroborado com Ventura da Silva, et al (2021) que afirma que os EEER “com recurso a metodologia científica concebem e implementam cuidados, bem como sustentam a organização do seu trabalho, com base num ou mais métodos, como resposta à complexidade de cuidados, visando a satisfação de todas as necessidades manifestadas pelas pessoas” (Ventura da Silva, et al., 2021).

Na segunda componente prática do EP, referente à componente cardiorrespiratória integrei um serviço de Hospital de dia de Infeciologia Respiratória. Neste local, além da componente prática que desenvolvi junto com a pessoa portadora de patologia respiratória por presença de micobactérias não tuberculosas (MNT), foi ainda possível contactar com uma outra realidade de intervenção do EEER em serviço de internamento de Pneumologia, em que maioritariamente a tipologia de pessoas internadas é devido ao foro oncológico e paliativo.

A intervenção do EEER enquanto dinamizador e impulsionador do projeto de reeducação funcional respiratória neste local permitiu uma diferenciação de cuidados apenas presente nesta unidade hospitalar. Durante o período de EP neste local foi-me possível desenvolver competências técnicas a nível prático no que concerne à área cardiorrespiratória e à pessoa em fim de vida.

A mobilização de conteúdos anteriormente integrados pela componente teórica e teórico-prática foi de extrema importância uma vez que devido ao curto período de EP neste local o meu objetivo foi de intervir e desenvolver competências práticas nesta área de intervenção. A pessoa portadora de doença respiratória crónica, nomeadamente por MNT, enfrenta um longo período reabilitação, muitas vezes períodos longos de internamento, sendo que esta patologia impacta diretamente na sua qualidade de vida. Segundo Vigia (2024), citando Ferreira et al (2018) e Rodrigues et al (2020), as manifestações frequentes da pessoa com doença respiratória crónica são “a dispneia, a intolerância à atividade e a redução da qualidade de vida” (Vigia, 2024, p. 1). Deste modo é determinante estabelecer como objetivos o “controlo e tratamento dos sintomas, bem como a eficaz adesão ao regime terapêutico, o que leva a uma melhoria na efetividade das intervenções, da qualidade de vida e a ganhos em saúde” (Vigia, 2024, p. 1).

A par da saúde física, a vertente psicológica é também muito comprometida. A pessoa enfrenta períodos difíceis e de desesperança. Neste contexto, foi-me possível intervir junto com a pessoa com o intuito de promover a sua saúde física, por meio de intervenções de reeducação funcional respiratória, treino de força, tolerância ao esforço, técnicas de conservação de energia, mas também a nível psicológico e emocional. A atuação precoce para prevenir complicações e agudização da doença é um papel importante desenvolvido pelo EEER neste contexto. A capacitação da pessoa integrar e se responsabilizar pelo seu processo de reabilitação é um dos desafios para o EEER. A adesão à terapêutica de ambulatório instituída é por vezes uma dificuldade presente e para a qual o EEER tem de estar atento. A constante procura de capacitação da pessoa e prevenção de complicações é um dos objetivos do EEER. neste contexto e porque a pessoa é cuidada de forma integral e holística a abordagem e avaliação da pessoa passa pela avaliação e intervenção a nível físico, neste caso pela patologia respiratória, mas também com especial cuidado pela saúde mental e psicológica uma vez que influencia diretamente no tratamento instituído. Estes factos corroboram com as afirmações de Dias et al (2022), através de uma revisão sistemática da literatura e onde foi possível concluir que os programas de reabilitação cardiorrespiratório produzem benefícios no “funcionamento do aparelho respiratório, na estabilização das pressões respiratórias, no fortalecimento muscular e tolerância ao exercício, na independência funcional na realização

das atividades de vida diária, na menor sensação de fadiga e em alterações na qualidade de vida” (Dias, et al., 2022).

Como forma de avaliação da pessoa o EEER recorre ao uso de escalas parametrizadas para o contexto. Como forma de avaliação da componente respiratória foram instituídas na unidade duas escalas principais de avaliação do padrão cardiorrespiratório, a escala Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), e o Questionário Clínico para a Doença Obstrutiva Crónica (QCDOOC). A escala GOLD que embora tenha sido desenvolvida para a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é a escala que foi considerada com maior validade e confiabilidade de implementação, e inclusive é a recomendada pela DGS como escala para avaliação da pessoa com DPOC (DGS, 2019). O Questionário Clínico para a Doença Obstrutiva Crónica foi validado para a população portuguesa recentemente e permite avaliar a perceção que a pessoa tem em relação à sua doença crónica. Neste contexto é ainda realizada a implementação da escala de ansiedade e depressão. Enquanto suporte e no desempenho de um papel ativo no processo de reabilitação, o EEER presta suporte e apoio à pessoa, no entanto as limitações transitórias e o processo pelo qual a pessoa passa, sendo moroso pode tornar-se necessário intervenção especializada. Assim com objetivo de avaliar, prevenir e atuar com a pessoa o EEER realiza esta abordagem e avaliação junto da pessoa, estando desperto para as necessidades da mesma.

Durante o acompanhamento em hospital de dia é prescrito um programa de RFR que a pessoa cumpre periodicamente de acordo com a sua necessidade em específico. Durante as sessões além da componente de RFR com recurso a técnicas como a dissociação e controle dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, reeducação diafragmática, abertura costal seletiva e global, ELTGOL (exercícios de expiração lentos com a glote aberta), CATR (ciclo ativo das técnicas respiratórias), HUFF, tosse assistida, tosse dirigida, é realizada a técnica de colheita de secreções. Como técnicas instrumentais de limpeza da via aérea é ainda utilizado o FLUTTER. O programa de RFR é ainda complementado com treino com resistência e treino de tolerância ao esforço.

Segundo Vigia (2024), a reabilitação respiratória é constituída por “módulos de treino de exercício, apoio psicossocial e educação à pessoa e cuidador, conduzindo à autogestão da doença e à adoção de comportamentos promotores de saúde a longo prazo” (Vigia, 2024, p.

1). Para tal é realizada a implementação de técnicas específicas de reeducação funcional respiratória, mas também é desenvolvido pelos EEER uma intervenção a nível psicológico, nutricional, social, entre outras (Vigia, 2024).

Com vista à satisfação da pessoa e melhoria contínua dos cuidados a equipa realiza periodicamente estudos e publicações do trabalho desenvolvido, contando com a participação voluntária das pessoas em dia e obedecendo às normas de legais (vigente consentimento informado, livre e esclarecido).

De acordo com o Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) o EEER rege-se pelos enunciados descritivos dos PQCEER a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. O EEER na sua conduta profissional e de acordo com o PQCEER, tem como missão desenvolver junto com a pessoa intervenções que permitem a maximização do seu potencial através da promoção do autocuidado e funcionalidade, minimizar o impacto da incapacidade por processos de transição saúde/doença, capacitar a pessoa e família para adoção de comportamentos de prevenção da sua saúde, minimização de complicações e ainda traduzir as suas intervenções em ganhos em saúde (OE, Padrão de Qualidade de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

### **3.3. Competências de Mestre**

Em consonância com as competências comuns e competências específicas de enfermeiro especialista, as competências de mestre integram o ciclo de estudos do MER.

De acordo com o decreto-lei n.º 65/2018 – artigo 15º, o grau de mestre é atribuído aos estudantes demonstrarem:

- 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 contextos 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 capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma 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, 2018).

A procura de aquisição de competência especializadas ao longo do MER, inicialmente através de conhecimento e diferenciação profissional, permitiram colmatar em todo um percurso desafiador e compensador. Para além dos conhecimentos transmitidos, a capacidade de promover e enriquecer como pessoa e profissionalmente provocou uma procura de diferenciação profissional e aquisição de competências, quer através de estudo orientado, estudo autónomo ou através de experiências práticas, tendo desta forma tornado possível um evolutivo processo de desenvolvimento. Durante este percurso foi possível adquirir competências a nível de desenvolvimento de raciocínio clínico, onde perante situações desafiadoras e complexas e de acordo com os princípios base da enfermagem (ética e deontologia) me foi possível intervir, seja com a pessoa, a nível de gestão de cuidados ou em contexto institucional. A contante procura de conhecimento e como referido anteriormente, pela importância de documentação de conhecimento através da investigação em enfermagem a realização de estudos durante o MER contribuiu para o enriquecimento científico da profissão.

A prática baseada na evidencia é uma das bases do conhecimento da enfermagem, como foi possível desenvolver ao longo do presente trabalho, e permite validar conhecimento e transmiti-lo. Segundo Silva et al (2021) no seu estudo relacionado com a prática baseada na

evidência, concluíram que embora os enfermeiros reconheçam a prática baseada na evidência como importante na sua área de intervenção, existe pouca demonstração de projetos de investigação neste sentido e a investigação em enfermagem tem ainda um longo percurso. Os mesmos autores referem ainda como um dos pontos principais no seu estudo que existe um despertar para esta importância da investigação e que a mesma é levada a cabo pelos enfermeiros com maior nível de especialização, sendo concordante com a procura de desenvolvimento de aprendizagens (Silva, et al., 2021). Neste sentido a realização de estudos de investigação no decurso do MER tornam-se imperativos como forma de transformar e transpor o conhecimento da enfermagem para alcançar cada vez mais profissionais e fomentar a sua prática com base em evidência.

#### **4. ANÁLISE SWOT**

Durante todo este percurso vivenciei situações de imensa alegria e também de grande ansiedade. Os pontos fortes durante este processo foi sem dúvida as pessoas que fizeram parte deste percurso, tanto a nível académico como equipas em locais de estágio e inclusive as pessoas de quem tive o privilégio de cuidar. O espírito de equipa partilhado durante o EP e a entreatajuda entre colegas foi sem dúvida revigorante. Durante este percurso revivi algumas memórias decorrentes de 16 anos de profissão. Ao fim deste tempo a decisão de realizar o MER permitiu crescimento a nível profissional, mas desencadeou uma paixão ainda maior pela enfermagem, com outra visão, transformando-se sem dúvida numa motivação para percorrer este caminho.

No centro de reabilitação inicialmente tive alguma dificuldade de adaptação com os registos realizados na instituição uma vez que ainda não se encontra instituído o processo clínico eletrónico, tendo sido necessária uma adaptação durante este processo. Além do fato dos registos serem realizados em papel, encontra-se pouco definido a realização de registos de enfermagem de reabilitação e desta forma não permite a mensuração dos cuidados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, ponto que considero de fulcral importância. No local onde desenvolvi a prática no contexto cardiorrespiratório é utilizado um sistema informático com qual não me encontrava familiarizada (GLINT) e este facto condicionou a execução dos mesmos.

Como elementos facilitadores considero todas as oportunidades de aprendizagem. A minha proatividade e constante procura de conhecimento foi sempre acompanhada de disponibilidade por parte dos orientadores e corpo docente. A complexidade de casos com que me deparei e a complexidade de cuidados exigida permitiu intervir em diferentes contextos e desenvolver os meus conhecimentos teóricos e práticos.

Durante este processo considero que a maior ameaça ocorre a nível pessoal, nomeadamente a gestão de vários papéis durante este processo, no seio familiar, laboral e académico. Reflito também sobre uma exigência extrema perante o meu trabalho (a nível académico e profissional) e a contante motivação em realizar este percurso com elevado grau de exigência de modo a manter padrões de qualidade no percurso desenvolvido e não descurar ou falhar

perante a vida pessoal e familiar. Durante todo o MER experienciei momentos de aprendizagem que nunca pensaria adquirir, foram várias as mudanças de visão, de abordagem o que e influenciou de forma bastante positiva no meu desempenho profissional. No final deste percurso, e de forma inusitada, vivenciei o maior desafio de todos, não apenas profissional, mas de vida. Senti de perto uma grande revolução, e o que uma grande transição de saúde-doença provoca ao ameaçar a nossa calma, a nossa base, a nossa vida. Desta forma o final deste percurso foi turbulento, desafiador e inclusive ameaçador, mas também me permitiu evoluir e aprender diariamente sobre resiliência, persistência, superação e principalmente em ser grata pelas aprendizagens e competências desenvolvidas e exprimir orgulho das várias conquistas ao longo de todo este percurso académico.

Ao longo do EP a maior dificuldade que senti foi a sobrecarga laboral, o cansaço e o pouco tempo disponível. Para colmatar estas dificuldades foi imprescindível o apoio da família e o reforço positivo inculido através da orientadora de estágio e também das pessoas que tive a oportunidade de cuidar.

## CONCLUSÕES

Durante todo o percurso do MER foi possível uma imersão em conhecimento teórico, teórico-prático e prático. A componente prática decorrida ao longo dos estágios realizados permitiu uma visão abrangente dos vários contextos de intervenção do EEER, permitindo o desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidar da pessoa/família, ao longo do ciclo de vida, tendo em conta diferentes contextos situacionais e ambientais, as necessidades da pessoa (transitórias ou permanentes) de forma a garantir cuidados com a pessoa permitindo alcançar os seus objetivos, potenciar a sua funcionalidade, autonomia, independência e melhorar a sua qualidade de vida.

De forma pessoal, o facto de ser dedicado um período para estágio de reabilitação em contexto comunitário foi de extrema importância para a minha aprendizagem uma vez que se encontrava como sendo uma área com o qual não tinha contacto suficiente uma vez que a minha prática profissional, ao longo dos anos, se desenvolveu apenas em contexto hospitalar. A riqueza e envolvimento deste estágio foi muito importante para mim e possibilitou-me desenvolver competências neste âmbito que me despertaram para as reais necessidades e limitações a que a pessoa muitas vezes se encontra exposta. Esta realidade permitiu-me estar mais alerta quando contatei com o EP em contexto hospitalar, antevendo e adequando a minha forma de intervenção para possibilitar à pessoa/família adequar posteriormente ao seu ambiente e às suas limitações. Outro factor que considero como extremamente positivo e enriquecedor deve-se ao facto da componente relacional desenvolvida em contexto comunitário, em que existe um contacto a longo prazo com a pessoa e sua família, além de permitir intervir diretamente no ambiente real da pessoa e a integração constante da família na prestação de cuidados. Esta componente relacional, muito intrínseca na enfermagem e que me apraz significativamente tomou uma maior proporção quando desenvolvida a longo prazo e traduziu-se numa imensa gratificação pessoal e profissional.

Na constante procura de prestar cuidados de excelência tive necessidade em aprofundar conhecimentos de forma constante para conseguir corresponder às expectativas das pessoas de quem cuidei e às minhas próprias expectativas de constante aprendizagem e evolução profissional. A realização deste percurso de aprendizagem representou uma experiência enriquecedora que permitiu a mobilização de conhecimentos, a aquisição de habilidades e

competências tendo-se revelado uma mais-valia ao longo de todo o percurso dos estágios e do MER. Com a realização do EP e o explanar das suas atividades com a realização deste trabalho foi-me possível realizar uma reflexão sistematizada sobre todo este percurso incluindo as aprendizagens, as dificuldades e a forma como consegui ultrapassar situações representativas de maior desgaste.

Na realização deste trabalho revejo que os objetivos aos quais me propus foram alcançados com sucesso uma vez assumo a realização de uma reflexão onde concebo ter enriquecido a minha essência profissional através dos momentos de aprendizagem decorrentes do MER, o que me permitiu a aquisição de competências teóricas e técnicas-práticas e práticas e também refleti sobre os cuidados prestados e sobre a forma como conduzi a minha aprendizagem para a aquisição de competências.

O facto de poder contactar com serviços ricos em aprendizagens, com diferentes contextos de intervenção proporcionaram-me desafios constantes e também uma aprendizagem continua permitindo uma ampla visão dos cuidados especializados prestados pelo EEER e da sua extrema importância na maximização da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.

A adaptação a modelos de registo foi para mim uma dificuldade inicial, colmatada com apoio da enfermeira orientadora e restante equipa. Perante a complexidade de cuidados e as dificuldades sentidas, e de acordo com a condição física da pessoa as intervenções foram focadas no estabelecimento de uma relação terapêutica que se traduziu num elemento facilitador durante todo o processo de aprendizagem.

A minha intervenção com a pessoa no sentido de maximização da funcionalidade, promoção da autonomia, prevenção de complicações, aumento de mobilidade, capacitação da pessoa para o autocuidado, demonstraram impacto significativo no decurso da prática clínica e permitiu a sua tradução enquanto ganhos de cuidados de ER com representação nos estudos descritivos realizados contribuindo ainda para a investigação em enfermagem.

Na minha opinião seria vantajoso o investimento a nível institucional em programas que permitam uma maior documentação dos cuidados especializados dos EEER, constituindo uma mais-valia para a instituição e permitiria enfatizar o trabalho desenvolvido e a eventual realização de investigação mais aprofundada na área.

## BIBLIOGRAFIA

Alves, C. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Atividade Básica de Vida Diária Vestuário da pessoa com alteração da Mobilidade decorrente de Acidente Vascular Cerebral*. Santarém: Instituto Politécnico de santarém - Escola Superior de Saúde.

Amaro, S. (2012). *A Enfermagem de Reabilitação na promoção da autonomia da pessoa com mobilidade reduzida decorrente de Acidente Vascular Cerebral e seu cuidador no contexto domiciliário*. Lisboa: ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Amendoeira, J. (2024). O desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina científica. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (pp. 21-26). Lisboa: Lidel.

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.

Cantante, A., Fernandes, H., Teixeira, M., Frota, M., Rolin, K., & Albuquerque, F. (2020). Sistemas de Saúde e Competencias dos Enfermeiros em Portugal. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>

Cardoso, A., & Brito, A. (2024). Epistemologia da Enfermagem. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (pp. 27-35). Lisboa: Lidel.

Carvalho, A. M., Rebelo, L., Pinho, N., & Araújo, T. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação*, pp. 35-44. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/337313131\\_Contributos\\_do\\_referencial\\_teorico\\_de\\_Afaf\\_Meleis\\_para\\_a\\_Enfermagem\\_de\\_Reabilitacao](https://www.researchgate.net/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao)

Castanheira, P. (2019). *Intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reeducação Funcional Motora da pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Decreto-lei n.º 65/2018. (2018). *Decreto-lei n.º 65/2018 – Serie I, artigo 15.º*. Lisboa: Diário da República. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/65-2018-117184157>

Decreto-lei nº 101/2006. (2006). *Decreto-lei nº101/2006, Série I-A de 2006-06-06*. Lisboa: Diário da República.

Decreto-lei nº 104/1998. (1998). *Decreto-lei nº 161/96, Série I-A - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Diário da República Portuguesa. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Decreto-lei nº102/2023, D. (2023). *Decreto-lei nº 215/2023, Série I de 2023-11-07*. Diário da República. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Despacho 12417/2016. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 - Proposta do grupo de Trabalho Interministerial*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Despacho n.º 10143/2009, D. (2009). *Diário da República n.º 74/2009, Série II de 2009; Despacho n.º 10143/2009*. Diário da República. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Despacho n.º 10473/2019. (2019). *Diário da República n.º 220/2019, Série II de 2019-11-15, páginas 164 - 164*. Lisboa: Diário da República. Obtido de Diário da República: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10473-2019-126212411>

DGS. (2019). Obtido de Direção Geral da Saúde - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares - Norma nº 008/2019: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

DGS. (2019). *Norma Clínica nº 005/2019 - Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

DGS. (2019). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/orientacoes-programaticas.aspx>

DGS. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciência do Comportamento 2023-2030*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

DGS, N. (2019). *Direção Geral da Saúde*. Obtido de Direção Geral da Saúde: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>

Dias, P., Teixeira, H., Palma, M., Messias, P., Vieira, J., & Ferreira, R. (2022). *Intervenções de reeducação funcional respiratória na pessoa com doença respiratória: revisão sistemática da literatura*. SciELO Brasil - Revista Brasileira de Enfermagem. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0654>

ESO. (2018). *Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030*. Bruxelas: Stroke Alliance for Europe.

Figueiredo, B. Q., Neto, A., Nogueira, C., Frenandes, R., & Almeida, M. (2021). Tratamento de sequelas do Acidente Vascular Encefálico (AVE) com toxina Botulinica: Uma resisão da literatura. *10*(8). doi:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17880>

Foster, P., & Bennett, A. (2000). Capítulo 7 - Dorothea E. Orem. Em J. George, P. Foster, & A. Bennett, *Teorias de Enfermagem - Fundamentos à prática Profissional* (4ª Edição ed., pp. 83-101). California: Artmed.

Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Concepções e Práticas* (pp. 12-18). Lisboa: Lidel.

Graça, S. (2015). *Mobilização precoce no doente pós AVC, uma revisão sitemática da literatura*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde.

Grilo, J. (2018). *Melhoria da eficácia das intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC*. Évora: Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

Hickman, J. (2000). Capítulo 1 - Introdução à Teoria de Enfermagem. Em J. George, *Teorias de Enfermagem - Fundamentos à Prática Profissional* (4ª Edição ed., pp. 11-20). California: ArTmed.

ICN, I. (2019). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Obtido de International Council of Nurses: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

INE. (16 de 05 de 2024). *INE - Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 10 de 2024, de INE - Instituto Nacional de Estatística:  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2)

Jardim, R. (2022). *Reabilitação motora da pessoa com acidente vascular cerebral: Cuidados especializados de enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/45550>

Lei nº 156/2015. (2015). *Diário da República*. (D. d. República, Ed.) Obtido de Lei nº 156/2015, Serie I, artigo 100º - Código Deontológico dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Lima, A., Martins, M. M., Ferreira, M., Fernandes, C., Schoeller, S., & Parola, V. (2022). From the concept of Independence to the questioning of its use in practice: scoping review. *From the concept of Independence to the questioning of its use in practice: scoping review*, pp. 645-654. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.444151>

Liu, H., Yin, H., Yi, Y., Liu, C., & Li, C. (2023). *Effects of different rehabilitation training on balance function in stroke patients: a systematic review and network meta-analysis*. doi:<https://doi.org/10.5114/aoms/167385>

Lopes, C. (2020). *Como fazer citações e referências? Guia prático da norma APA (7ª Edição ed.)*. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário.

Lopes, T. J. (2018). *A promoção do autocuidado na pessoa com AVC no regresso a casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação*. Lisboa: ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada*. Lisboa: Lidel.

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2023). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta.

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura da Silva, J. (2018). O Contributos dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a Qualidade dos Cuidados.

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura da Silva, J. (2018). Orientações Concetuais dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Hospitais Portugueses.

Matos, M. A. (2019). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na pessoa após Acidente Vascular Cerebral*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde.

Matos, M. F., & Simões, J. A. (2020). *Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura*. Lisboa: RPER - Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação.

Matos, M., & Simões, J. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC - Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 11-19. doi:10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770

Meleis, A. (2015). Chapter 20 - Transitions Theory. Em M. Smith, & M. Parker, *Nursing Theories and Nursing Practice* (4ª Edição ed., pp. 361-380). Philadelphia: F. A. Davis .

Meleis, A. (2020). Chapter 20 - Afaf Meleis' Transitions Theory. Em M. Smith, *Nursing Theories and Nursing Practice* (5ª Edição ed., pp. 353-370). Philadelphia: F. A. Davis.

Menoita, E., Sousa, L., Pão Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.

Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M., & Swanson, E. (2016). *NOC - Nursing Outcomes Classification*. Elsevier.

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lisboa: Lidel.

Nóbrega, B. (2024). *A eficácia dos Programas de Treino de Equilíbrio na Independência Funcional de Pessoas Idosas*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde.

Nunes, L., & Amaral, G. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem - Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I* (Vol. I). Instituto Politécnico de Setúbal.

OE. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2018). *Padrão de Qualidade de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

O'Sullivan, S. (2004). Capítulo 17 - acidente vascular Cerebral. Em S. O'Sullivan, & T. Schmitz, *Physical Rehabilitation: assesment and treatment* (4th ed ed., pp. 519-581). Manole Ltda.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado - Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. (2016). *Ganhos em Saúde na RNCCI: o caso dos dependentes acompanhados pelos*. Universidade do Minho. doi: 978-989-20-6980-7

Petronilho, F., & Machado, M. (2023). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). Lusodidacta.

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 67-75). Lisboa: Lidel.

Pontes, M. M., & Santos, A. (2023). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 89-100). Lusodidacta.

Potter, P., & Perry, A. G. (2000). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos, processos e prática - 4ª Edição*. Guanara Koogan.

Raposo, C. (2024). *Enfermagem de Reabilitação na Capacitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva a Escoliose*. Oeiras: ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica.

Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A. C., & Sousa, L. (2020). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Capacitação do Cuidador Familiar após AVC - Relato de Caso*. Lisboa: RPER - revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação.

Regulamento nº 140/2019. (2019). *Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.)

Regulamento nº 392/2019. (2019). *Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Reis, G., & Bule, M. J. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Lusodidacta.

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais Teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Concepções e Práticas* (pp. 48-57). Lidel - Edições Técnicas.

Ribeiro, R. (2023). *Boas práticas no cuidado à pessoa com espasticidade após AVC - Contributos da Enfermagem de Reabilitação*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Obtido de <http://hdl.handle.net/10198/29430>

RNAO, R. (2023). *Best Practice Guideline - Transitions in Care and Services (Second Edition)*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario.

Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A. C., & Pestana, H. (2020). *Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral - Estudo de Caso*. Lisboa: RPER - Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação.

Rocha, M., & Martins, M. (2024). A evolução do conhecimento científico em enfermagem: metaparadigma, paradigma, filosofia, modelos e teorias de enfermagem. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (pp. 36-57). Lisboa: Lidel.

Santos, J., Campos, C. M., & Martins, M. M. (2020). *A pessoa com AVC em processo de reabilitação: Ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação*. Lisboa: RPER - Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação.

Santos, J., Campos, C., & Martins, M. (15 de 12 de 2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: Ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *A pessoa com AVC em processo de reabilitação: Ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação*, pp. 36-43. doi:10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799

SCML. (2024). *Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão*. Obtido de <https://cmra.scml.pt/sobre-nos/>

Silva, J., Santos, L., Menezes, A., Neto, A., Melo, L., & Silva, F. (2021). Utilização da Prática Baseada em Evidências por Enfermeiros no Serviço Hospitalar. doi:<https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>

Smith, M. (2020). *Nursing Theories and Nursing Practice* (5ª Edição ed.). F.A. Davis.

Smith, M., & Parker, M. (2020). Nursing Theory and the Discipline os Nursing. Em M. Smith, *Nursing Theories and Nursing Practice* (pp. 3-16). Philadelphia: F. A. Davis.

SNS. (2024). *Unidade Local de Saúde Santa Maria*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.ulssm.min-saude.pt/missao-e-valores/>

SNS. (2025). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. (G. d.-M. 2017a, Editor) Obtido em 20 de fevereiro de 2025, de Serviço Nacional de Saúde: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/931/30037/3113053/Pages/default.aspx>

Sousa, L. M., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da pessoa em processos de Transição saúde-doença. *A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da pessoa em processos de Transição saúde-doença*, pp. 64-69.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2023). Propriedades Psicométricas de instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-121). Lisboa: Lusodidacta.

SPAVC. (2022). *Caracterização das Unidades AVC*. SPAVC.

Vasconcelos, M. (2023). Ética em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 34-37). Lisboa: Lidel.

Ventura da Silva, J., Martins, M. M., Trindade, L., Ribeiro, O., Ribeiros, M. I., & Cardoso, M. F. (2021). O Processo de Trabalhos dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação numa Ótica Marxista. doi:10.33194/rper.2021.73

Vieira de Sousa, M. (2019). *A reconstrução da autonomia do adulto jovem após uma acidente vascular cerebral gerador de dependência no autocuidado*. Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem.

Vigia, C. (2024). *Programas de Reabilitação Respiratória: Perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Barcarena: Escola Superior de Saúde Atlântica.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – RELATO DE CASO**



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA**  
**2º CURSO - MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**Estágio Profissionalizante**

**“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”**

**Estudante:** Marta Couto Portugal, nº 200390423

**Enfermeiro Supervisor:** Enfermeira Especialista Natália Martins

**Professor:** Professor Doutor Nelson Guerra

**Alcoitão**

**Novembro 2024**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACA** – Artéria cerebral anterior

**ACI** – Artéria carótida interna

**ACM** – Artéria cerebral média

**AVC** – Acidente vascular cerebral

**AVD** – Atividades de vida diárias

**CARE** - *CAsE Report*

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** – Direção geral da Saúde

**DR** – Diário da República

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**FMR** – *Functional motor re-education*

**INE** – Instituto Nacional de estatística

**MIF** – Medida de Independência Funcional

**MMSE** – *Mini Mental State Examination*

**MRC** - Escala de Força Muscular Medical Research Council

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**RFM** – Reeducação funcional motora

**RNS** - *Rehabilitation Nurse Specialist*

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UAVC** – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

**UCI – Unidade de Cuidados Intensivos**

## RESUMO

**Introdução:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morte e morbilidade em Portugal, com impacto significativo na funcionalidade e qualidade de vida das pessoas afetadas, representando grande desafio de intervenção. A reeducação funcional motora (RFM) e o treino de equilíbrio são intervenções fulcrais na reabilitação após-AVC.

**Objetivo:** Identificar a importância da implementação de intervenções de RFM desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) à pessoa com AVC na aquisição e manutenção de equilíbrio corporal.

**Metodologia:** Relato de caso descritivo, com aplicação de instrumentos de avaliação validados, aplicados em três momentos de avaliação e com duração de 6 semanas de intervenção.

**Resultados:** Foram documentadas melhorias significativas no que concerne a força muscular, equilíbrio e funcionalidade após a implementação das intervenções de RFM e treino de equilíbrio.

**Conclusão:** A intervenção do EEER através da RFM e treino de equilíbrio contribui com efetividade para a qualidade de vida da pessoa através da aquisição de equilíbrio, permitindo mensurar ganhos significativos a nível funcional e maior competência para desempenhar atividades de vida diárias. Conclui-se que a além dos ganhos documentados permite também a prevenção de complicações relacionadas com a imobilidade.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular cerebral, Enfermagem de Reabilitação, Equilíbrio postural, Funcionalidade.

## **ABSTRAT**

**Introduction:** Stroke is the leading cause of death and morbidity in Portugal, with a significant impact on the functionality and quality of life of those affected, representing a major challenge for intervention. Functional motor re-education (FMR) and balance training are crucial interventions in post-stroke rehabilitation.

**Objective:** To identify the importance of implementing FMR interventions developed by the Rehabilitation Nurse Specialist (RNS) for people with stroke in the acquisition and maintenance of body balance.

**Methodology:** Descriptive case report, with the application of validated assessment instruments, applied at three assessment points and with a duration of 6 weeks of intervention.

**Results:** Significant improvements were documented regarding muscle strength, balance, and functionality after the implementation of FMR and balance training interventions.

**Conclusion:** The intervention of the RNS through FMR and balance training effectively contributes to the person's quality of life through the acquisition of balance. This allows for the measurement of significant gains at the functional level and greater competence to perform activities of daily living. It is concluded that, in addition to the documented gains, it also allows for the prevention of complications related to immobility.

**Keywords:** Stroke, Rehabilitation Nursing, Postural balance, Functionality.

## ÍNDICE

|   |         |
|---|---------|
| INTRODUÇÃO.....   | 9       |
| MATERIAIS E MÉTODOS.....  | 13      |
| RESULTADOS.....   | 21      |
| DISCUSSÃO.....  | 24      |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....   | 27      |
| BIBLIOGRAFIA.....   | 28      |
| ANEXOS.....   | XXXI    |
| ANEXO I – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....                             | XXXII   |
| ANEXO II – Pedido de parecer à comissão de ética.....                                   | XXXIII  |
| ANEXO III – Escala numérica da dor.....   | XXXV    |
| ANEXO IV – Avaliação cognitiva – Mini Mental State examination (MMSE) modificada.....   | XXXVI   |
| ANEXO V – Escala de avaliação Medical Research Council modificada (MRC modificada)..... | XXXVIII |
| ANEXO VI – Escala de Espasticidade de Ashworth modificada.....                          | XXXIX   |
| ANEXO VII – Índice de Tinetti.....  | XL      |
| ANEXO VIII – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).....                     | XLI     |
| ANEXO IX - Escala de Risco de Úlcera de Pressão de Braden.....                          | XLII    |
| ANEXO X – Escala de Quedas de Morse.....  | XLIII   |

## **ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS**

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação ..... | 20 |
| Tabela 2 - Avaliação psicométrica dos resultados .....                     | 21 |

## INDICE DE FIGURAS

|  |         |
|--|---------|
| Figura 1 - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido .....                            | XXXII   |
| Figura 2 - Pedido de parecer a Comissão de Ética Escola Superior de Saúde Atlântica..... | XXXIV   |
| Figura 3 - Escala Numérica de Dor.....   | XXXV    |
| Figura 4 - Escala de avaliação cognitiva (Mini Mental State Examination) .....           | XXXVII  |
| Figura 5 - Escala Medical Research Council modificada (MRC modificada) .....             | XXXVIII |
| Figura 6 - Escala de Ashworth.....   | XXXIX   |
| Figura 7 - Índice de Tinetti.....  | XL      |
| Figura 8 - Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).....                        | XLI     |
| Figura 9 - Escala de Braden.....   | XLII    |
| Figura 10 - Escala de Morse .....  | XLIII   |

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

## INTRODUÇÃO

Portugal enfrenta atual e futuramente uma crise demográfica que não se caracteriza apenas por baixas taxas de natalidade, mas também pelo progressivo aumento da esperança média de vida e consequentemente aumento da população idosa. Por um lado, o avanço da medicina moderna permite a longevidade, mas, por outro lado é necessária uma adaptação da sociedade para enfrentar necessidades intrínsecas a uma população mais idosa, que muitas vezes padece de uma ou mais doenças crónicas, das quais resulta um maior nível de dependência, necessidade de cuidados permanentes, prestados muitas vezes pelas famílias e/ou cuidadores e ainda uma crescente necessidade de cuidados de saúde e concomitantemente cuidados de saúde mais diferenciado (SNS - Despacho 12417/2016, 2017).

As doenças cerebrovasculares, ou acidente vascular cerebral (AVC), representam em Portugal a principal causa de morte e morbilidade. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o relatório publicado em 2024 e relativo ao ano de 2022, o AVC encontra-se na origem do maior número de mortes por patologia em Portugal. A taxa de mortalidade por AVC representa ainda um valor crescente face ao ano de 2021 (INE, 2024). Além de ser a principal causa de morte em Portugal e representar uma acentuada relevância a nível de mortalidade, representa ainda uma grande incidência no que concerne a problemas de morbilidade e impacto social (Matos & Simões, 2020).

A criação do Programa Nacional de Doenças Cérebro-Cardiovasculares em 2019, através do despacho nº 10473/2019 de 29 de outubro de 2019, permitiu a implementação de diversas políticas organizacionais, circuitos de diagnóstico e tratamento que permitem uma resposta mais célere e diferenciada na fase aguda do diagnóstico e tratamento. (DR - Despacho n.º 10473/2019, 2019).

O AVC é caracterizado como uma interrupção ou bloqueio de fluxo sanguíneo ao cérebro e como consequência ocorre danificação ou morte de células nervosas do cérebro. A destruição de áreas específicas do cérebro traduz sinais clínicos de distúrbios focais ou globais e os sintomas permanecem por mais de 24h (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012). A fisiopatologia do AVC pode ser caracterizada como isquémica (em 85% dos casos e que ocorre por obstrução de circulação cerebral) ou hemorrágico (mais grave, e que se caracteriza pela rutura de vaso sanguíneo e consequentemente origina hemorragia). Segundo os mesmos autores “verificam-se ganhos substanciais nas capacidades funcionais das pessoas com AVC em função

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

da rapidez de atuação e da especificidade dos cuidados de reabilitação” (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012, p. 17).

O AVC é uma doença passível de prevenção através da monitorização e controle de alguns fatores de risco, permitindo continuamente a diminuição de novos casos. Entre os fatores de risco de AVC podem ser identificados fatores de risco de caráter não modificável (idade, sexo, fatores genéticos, raça e origem geográfica) e fatores de risco passíveis de monitorização ou modificáveis (hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, patologia cardíaca, tabagismo, hiperlipidemia, antecedentes de AVC prévio ou de acidente isquémico transitório) (Ribeiro, 2023).

Decorrente de um AVC, e da gravidade ou extensão do mesmo a pessoa pode apresentar diferentes manifestações clínicas. As manifestações clínicas e de défices funcionais dependem diretamente da localização da lesão, da extensão do enfarte e/ou hemorragia e também da gravidade da lesão sofrida. Entre os principais défices podemos identificar défices motores (por diminuição ou perda de força, alteração da marcha, alteração de coordenação, alteração de equilíbrio, espasticidade, disfagia), da comunicação (disartria, afasia), sociais (isolamento social), percepto-sensoriais (alteração de sensibilidade numa parte do corpo, dor), cognitivo-emocionais (alteração da memória, afasia, dificuldade de concentração, lentificação mental), e/ou intestinais ou vesicais (incontinência vesical e intestinal) (Ribeiro, 2023) (Castanheira, 2019).

Segundo Jardim (2022), as limitações podem ter maior ou menor grau de gravidade, traduzindo-se em carácter transitório ou permanente, mas cujo impacto na funcionalidade da pessoa/família e qualidade de vida se pode manifestar de várias formas necessitando de adaptação a barreiras quer físicas, emocionais, sociais, psicológicas e profissionais (Jardim, 2022). Assim, Flannery & Belucza (2010), citado por Ribeiro (2023), complementa ainda que as sequelas motoras se encontram entre as mais reconhecidas e que “o compromisso das vias motoras pode afetar o início dos movimentos, a sua força e integração, bem como o tônus muscular e a atividade reflexa” (Ribeiro, 2023, p. 49). Deste modo, é explícito que uma grande parte dos sobreviventes de AVC vão apresentar diferentes graus de incapacidade e morbidades que condicionam o desempenho das suas atividades de vida diárias (AVD) e a funcionalidade pretendida. Existem desta forma grandes desafios ao nível cognitivo, motor, de coordenação, de força muscular, marcha e equilíbrio.

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

A capacidade de a pessoa após AVC recuperar as suas funções (quer de forma parcial ou total) deve-se a componentes de recuperação neurológica como a diminuição do edema cerebral e da plasticidade cerebral e por outro lado à função adaptativa pela aprendizagem de novos modos de execução de funções (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012). A reeducação funcional motora, assume assim uma intervenção de fulcral interesse na reabilitação da pessoa com AVC e deve ser iniciada o mais precocemente possível traduzindo que os ganhos advindos desta intervenção terão maior benefício quanto mais célere e diferenciada for a sua implementação.

Neste relato de caso pretende-se documentar os benefícios da implementação de intervenções de reeducação funcional motora e treino de equilíbrio, e de que forma impactam na reabilitação da pessoa após AVC. Por ser uma área extensa de intervenção opta-se neste percurso por realizar um enfoque especificamente na reeducação funcional motora e no seu impacto na recuperação do equilíbrio corporal e quais as intervenções passíveis de implementação pelo enfermeiro especialista em reabilitação de forma a contribuir para reabilitação da pessoa e promover a sua independência funcional e qualidade de vida. A incapacidade de manutenção de equilíbrio corporal interfere em todas as atividades de vida e aumentam a dependência funcional da pessoa. Neste sentido, considera-se o equilíbrio como um alicerce da reabilitação para a recuperação da pessoa, aquisição e/ou adaptação de estratégias que contribuem para a diminuição da dependência funcional e aumento da qualidade de vida.

Davies (2008), citado por Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, afirmam que:

“as reações de equilíbrio ocorrem automaticamente, embora se possa comandá-las ou modificá-las voluntariamente para uso funcional. Um controlo de postura adaptável exige a modificação dos sistemas sensorial e motor, em relação às exigências. Todas as AVD dependem de equilíbrio, sendo que para o manter são necessárias manobras de antecipação e adaptação” (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021, p. 204).

O equilíbrio, pode ser classificado em estático e dinâmico. O equilíbrio estático é definido como a capacidade de a pessoa adquirir a posição de sentado ou de pé, sem que exista alteração do seu centro de gravidade, ou seja a pessoa permanece imóvel. Em contradição o equilíbrio dinâmico pressupõe que a pessoa quer em posição sentada ou de pé tenha capacidade de realizar deslocações do seu centro de gravidade. A presença de distúrbios a nível do equilíbrio são ainda considerados como um dos fatores para maior propensão de quedas (Nóbrega, 2024).

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

O Modelo de Neurodesenvolvimento defende que a pessoa adquire novas funções a partir do modelo do desenvolvimento e através dos princípios da neurofisiologia permitindo uma reorganização sensoriomotora do sistema nervoso central. Deste modo, a recuperação surge através do treino motor e vai permitir um “grande número de respostas motoras automáticas, adquiridas na infância (...) nos primeiros (...) anos de vida” (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012, p. 72). Johnstone (1978), citada por Castanheira (2019) afirma que é através da realização de atividades terapêuticas que se fomenta a aquisição progressiva de “capacidades motoras e de coordenação, pela constante e progressiva repetição de movimentos primitivos até aos mais complexos” (Castanheira, 2019, p. 25), permitindo a aquisição da estabilidade postural. A sua aquisição é um processo progressivo e ocorre pela “facilitação do movimento, com ajustes automáticos da postura, a fim de produzir uma atividade, através de reações automáticas de proteção, retificação de equilíbrio, com a finalidade de reeducação de plexo postural” (Castanheira, 2019, p. 25).

Assim sendo, para a construção deste relato de caso surge a questão norteadora deste estudo que pretende documentar: qual o contributo do EEER através da implementação de intervenções de reeducação funcional motora para a aquisição de equilíbrio após AVC.

O objetivo geral deste estudo remete-nos para identificar a importância da implementação de intervenções de reeducação funcional motora desenvolvidas pelo EEER à pessoa com AVC na aquisição e manutenção de equilíbrio postural.

Como objetivos específicos pretende-se: identificar as principais necessidades e limitação da pessoa com AVC; implementar intervenções de reeducação funcional motora à pessoa com AVC que promovam a aquisição de controle postural; avaliar o impacto que a implementação de intervenções de reeducação funcional motora apresenta no processo de aquisição de competências para o autocuidado; identificar a importância da reabilitação funcional motora para a reabilitação da pessoa após AVC; Identificar os principais focos de intervenção durante o processo de implementação do programa de reabilitação.

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo caracteriza-se como um estudo descritivo do tipo Relato de Caso. Entende-se como estudo descritivo a “descrição de um caso ou de uma serie de casos. Estes descrevem a experiência de um paciente ou de um grupo” (Néné & Sequeira, 2022). Neste sentido foram seguidas as guidelines da Case REport (CARE) para relatos de caso.

Para fundamentação teórica foi realizada uma revisão integrativa da literatura com consulta em sede de biblioteca, repositórios científicos (teses, dissertações e publicações científicas) e bases de dados científicas (EBSCO, MEDLINE complete, CINAHL complete, Nursing & Allied Health Collection, Cochran, MedicLatina).

Para realização deste relato de caso foi selecionada uma pessoa com história atual de AVC e que foi admitida para internamento em unidade de reabilitação em altura coincidente com início de estágio profissionalizante.

As intervenções de reeducação funcional motora implementadas por EEER foram realizadas em contexto de internamento durante cerca de 6 semanas, com intensidade de periodicidade variáveis. Por se encontrar em internamento em Centro de Reabilitação houve ainda a intervenção multidisciplinar de outros profissionais, dentro da sua área de intervenção, como fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e psicologia. Foram ainda realizados três momentos de avaliação, a avaliação inicial, avaliação intermédia e avaliação final. A avaliação inicial foi realizada na primeira semana de contato com a utente (coincidente com o início do seu internamento) e onde foi possível realizar a aplicação de escalas de avaliação, uma avaliação intermédia à 3ª semana, e uma avaliação final à 6ª semana após implementação das intervenções de reeducação funcional motora, atividades terapêuticas e treino de equilíbrio.

As intervenções realizadas foram implementadas respeitando a tolerância, tempo e disponibilidade da pessoa. As sessões decorreram maioritariamente no período da tarde e houve a necessidade de adequar a sua intensidade de modo a respeitar os períodos de descanso da pessoa. Durante todo o período de intervenção do EEER a pessoa foi capacitada para a sua envolvimento e parceria nos cuidados, de modo a que de forma autónoma, e de acordo com a sua evolução, participasse mais ativamente nas sessões e inclusive assumisse autonomia na realização de algumas atividades com o objetivo de melhorar o seu desempenho. Durante o período de intervenção foram implementadas intervenções de mobilização muscular e articular de todos os segmentos corporais bilateralmente (mobilização da omoplata, articulação

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

"Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso"

glenoumeral, cotovelo, antebraço, punho, dedos da mão, articulação coxofemoral, joelho, tibiotársica, dedos do pé), atividades no leito (rolamentos, facilitação cruzada, ponte, dissociação da cintura pélvica), automobilização dos membros superiores deitado e sentado. Foi também instituído exercícios de treino de equilíbrio sentado e em pé.

A pessoa foi questionada sobre a sua disponibilidade para participar neste estudo. Foi esclarecida do objetivo deste estudo académico, informada dos seus direitos inclusive de privacidade e confidencialidade, e que a sua participação era voluntária respeitando os princípios éticos subjacentes a estudos e sem qualquer custo. Para participação do estudo a cliente assinou o consentimento informado e esclarecido.

#### **Apresentação do Caso - Anamnese**

A anamnese permite a recolha de informação do problema atual, de antecedentes clínicos, história familiar, estado socioeconómico e estilos de vida que permitem o estudo da doença atual, o seu diagnóstico, percurso e respetiva intervenção terapêutica.

O presente relato de caso corresponde a uma pessoa de 41 anos, sexo feminino, nacionalidade portuguesa, divorciada, coabitava com o pai de 80 anos em moradia de 2 pisos, previamente autónoma nas atividades de vida diárias e detentora de 3 empregos (assistente operacional num hospital do distrito de Lisboa e empregada doméstica em duas casas particulares). Hábitos tabágicos de + 20 cigarros por dia, sem outros hábitos toxicológicos.

**Diagnóstico:** AVC isquémico da artéria cerebral média (ACM) e artéria concomitante anterior (ACA) direita, com transformação hemorrágica decorrente de complicação durante trombectomia por disseção da artéria carótida interna (ACI). Realizada craniectomia descompressiva por presença de hemorragia subaracnoidea e enfarte maligno do território da ACM a 1/04/2024. Para preservação e otimização de medidas de neuroproteção realizada intubação oro-traqueal e ventilação mecânica.

Permaneceu 10 dias em unidade de cuidados intensivos (UCI) e 23 dias de internamento unidade de AVC (UAVC). Posteriormente cumpriu internamento em unidade de média duração (aproximadamente 4 meses) até obter vaga de internamento em centro de reabilitação de referência.

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

A condição clínica à data de admissão para internamento a pessoa encontrava-se consciente e orientada em tempo, espaço e pessoa. Apresenta quadro neuro-motor de hemiparesia esquerda, com presença de negligência hemiespacial marcada à esquerda, desvio conjugado do olhar para a direita, hemianopsia à esquerda (refere antecedentes de diminuição acentuada da acuidade visual, corrigida), sem alterações auditivas, disfagia ligeira para líquidos, presença de calote craniana com revestimento íntegro (a aguardar reconstrução e realiza contenção e proteção dispositivo de proteção - capacete), equilíbrio estático sentada não eficaz, apresenta hemihipostesia algica à esquerda, incontinência de esfíncteres, ajuda total para as AVD.

### **Avaliação de Enfermagem de Reabilitação**

A primeira avaliação do EEER é de extrema importância e permite delinear uma estratégia de intervenção com a pessoa. Para tal é necessária a realização de colheita de dados através da anamnese, consulta de processo clínico, exame neurológico e a aplicação de escalas de avaliação. As escalas de avaliação utilizadas incidem na avaliação da dor (escala numérica de dor – anexo III), cognição/estado mental através da escala Mini Mental State Examination (MMSE – anexo IV), força muscular (escala MRC modificada – anexo V), espasticidade (escala de Ashworth – anexo VI), equilíbrio (Índice de Tinetti – anexo VI), atividades instrumentais de vida diárias – escala de Medida de Independência Funcional (MIF - anexo VIII), risco de desenvolver úlceras de pressão (escala de Braden – anexo IX) e risco de quedas (escala de Morse – anexo X). Não foi utilizado goniómetro para avaliação da amplitude articular por inexistência, no entanto foi realizada a sua avaliação de forma subjetiva.

**Estado mental:** Na realização da avaliação inicial a pessoa encontrava-se vigil. Realizada a implementação da Escala de avaliação cognitiva MMSE que consiste na aplicação de uma série de questões com vista a permitir avaliar a atenção, memória recente e curto prazo, a fluência e a capacidade de cálculo. A pessoa encontrava-se orientada no tempo, espaço e pessoa. Apresenta ligeira limitação cognitiva, não demonstra perceção da sua condição de doença atual, apresenta negligência hemiespacial marcada e também inatenção para a realização de atividades propostas. Demonstra força de vontade no processo de reabilitação e colabora na prestação de cuidados e intervenções, mas dispersa a atenção muito facilmente, dificultando o cumprimento na totalidade das intervenções e inclusive avaliação.

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

**Pares cranianos:** Não foi possível a avaliação de todos os pares cranianos, sendo referidos os que apresentam alterações significativas como sendo o VIII par craniano por apresentar alterações a nível de equilíbrio estático e dinâmico e o IX e X pares cranianos relacionados com alteração da deglutição uma vez que a pessoa apresenta disfagia para líquidos finos (que resolve com estratégias adaptativas e de prevenção de engasgamento). Apresenta reflexo de tosse eficaz.

**Avaliação da Sensibilidade:** Na avaliação de sensibilidade documenta-se uma hemihipostesia tátil e algica no hemicorpo à esquerda e alteração da propriocepção no membro superior esquerdo. Sem alteração da sensibilidade no hemicorpo direito.

**Avaliação da força muscular:** Para avaliação da força muscular foi utilizada a Escala de Força Muscular Medical Research Council modificada (MRC modificada), que permite a avaliação da força muscular por segmentos corporais (varia de 0-5, zero representa ausência total de contração muscular palpável ou visível e 5 Força normal – contra resistência e contra gravidade). Na avaliação realizada apresenta hemicorpo direito 5/5; membro superior esquerdo: 1/5; membro inferior esquerdo: 2/5).

**Avaliação de equilíbrio:** para avaliação do equilíbrio foi implementado o Índice de Tinetti. Este permite a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, consiste em 9 itens de avaliação onde é necessário que a pessoa desempenhe algumas tarefas passíveis de avaliação e variabilidade postural. Apenas foi aplicada a primeira parte do teste que varia entre valores de 0-16 pontos e a maior pontuação representa presença de equilíbrio estático e dinâmico. Não foi implementada a segunda parte do teste por corresponder a parâmetros relacionados com a marcha e a pessoa não apresentar ainda capacidade para tal. Na avaliação foi obtida a pontuação 2/16. A pessoa apresenta desequilíbrio sentada estático e dinâmico, referindo cefaleia postural com agravamento com o ortostatismo (presença de calote craniana).

**Avaliação do tônus muscular:** utilizada a escala de Ashworth modificada - escala de avaliação de espasticidade permitindo a avaliação do grau do tônus- espasticidade, pontuação de 0- 4, sendo que o menor valor representa tônus normal e a pontuação máxima representa uma hipertonia grave. Perante a avaliação realizada foi identificada apenas alteração de tônus no membro superior esquerdo – pontuação: articulação ombro: 1; articulação cotovelo: 1; articulação punho: 1+; dedos mão: 1+).

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

**Pares cranianos:** Não foi possível a avaliação de todos os pares cranianos, sendo referidos os que apresentam alterações significativas como sendo o VIII par craniano por apresentar alterações a nível de equilíbrio estático e dinâmico e o IX e X pares cranianos relacionados com alteração da deglutição uma vez que a pessoa apresenta disfagia para líquidos finos (que resolve com estratégias adaptativas e de prevenção de engasgamento). Apresenta reflexo de tosse eficaz.

**Avaliação da Sensibilidade:** Na avaliação de sensibilidade documenta-se uma hemihipostesia tátil e algica no hemicorpo à esquerda e alteração da propriocepção no membro superior esquerdo. Sem alteração da sensibilidade no hemicorpo direito.

**Avaliação da força muscular:** Para avaliação da força muscular foi utilizada a Escala de Força Muscular Medical Research Council modificada (MRC modificada), que permite a avaliação da força muscular por segmentos corporais (varia de 0-5, zero representa ausência total de contração muscular palpável ou visível e 5 Força normal – contra resistência e contra gravidade). Na avaliação realizada apresenta hemicorpo direito 5/5; membro superior esquerdo: 1/5; membro inferior esquerdo: 2/5).

**Avaliação de equilíbrio:** para avaliação do equilíbrio foi implementado o Índice de Tinetti. Este permite a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, consiste em 9 itens de avaliação onde é necessário que a pessoa desempenhe algumas tarefas passíveis de avaliação e variabilidade postural. Apenas foi aplicada a primeira parte do teste que varia entre valores de 0-16 pontos e a maior pontuação representa presença de equilíbrio estático e dinâmico. Não foi implementada a segunda parte do teste por corresponder a parâmetros relacionados com a marcha e a pessoa não apresentar ainda capacidade para tal. Na avaliação foi obtida a pontuação 2/16. A pessoa apresenta desequilíbrio sentada estático e dinâmico, referindo cefaleia postural com agravamento com o ortostatismo (presença de calote craniana).

**Avaliação do tônus muscular:** utilizada a escala de Ashworth modificada - escala de avaliação de espasticidade permitindo a avaliação do grau do tônus- espasticidade, pontuação de 0- 4, sendo que o menor valor representa tônus normal e a pontuação máxima representa uma hipertonia grave. Perante a avaliação realizada foi identificada apenas alteração de tônus no membro superior esquerdo – pontuação: articulação ombro: 1; articulação cotovelo: 1; articulação punho: 1+; dedos mão: 1+).

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação  
 “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na redução funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento muscular do tronco;</li> <li>- Prevenir espasticidade</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo no membro superior esquerdo: dedos da mão (flexão/extensão, adução/abdução e oposição do polegar); punho (flexão/extensão; desvio radial e cubital); antebraço (pronação/supinação); cotovelo (flexão/extensão); articulação gleno-umeral (flexão/extensão; adução/abdução; circundução; pronação e supinação); cintura-escapular (elevação/depressão e rotação da omoplata);</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido no membro inferior esquerdo: mobilização passiva nos dedos dos pés (flexão/extensão, adução/abdução) e articulação tibiotársica (flexão/dorsiflexão; inversão/eversão); mobilizações ativo-assistidas na articulação do joelho e coxofemoral por movimento conjugado (flexão/extensão do joelho e coxofemoral); Articulação coxofemoral (adução/abdução; circundução; rotação interna/externa);</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido no hemisfério direito (em todos os segmentos corporais);</li> <li>- Executar exercícios isométricos nos membros inferiores;</li> <li>- Executar atividades no leito: exercícios de rolamentos no leito, dissociação da cintura pélvica e ponte;</li> <li>- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos: auto mobilizações;</li> </ul> <p><b>Mobilizações: 10x cada segmento corporal</b><br/> <b>Atividades no leito: 1 série x 10 repetições</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar força muscular através da escala MRC modificada</li> </ul> |
| <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar a pessoa e família da importância do cumprimento do plano de reabilitação.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular como auto mobilizações:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Membros superiores:</b> com auxílio do membro superior direito, entrelaçar os dedos das mãos e realizar extensão e flexão do braço esquerdo quando se encontra deitada ou sentada. <b>1 série x 10 repetições</b> várias vezes ao dia;</li> <li>• <b>Membros inferiores:</b> colocar a perna direita por baixo da perna esquerda e realizar mobilização flexão/extensão. <b>1 série x 10 repetições</b> várias vezes ao dia</li> </ul> </li> <li>- Ensinar sobre exercícios isométricos nos membros inferiores- <b>1 série x 10 repetições</b>;</li> <li>- Ensinar sobre técnicas de exercício no leito como atividades terapêuticas (rolamentos na cama para ambos os lados, realização de ponte) - <b>1 série x 10 repetições</b></li> </ul>   |

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação  
 “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

|   |  |  |
|---|--|--|
|   |  | - Ensinar sobre atividades de estimulação como a facilitação cruzada, importância de decúbito para o lado afetado de modo a aumentar carga sensitiva   |
| Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular | - Aumentar força muscular e amplitude;<br>- Promover o autocuidado | - Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;<br>- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (mobilizações ativas, auto-mobilizações) atividades no leito (rolamentos, exercício de ponte, facilitação cruzada, técnicas de aumento de carga sensitiva no hemicorpo afetado – esquerdo - <b>1 serie x 10 repetições</b> );<br>- Treinar técnicas de exercício muscular e articular (mobilizações ativas, auto-mobilizações) atividades no leito (rolamentos, exercício de ponte, facilitação cruzada, técnicas de aumento de carga sensitiva no hemicorpo afetado – esquerdo - <b>1 serie x 10 repetições</b> );<br>- Instruir e treinar exercícios de fortalecimento muscular sentada na cadeira de rodas (membros inferiores: realizar extensão/dorsiflexão da tibiotársica com resistência; extensão/flexão do joelho com resistência - <b>1 serie x 10 repetições</b> );<br>- Instruir e treinar exercícios de fortalecimento muscular de pé (aos pés da cama e com apoio de barra realizar movimentos de sentar e levantar da cadeira de rodas - <b>1 serie x 10 repetições</b> );<br>- Instruir e treinar exercícios isométricos nos membros inferiores ( <b>1 serie x 10 repetições</b> ); |
| Equilíbrio corporal corporal comprometido   | Equilíbrio corporal melhorado                                      | - Avaliar o equilíbrio através da escala Índice de Tinetti;<br>- Avaliar equilíbrio estático sentado (equilíbrio estático sentado diminuído – realizar uso de capacete de proteção durante levante; realizar levante progressivo e evitar mobilizações bruscas);<br>- Estimular para correção postural;<br>- Executar técnica de treino de equilíbrio através da facilitação cruzada, correção postural;<br>- Executar técnica de treino de equilíbrio estático sentada: apoio dos membros superiores no colchão e apoio total dos pés no chão (ou base de apoio) e retirar apoio dos membros superiores, corrigir postura, aumentar progressivamente o tempo sem apoio dos membros superiores; em cadeira de rodas: perna afetada cruzada sobre a perna não afetada, mãos entrelaçadas a envolver o joelho da perna afetada e fletir o tronco para a frente de modo a ficar sem apoio na região dorsal por curtos períodos;<br>- Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico sentada: apoio dos membros superiores e pés em contato com o chão,   |

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
|   |                               | <p>alternar o peso do corpo unilateralmente e progressivamente realizar treino sem apoio dos membros superiores de modo a permitir à pessoa que adote a posição compensatória;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de treino de equilíbrio estático de pé: aos pés da cama com auxílio de barra de apoio, assumir a posição ortostática de pé, realizar correção postural e transferir o peso para os membros inferiores alternadamente e retornar a posição inicial;</li> <li>- Monitorizar o equilíbrio através da escala Índice de Tinetti;</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio</li> </ul> |
| Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal   | Equilíbrio corporal melhorado | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</li> <li>- Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal estático e dinâmico sentada e equilíbrio estático em pé (acima descrita);</li> <li>- Avaliar capacidade para executar técnica de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentada, e equilíbrio estático em pé.</li> <li>- Monitorizar o equilíbrio através da escala Índice de Tinetti;</li> </ul>   |
| Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal | Equilíbrio corporal melhorado | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal estático e dinâmico sentada e equilíbrio estático de pé;</li> <li>- Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal estático e dinâmico sentada e equilíbrio estático de pé (acima descrita);</li> <li>- Treinar técnica de equilíbrio corporal estático e dinâmico sentada e equilíbrio estático de pé (acima descrita)</li> </ul>  |

Tabela 1 - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

## RESULTADOS

A avaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação foi realizada em 3 momentos (inicial, intermédio e final), num espaço temporal de 6 semanas. Foi realizada a aplicação de instrumentos de colheita de dados e avaliação nos 3 momentos, sendo que expressam os ganhos decorrentes das intervenções implementadas para a pessoa de acordo com os objetivos delineados.

| Escala de Avaliação               |                          | 1ª avaliação<br>(1ª semana) | 2ª avaliação<br>(3ª semana) | 3ª avaliação<br>(6ª semana) |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Escala Numérica Dor               |                          | 5                           | 3                           | 3                           |
| Mini Mental State                 |                          | 25                          | -                           | -                           |
| Medida de Independência Funcional |                          | 50                          | 57                          | 65                          |
| MRC modificada                    | Hemicorpo direito        | 4+                          | 5                           | 5                           |
|                                   | Membro superior esquerdo | 1                           | 1                           | 1                           |
|                                   | Membro inferior esquerdo | 2                           | 3                           | 3+                          |
| Índice de Tinetti                 |                          | 2                           | 5                           | 6                           |
| Escala de Ashworth modificada     | Ombro esquerdo           | 1                           | 1                           | 1                           |
|                                   | Cotovelo esquerdo        | 1                           | 1+                          | 1+                          |
|                                   | Punho esquerdo           | 1+                          | 2                           | 2                           |
|                                   | Dedos mão esquerda       | 1+                          | 2                           | 2                           |
| Escala de Quedas de Morse         |                          | 50                          | 50                          | 50                          |
| Escala de Braden                  |                          | 15                          | 15                          | 15                          |

Tabela 2 - Avaliação psicométrica dos resultados

Todos os instrumentos foram aplicados em 3 momentos de avaliação, inicial, intermédia e final, à exceção da escala de avaliação cognitiva – Mini Mental State. A implementação no início do programa teve como *intuito realizar uma avaliação cognitiva da pessoa e compreender todas as vertentes da reabilitação e o impacto da perceção e cognição* para todo o processo de intervenção. Uma cognição diminuída pode condicionar a compreensão da pessoa e inclusive a sua adesão durante todo o processo. Embora a nível cognitivo a pessoa não apresentasse um défice marcado foi sempre possível constatar durante o tempo de intervenção que a sua atenção e foco durante a realização de intervenções de enfermagem de reabilitação dispersavam facilmente o que comprometia a execução das intervenções de reeducação funcional motora afetas à sua proatividade. Em algumas situações era difícil cumprir uma série de repetições completas sem se observar dispersão de atenção.

*Mestrado em Enfermagem em Reabilitação*

*“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”*

A variabilidade da intensidade da dor difere em estado de repouso ou em presença de mobilização e refere-se ao hemicorpo esquerdo. Antes da implementação de intervenções relacionadas com a mobilização muscular articular, foi necessário a implementação de medidas de controlo algíco, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas. Progressivamente foi manifestado um controle mais eficaz da dor, associado também ao fato que a mobilização muscular e articular trazer benefícios de menor resistência e permitir maior conforto à pessoa durante o processo de reabilitação. A diminuição da dor durante as sessões traduziu maior conforto e disponibilidade para realização do programa delineado. Esta progressão está também relacionada não apenas à realização de mobilizações, mas também com a implementação de técnicas como massagem e estimulação de sensibilidade profunda através da realização de técnica de amassamento (técnica referida pela pessoa como de alívio e conforto).

No final da implementação do plano é possível evidenciar uma evolução bastante positiva. Os ganhos a nível de funcionalidade (representados pela avaliação de escala MIF), equilíbrio e força muscular foram representativos como documentado após aplicação dos instrumentos de avaliação. À medida que a pessoa foi adquirindo competências a nível de controlo de equilíbrio corporal foi possível desenvolver a sua capacitação para atividades de vida diárias fundamentais. O treino para fortalecimento muscular quer dos membros quer a nível de tronco em uníssono com estratégias de gestão e conservação de energia permitiram ainda otimizar os resultados a nível de funcionalidade. O treino e a adoção de estratégias facilitadoras permitiram à pessoa passar de um status de dependência total em várias atividades de vida, para dependência parcial ou mesmo dependência mínima. A progressão a nível de equilíbrio foi notória sendo que inicialmente a pessoa não assumia posição de sentada com desvio de tronco, manifestando diminuição da força para manter a postura de sentada. Durante o período de intervenção foi possível realizar treino de equilíbrio sentada (estático e dinâmico) e evoluir para treino de equilíbrio estático de pé com apoio. A intervenção de enfermagem de reabilitação na reeducação funcional motora é de extrema importância uma vez que é passível de ser implementada e realizada a estimulação da pessoa em várias alturas do dia, no desempenhar de diversas atividades permitindo à pessoa a capacitação para a sua funcionalidade nas diferentes vertentes do autocuidado. Para a realização do autocuidado é inegável que a pessoa além de capacidade cognitiva, necessita também de força muscular e equilíbrio e na medida em que se adquire melhores rankings destes itens, aumenta também a sua capacidade para desempenhar

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

"Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso"

A variabilidade da intensidade da dor difere em estado de repouso ou em presença de mobilização e refere-se ao hemicorpo esquerdo. Antes da implementação de intervenções relacionadas com a mobilização muscular articular, foi necessário a implementação de medidas de controlo algíco, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas. Progressivamente foi manifestado um controle mais eficaz da dor, associado também ao fato que a mobilização muscular e articular trazer benefícios de menor resistência e permitir maior conforto à pessoa durante o processo de reabilitação. A diminuição da dor durante as sessões traduziu maior conforto e disponibilidade para realização do programa delineado. Esta progressão está também relacionada não apenas à realização de mobilizações, mas também com a implementação de técnicas como massagem e estimulação de sensibilidade profunda através da realização de técnica de amassamento (técnica referida pela pessoa como de alívio e conforto).

No final da implementação do plano é possível evidenciar uma evolução bastante positiva. Os ganhos a nível de funcionalidade (representados pela avaliação de escala MIF), equilíbrio e força muscular foram representativos como documentado após aplicação dos instrumentos de avaliação. À medida que a pessoa foi adquirindo competências a nível de controlo de equilíbrio corporal foi possível desenvolver a sua capacitação para atividades de vida diárias fundamentais. O treino para fortalecimento muscular quer dos membros quer a nível de tronco em uníssono com estratégias de gestão e conservação de energia permitiram ainda otimizar os resultados a nível de funcionalidade. O treino e a adoção de estratégias facilitadoras permitiram à pessoa passar de um status de dependência total em várias atividades de vida, para dependência parcial ou mesmo dependência mínima. A progressão a nível de equilíbrio foi notória sendo que inicialmente a pessoa não assumia posição de sentada com desvio de tronco, manifestando diminuição da força para manter a postura de sentada. Durante o período de intervenção foi possível realizar treino de equilíbrio sentada (estático e dinâmico) e evoluir para treino de equilíbrio estático de pé com apoio. A intervenção de enfermagem de reabilitação na reeducação funcional motora é de extrema importância uma vez que é passível de ser implementada e realizada a estimulação da pessoa em várias alturas do dia, no desempenhar de diversas atividades permitindo à pessoa a capacitação para a sua funcionalidade nas diferentes vertentes do autocuidado. Para a realização do autocuidado é inegável que a pessoa além de capacidade cognitiva, necessita também de força muscular e equilíbrio e na medida em que se adquire melhores rankings destes itens, aumenta também a sua capacidade para desempenhar

*Mestrado em Enfermagem em Reabilitação*

*“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”*

atividades relacionadas com o autocuidado, como alimentar-se, vestir, despir, realizar higiene, mobilizações no leito, transferências entre outras.

Durante o período que decorreu a implementação do plano foi constatado um aumento da espasticidade do membro superior esquerdo, mais acentuado nos dedos da mão e punho. As mobilizações articulares e auto-mobilizações representam extrema importância neste contexto uma vez que mesmo instalada a espasticidade, permitem diminuir o aparecimento de complicações devido à imobilidade, promovem o alívio da dor e a estimulação e aumento de carga sensitiva.

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

"Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso"

## DISCUSSÃO

Perante o plano de reabilitação delineado é possível salientar a importância que os cuidados dos EEER representam na recuperação da força muscular, equilíbrio, funcionalidade da pessoa após AVC e também na prevenção de complicações como diminuição da amplitude articular e espasticidade. Ao implementar intervenções especializadas de reabilitação focadas nos défices da pessoa após AVC é primordial a inclusão da reeducação funcional motora através do treino de fortalecimento muscular, mobilização em padrão anti-espástico, facilitação cruzada, atividades no leito (rolamentos, dissociação de cintura pélvica, exercício de ponte), auto-mobilizações e treino de transferências. Os resultados apresentados são reforçados com a obra de Menoita et al (2012), evidenciando os benefícios da reeducação funcional motora (Menoita, Sousa, Pão Alvo, & Vieira, 2012).

Jardim (2022), afirma que entre as consequências/sequelas do AVC, as estatísticas indicam que mais de 30% das pessoas que sofrem um AVC apresentam algum nível de compromisso físico-motor, o que resulta em uma significativa diminuição da qualidade de vida. O mesmo autor reforça que "o EEER e a reabilitação têm um papel crucial na reversibilidade dos efeitos do AVC e na adaptação funcional às novas condições/limitações, pois procura minimizar o défice neurológico bem como as complicações daí decorrentes" (Jardim, 2022, p. 64).

A instalação da espasticidade no hemicorpo afetado atinge cerca de 2/3 das pessoas após AVC, constituindo uma sequela muito comum (Ribeiro, 2023). A intervenção do EEER prevê atrasar a sua instalação e ainda a prevenção de graus de espasticidade que condicionem de forma definitiva os membros afetados. Segundo Ribeiro, (2023), a adoção de programas de mobilização e posicionamentos específicos "da pessoa com AVC não garantir a total prevenção da espasticidade, permite reduzir consideravelmente o seu desenvolvimento, evitando também a ocorrência de espasmos nos membros afetados" (Ribeiro, 2023, p. 41). Embora no decorrer das avaliações realizadas tenha ocorrido aumento da espasticidade, o grau de evolução e de instalação foi contrariado com a realização de mobilizações em padrão anti-espástico que permitiu a manutenção da amplitude articular e mesmo com limitação funcional foi possível capacitar a pessoa para adotar estratégias para maximizar a sua potencialidade utilizando o membro superior esquerdo. Embora não tenha sido um processo de interiorização imediato, foi realizada a capacitação da pessoa para a realização de auto-mobilizações. Foi referido constantemente esquecimento, por parte da pessoa, para esta intervenção de extrema importância (atribuível a dificuldade de concentração e atenção), tendo sido adotado momentos

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

específicos após os quais poderia realizar o treino, sendo que ao associar a determinadas alturas do dia pudesse ser facilitador o seu cumprimento com sucesso (exemplo: antes de levantar, após as refeições e à noite após estar na cama).

Relativamente ao equilíbrio, foi notória a evolução da pessoa neste sentido. Com a reeducação funcional motora associada com treino de equilíbrio foi possível documentar que de um ponto de partida em que a pessoa não detinha equilíbrio em sedestração, foi paulatinamente adquirida capacidade e estratégias para inicialmente aquisição de equilíbrio estático e dinâmico sentado e ainda foi possível a aquisição de treino de equilíbrio estático de pé. A aquisição desta capacidade permitiu ainda o treino de atividades de vida que se traduzem na avaliação da funcionalidade através da escala MIF, e que traduz resultados muito promissores.

Os benefícios do programa de reeducação funcional motora implementado são corroborados com um estudo realizado por Grilo (2018), que afirma que a implementação de programas de enfermagem de reabilitação com as mesmas características deste estudo atual permitem aumentar a força muscular, evidencia resultados positivos na aquisição de equilíbrio corporal, sensibilidade profunda, e também na realização do autocuidado na pessoa com AVC (Grilo, 2018). Outro estudo realizado em 2020 evidencia que a “recuperação neurológica é mais significativa nos três a seis meses após o AVC, sendo as primeiras semanas cruciais para o processo na recuperação, pois é quando se observam os principais sinais de melhoria se o doente for devidamente estimulado e reabilitado” (Santos, Campos, & Martins, 2020)

É assim inequívoca a importância da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na avaliação, planeamento, implementação de intervenções individualizadas e avaliação de todo o processo, sendo que a reeducação funcional motora e o treino de equilíbrio, permitem otimizar a recuperação da pessoa após AVC. Perante uma situação de compromisso da funcionalidade, a intervenção do EEER no âmbito de unidades de reabilitação assume uma importância fulcral com a aplicação de intervenções individualizados em parceria com a pessoa/família, desempenhando um papel essencial como facilitador do processo de transição da pessoa e família, promovendo uma adaptação à sua condição atual (Marques-Vieira & Sousa , 2023).

A realização deste tipo de estudo – relato de caso – proporciona uma aprendizagem estruturada e permite a documentação e mensuração de ganhos obtidos através das intervenções especializadas dos EEER, que recorrendo à utilização de instrumentos psicométricos de avaliação permite a documentação efetiva dos ganhos advindos da intervenção dos EEER. Enquanto processo formativo este tipo de estudos permite também uma aprendizagem reflexiva

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

específicos após os quais poderia realizar o treino, sendo que ao associar a determinadas alturas do dia pudesse ser facilitador o seu cumprimento com sucesso (exemplo: antes de levantar, após as refeições e à noite após estar na cama).

Relativamente ao equilíbrio, foi notória a evolução da pessoa neste sentido. Com a reeducação funcional motora associada com treino de equilíbrio foi possível documentar que de um ponto de partida em que a pessoa não detinha equilíbrio em sedestração, foi paulatinamente adquirida capacidade e estratégias para inicialmente aquisição de equilíbrio estático e dinâmico sentado e ainda foi possível a aquisição de treino de equilíbrio estático de pé. A aquisição desta capacidade permitiu ainda o treino de atividades de vida que se traduzem na avaliação da funcionalidade através da escala MIF, e que traduz resultados muito promissores.

Os benefícios do programa de reeducação funcional motora implementado são corroborados com um estudo realizado por Grilo (2018), que afirma que a implementação de programas de enfermagem de reabilitação com as mesmas características deste estudo atual permitem aumentar a força muscular, evidencia resultados positivos na aquisição de equilíbrio corporal, sensibilidade profunda, e também na realização do autocuidado na pessoa com AVC (Grilo, 2018). Outro estudo realizado em 2020 evidencia que a “recuperação neurológica é mais significativa nos três a seis meses após o AVC, sendo as primeiras semanas cruciais para o processo na recuperação, pois é quando se observam os principais sinais de melhoria se o doente for devidamente estimulado e reabilitado” (Santos, Campos, & Martins, 2020)

É assim inequívoca a importância da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na avaliação, planeamento, implementação de intervenções individualizadas e avaliação de todo o processo, sendo que a reeducação funcional motora e o treino de equilíbrio, permitem otimizar a recuperação da pessoa após AVC. Perante uma situação de compromisso da funcionalidade, a intervenção do EEER no âmbito de unidades de reabilitação assume uma importância fulcral com a aplicação de intervenções individualizados em parceria com a pessoa/família, desempenhando um papel essencial como facilitador do processo de transição da pessoa e família, promovendo uma adaptação à sua condição atual (Marques-Vieira & Sousa, 2023).

A realização deste tipo de estudo – relato de caso – proporciona uma aprendizagem estruturada e permite a documentação e mensuração de ganhos obtidos através das intervenções especializadas dos EEER, que recorrendo à utilização de instrumentos psicométricos de avaliação permite a documentação efetiva dos ganhos advindos da intervenção dos EEER. Enquanto processo formativo este tipo de estudos permite também uma aprendizagem reflexiva

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com este relato de caso demonstra que a reeducação funcional motora e o treino de equilíbrio traduzem ganhos efetivos na reabilitação da pessoa após AVC. O EEER desempenha um elo entre a equipa multidisciplinar e intervém na capacitação da pessoa potenciando as suas capacidades e competências para a aquisição de independência funcional.

O objetivo de documentar os ganhos através do programa escolhido foi alcançado e permite evidenciar o crucial papel que o EEER desempenha na recuperação da pessoa após AVC reforçando a importância de uma avaliação e implementação de intervenções individualizadas em parceria com a pessoa.

As principais limitações do estudo prendem-se impossibilidade de implementação das intervenções com um programa estruturado e mais coeso. A participação da pessoa em alguns momentos também não foi eficaz quer por cansaço ou dificuldade de concentração e atenção.

A realização de investigação na reabilitação da pessoa após AVC permite aprofundar conhecimentos, documentar a efetividade e diferenciação que os cuidados de EEER promovem na reabilitação da pessoa e como a intervenção especializada do EEER impacta na funcionalidade da pessoa, na promoção da sua autonomia e na sua qualidade de vida após um AVC.

A autora declara que a pesquisa foi conduzida na ausência de quaisquer relações comerciais ou financeiras que pudessem ser interpretadas como um potencial conflito de interesses.

Para o presente estudo foi realizado o pedido de apreciação e parecer à comissão de ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, para o qual se aguarda resposta.

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

## BIBLIOGRAFIA

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.

Castanheira, P. (2019). *Intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reeducação Funcional Motora da pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Direcção Geral da Saúde (2003). Obtido de Circular Normativa nº 09/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor: [https://aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)

Direcção Geral da Saúde (2011). *Orientação da DGS nº 017/2011*. Obtido de Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q): <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/normas-orientacoes-e-informacoes/escala-de-braden-versao-adulto-e-pediatria-braden-q-pdf.aspx>

Direcção Geral da Saúde (2019). Obtido de DGS - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares - Norma nº 008/2019: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Diário da República - Despacho n.º 10473/2019. (2019). Obtido de Diário da República: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/11/220000000/0016400164.pdf>

Grilo, J. (2018). *Melhoria da eficácia das intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC*. Évora: Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

International Council of Nurses (ICN), (2019). *ICNP Browser*. Obtido de <https://www.icn.ch/icnp-browser>

INE. (16 de 05 de 2024). *INE - Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 10 de 2024, de INE - Instituto Nacional de Estatística: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui-646027025&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui-646027025&DESTAQUESmodo=2)

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso”

Jardim, R. (2022). *Reabilitação motora da pessoa com acidente vascular cerebral: Cuidados especializados de enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/45550>

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2023). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta.

Matos, M., & Simões, J. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC - Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 11-19. doi:10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770

Menoita, E., Sousa, L., Pão Alvo, L., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lisboa: Lidel.

Nóbrega, B. (2024). *A eficácia dos Programas de Treino de Equilíbrio na Independência Funcional de Pessoas Idosas*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ribeiro, R. (2023). *Boas práticas no cuidado à pessoa com espasticidade após AVC - Contributos da Enfermagem de Reabilitação*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Obtido de <http://hdl.handle.net/10198/29430>

RIUFP. (s.d.). Obtido de Repositório Internacional da Universidade Fernando Pessoa: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-Exame%20do%20Estado%20Mental.pdf>

Santos, J., Campos, C., & Martins, M. (15 de 12 de 2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: Ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *A pessoa com AVC em*

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

"Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora à pessoa após Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso"

*processo de reabilitação: Ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação*, pp. 36-43. doi:10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799

Serviço Nacional de Saúde (SNS) - Despacho 12417/2016. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 - Proposta do grupo de Trabalho Interministerial*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>



## ANEXO II – PANFLETO: DISFAGIA – INFORMAÇÃO PARA A PESSOA/FAMILIA

### Cuidados durante a alimentação:

- Promover um ambiente calmo;
- Evitar distrações durante a alimentação;
- Pessoa acordada e bem sentada;
- Fornecer a alimentação no campo visual da pessoa;
- Dieta na consistência recomendada;
- Promover a ingestão de líquidos (usar espessante, se necessário);
- Realizar flexão da cabeça para deglutir;
- Não encher demasiado a colher;
- Não misturar texturas de alimentos;
- Oferecer alimentos devagar;
- Dar tempo à pessoa para engolir com calma;
- Verificar a existência de resíduos na boca;
- Manter a pessoa sentada pelo menos 30 minutos após a refeição;
- Não utilizar seringas para alimentação;
- Promover a higiene oral

#### Bibliografia imagens:

- 1) <https://www.clinicofactum.com.br/Disfagia.asp>
- 2) imagem desenvolvida a partir de 1A.
- 3) <https://neuraxis.es/disfagia-liquidos-y-espesantes/>

É CRUCIAL DAR A DEVIDA ATENÇÃO A QUALQUER DIFICULDADE OU MUDANÇA NA DEGLUTIÇÃO.

NÃO COMPROMETA A SUA SEGURANÇA OU DE UM FAMILIAR. O SEU ESTADO NUTRICIONAL É MUITO IMPORTANTE.

PROCURE AJUDA OU APOIO PARA QUALQUER DÚVIDA

SAÚDE  
EM CASA

**CENTRO DE MEDICINA  
DE REABILITAÇÃO  
DE ALCOITÃO**

#### CONTACTOS

Rua Conde Barão, 2649-506  
Alcabideche

Telefone: 21 460 8300

**Elaborado por:** En<sup>h</sup> Marta Couto Portugal (Aluna do Mestrado de Enfermagem em Reabilitação)  
**Sob Orientação:** En<sup>h</sup> Especialista em Reabilitação Natália Martins

# DISFAGIA

## INFORMAÇÃO PARA A PESSOA/FAMÍLIA



A **disfagia** caracteriza-se pela **dificuldade de engolir alimentos** sólidos, líquidos ou inclusive a própria saliva (ou seja, existe dificuldade do alimento passar da boca até ao estômago).

A disfagia pode estar presente em situações clínicas como:

- Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE);
- Doenças Neuro-musculares;
- Doenças Degenerativas;
- Doença de Parkinson;
- Alguns tipos de cancro.

### SINAIS DE ALERTA NA DISFAGIA:

- Tosse ou engasgamento durante a alimentação
- Sialorreia (babar)
- Alterações da voz (voz molhada)
- Pigarrear (limpar a garganta)
- Engolir várias vezes
- Resíduos de comida na boca
- Sensação de alimento preso na garganta;
- Perda de peso sem explicação aparente;
- Infecções respiratórias recorrentes.



2

### Impacto da disfagia:

A presença de disfagia tem impacto na qualidade de vida da pessoa e pode ter consequências a vários níveis, como:

- **Nutricional:** a dificuldade em engolir pode influenciar a ingestão de alimentos e líquidos e provocar desnutrição, desidratação e perda de peso;
- **Respiratório:** decorrente de pequenas aspirações de alimentos para a via aérea aumenta o risco de desenvolver pneumonias de aspiração;
- **Social:** a dificuldade de se alimentar em público (vergonha, medo de engasgamento) diminui a interação social traduzindo diminuição da qualidade de vida.

### Porquê adequar a textura dos alimentos?...

... Para diminuir o risco de engasgamento



Exemplos de consistências de alimentos a adequar para a pessoa com disfagia

3

### Como preparar o espessante ?

- 1) Num copo colocar a quantidade de espessante pretendido;
- 2) Adicionar a quantidade de água adequada e mexer durante 15 a 20 segundos;
- 3) Deixar repousar 1 minuto antes de ingerir

### **3. ANEXO III – RELATO DE CASO DE ESTÁGIO DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE**



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA**

**2º CURSO - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Estágio de Reabilitação na Comunidade**

#### **Relato de Caso**

**Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares  
de marcha após fratura**

**Estudante:** Marta Couto Portugal, nº 200390423

**Enfermeiro Supervisor:** Enfermeira Susana Aguiar

**Professor:** Professora Helena Pestana

**Sintra**

**Junho 2024**



## **SIGLAS**

**ABVD** – Atividades básicas de vida diárias

**ADL** – Acidentes domésticos e de Laser

**AIVD** – Atividades instrumentais de vida diárias

**DTO** – Direito

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ESQ** – Esquerdo

**EVITA** - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

**MIF** – Medida de Independência Funcional

**MRC modificada** – Medical Research Council modificada

**PQCEER** - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UCC SS** – Unidade de Cuidados na Comunidade Sintra Salutem

## ÍNDICE

|   |        |
|---|--------|
| Introdução.....   | 6      |
| Materiais e Métodos.....  | 8      |
| Resultados.....   | 13     |
| Discussão.....  | 15     |
| Considerações Finais.....   | 17     |
| Bibliografia.....   | 18     |
| Anexos.....   | XXI    |
| Anexo I – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Investigação..... | XXII   |
| Anexo II – Pedido de Parecer à Comissão de Ética.....                         | XXIII  |
| Anexo II – Escala de Barthel.....   | XXIV   |
| Anexo III - Escala de Medida de Independência Funcional.....                  | XXV    |
| Anexo IV - Escala Medical Research Council modificada (MRC modificada).....   | XXVI   |
| Anexo V - Escala de Berg.....   | XXVII  |
| Anexo VI - Escala de Quedas de Morse.....                                     | XXVIII |
| Anexo VII - Escala Numérica de Dor.....                                       | XXIX   |

## **ÍNDICE DE TABELAS**

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....                        | 11 |
| Tabela 2 - Avaliação psicométrica dos resultados do plano de reabilitação implementado.... | 13 |

## **RESUMO**

No idoso as fraturas decorrentes de quedas representam grande preocupação podendo culminar em perda de funcionalidade, facto que afeta diretamente a qualidade de vida da pessoa. Nas mulheres após a menopausa a ocorrência de fraturas osteoporóticas é mais representativa. O enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação suporta a sua praxis para promover à pessoa a restituição da funcionalidade, o autocuidado, a minimização da incapacidade e dependência e a promoção da autonomia.

**Objetivo:** Identificar a importância de um programa de reabilitação na capacitação da pessoa para andar com auxiliares de marcha após fratura do fémur.

**Métodos:** Relato de caso descritivo elaborado de acordo com as guidelines da CAsE REport (CARE). Realizada implementação de programa de reabilitação a pessoa após fratura do fémur. O programa incidiu na reeducação funcional motora, capacitação para andar com auxiliares de marcha e prevenção de quedas.

**Resultados:** Foi possível aferir um aumento de funcionalidade motora, decorrente do ganho de força muscular, melhoria da amplitude muscular e articular, e ganhos a nível psicológico e social.

**Conclusões:** Comprova-se que os programas e intervenções implementados pelo enfermeiro especialista em enfermagem em reabilitação em contexto comunitário são a resposta efetiva para assistência de cuidados à pessoa com fratura do fémur.

**DESCRIPTORIOS:** rehabilitation, femur fractures, nurses.

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação  
"Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso"

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Comunidade inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem em Reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Saúde Atlântica, foi requerida a realização de um relato de caso.

Envelhecer é um processo natural e intrínseco a todos os seres humanos. Envelhecer de forma ativa, com qualidade de vida é ainda um desafio para a própria pessoa/idoso, família, comunidade e profissionais de saúde. As quedas são uma grande preocupação nos idosos, podendo ocorrer em qualquer idade, mas nos idosos pela sua fragilidade e comorbilidades associadas representa muitas vezes repercussões relacionadas com a diminuição da qualidade de vida, implicações físicas, sociais, psicológicas e espirituais, podendo inclusive levar à morte (Espada et al., 2022).

O envelhecimento demográfico em Portugal é uma realidade cada vez mais presente. Embora se assista a um aumento da esperança média de vida, este fato nem sempre é acompanhado de condições saúde plena existindo limitações associadas a comorbilidades que podem persistir durante muitos anos. Atribuir qualidade e vida à longevidade é desafiante e existe ainda muito potencial para poder melhorar (DGS - Despacho nº 12427/2016, 2017).

Em Portugal, no ano 2000, e no decorrer do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes e do Plano Estratégico do Ministério da Saúde, foi criado o sistema de recolha e análise de dados relacionados com Acidentes Domésticos e de Laser (ADL), coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e denominado de EVITA (SNS, 2024) - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (SNS, 2014). De acordo com o relatório EVITA de 2019, as quedas representam a principal causa de acidente doméstico e de laser (87,9%), com maior representatividade após os 65 anos, sendo que quase 50% destas quedas ocorreram no domicílio e no caso das mulheres correspondem a 74% das causas de ADL e no homem representam menos 12 pontos percentuais (INSA, 2019).

Quando relacionamos o envelhecimento com o aumento do número de quedas deparamo-nos com uma extensa problemática, que pode ainda ser agravada pela provável ocorrência de fraturas associadas. A presença de fratura vai diretamente impactar a qualidade de vida, o autocuidado do idoso, a sua capacidade funcional, e também repercussões sociais e psicológicas (Figueiredo, A., 2018).

As fraturas decorrentes de processos osteoporóticos ocorrem maioritariamente em mulheres em fase de pós-menopausa e decorrentes de trauma de baixo impacto (Tavares et al., 2007).

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso”

A imobilidade prolongada após fratura representa grande preocupação e representa grande impacto na pessoa ao nível do autocuidado, e provoca progressivamente fraqueza muscular. Em situação de imobilidade prolongada no leito a pessoa perde aproximadamente 1-3% de músculo por dia e 10-15% da força muscular numa semana. Toma-se assim fulcral a manutenção da força muscular (Peças, 2016). A habilidade de preservar a força muscular nos idosos é crucial para promover a saúde, a boa forma física e a independência (Mendes, 2013).

Neste sentido, na prescrição de um programa realizado por enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) para a pessoa com fratura do fémur é importante a implementação de intervenções que promovam o autocuidado, o movimento muscular, exercícios de fortalecimento e manutenção de força muscular, para permitir que a pessoa possa desenvolver capacidade para andar com auxiliar de marcha.

O EEER desempenha um papel de extrema importância na reabilitação e capacitação da pessoa após fratura do fémur. O EEER identifica alterações de funcionalidade motora, promove e implementa programas de reabilitação que visam a maximização da funcionalidade e do potencial da pessoa. Ao EEER cabe ainda atuar na prevenção de complicações associadas à sua condição clínica da pessoa decorrentes de processos de imobilidade que visem a melhoria do estado físico e que promovam a sua independência (Regulamento nº392/2019, 2019b; Teixeira et al., 2021).

Neste sentido, prende-se como questão principal: de que forma os programas desenvolvidos e implementados pelos EEER promovem a independência funcional da pessoa para adquirir competências de andar com auxiliar de marcha após uma fratura do fémur?

O objetivo geral deste estudo remete-nos para identificar a importância de um programa de reabilitação na capacitação da pessoa para andar com auxiliares de marcha após fratura do fémur. Como objetivos específicos pretende-se: identificar as principais necessidades e limitações da pessoa com fratura do fémur; implementar um plano de reabilitação funcional motora à pessoa que promova a aquisição de competências para deambular com auxiliar de marcha; realizar mensuração de ganhos com a implementação dos instrumentos de avaliação com aplicação de escalas válidas e responsivas; avaliar o impacto e o progresso da pessoa após a implementação do programa de reabilitação; identificar a importância do movimento muscular e da força muscular para a reabilitação da pessoa após fratura do fémur; identificar os principais focos de intervenção durante o processo de implementação do programa de reabilitação.

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação  
"Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxílios de marcha após fratura: Relato de Caso"

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como um estudo descritivo do tipo Relato de Caso. Entende-se como estudo descritivo a "descrição de um caso ou de uma série de casos. Estes descrevem a experiência de um paciente ou de um grupo" (Néné & Sequeira, 2022). Neste sentido foram seguidas as guidelines da Case REport (CARE) para relatos de caso.

Para fundamentação teórica foi realizada uma revisão integrativa da literatura com consulta em sede de biblioteca, repositórios científicos (teses, dissertações e publicações científicas) e bases de dados científicas (EBSCO, MEDLINE complete, CINAHL complete, Nursing & Allied Health Collection, Cochran, MedicLatina).

Para realização deste relato de caso foi selecionada uma pessoa com história atual de fratura peri-implante do fémur direito (dto), admitida em ECCI para reabilitação 10 dias após cirurgia de correção por Osteossíntese com placa e parafusos no membro inferior direito. À data de admissão ainda presente material de sutura.

O plano de reabilitação delineado para a pessoa teve a intervenção de 8 sessões distribuídas por 4 semanas. À sua implementação ocorreu entre 28 de maio e 25 de junho de 2024. Foram realizados dois momentos de avaliação, a avaliação inicial que foi realizada no primeiro contato após admissão na equipa de ECCI, e uma avaliação final à 4ª semana após implementação de programa.

Cada sessão teve a duração aproximada de 30 minutos e além da implementação do programa no domicílio, foi também capacitada a pessoa para desenvolver treino de forma autónoma e segura. O programa de reabilitação seguiu por base a realização de exercícios ativos, ativos-assistidos e ativos-resistidos nos dias de intervenção do EEER. Quando havia intervenção do EEER capacitou-se a pessoa para, num compromisso mútuo, o cumprimento de uma prescrição de exercícios autónomos, respeitando a amplitude articular e o limiar de dor. No decorrer das sessões foi sempre adequado o treino à capacidade da pessoa e à sua disponibilidade no momento.

A pessoa foi questionada sobre a sua disponibilidade para participar neste estudo. Foi esclarecida do objetivo deste estudo académico, informada dos seus direitos inclusive de privacidade e confidencialidade, e que a sua participação era voluntária respeitando os princípios éticos subjacentes a estudos e sem qualquer custo. Para participação do estudo a cliente assinou o consentimento informado e esclarecido.

*Mostrado em Enfermagem em Reabilitação*

*“Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso”*

Anteriormente à avaliação inicial presencial de EEER, foi realizada a consulta dos elementos fornecidos na referenciação para cuidados em ECCI. Na primeira avaliação foi possível realizar a implementação de instrumentos de avaliação validados em Portugal como a Escala Numérica da Dor (controlo da intensidade de dor durante a intervenção do programa e garantir maior conforto à pessoa); o Índice de Barthel (permite avaliar o grau de independência em 10 atividades básicas de vida diárias (ABVD) como comer, transferir-se, uso de wc, higiene, mobilidade, vestir e despir, subir e descer escadas, controle de esfínteres; valores entre 0-100 pontos, em que 100 representa completa independência nas ABVD); a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF), que avalia em 18 itens as atividades instrumentais de vida diárias(AIVD), acresce aos parâmetros avaliados nas atividades básicas de vida diárias a avaliação da capacidade da pessoa em comunicar, interagir socialmente, capacidade de resolução de problemas e memória. (valores entre 18-126 pontos, sendo que a pontuação máxima representa independência funcional completa); a Escala de Força Muscular Medical Research Council modificada (MRC modificada), permite a avaliação da força muscular por segmentos corporais. Varia de 0 (ausência total de contração muscular palpável ou visível) a 5 (Força normal – contra resistência e contra gravidade); Escala de Berg (avaliação do equilíbrio estático e dinâmico. Consiste em 14 itens de avaliação onde é necessário que a pessoa desempenhe algumas tarefas passíveis de avaliação e variabilidade postural. Valores entre 0-54 pontos e a maior pontuação representa presença de equilíbrio estático e dinâmico). Foi ainda realizada a avaliação do risco de quedas através da escala de Morse por ser um fator importante dado estar diretamente relacionado ao tema em estudo e ser uma das causas de fraturas em pessoas idosas (nesta escala quanto maior a pontuação maior o risco de queda).

#### **Apresentação do Caso Clínico**

O presente relato de caso é referente a uma cliente de 84 anos, sexo feminino e de nacionalidade portuguesa. Vive sozinha numa casa com 2 pisos e tem 2 filhos, 1 filho reside próximo e é o seu apoio durante a maior parte do tempo, e uma filha, a residir fora de Portugal, que após o incidente da mãe, veio para Portugal para a acompanhar durante o processo de recuperação. Como antecedentes pessoais apresenta história de trombose venosa profunda, redução mamária e uma fratura anterior do colo do fémur direito, tendo sido submetida a osteossíntese. Nega toma de qualquer medicação habitual e nega também alergias alimentares ou medicamentosas.

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação

“Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso”

A história de doença atual remete para uma queda no domicílio da qual resultou impotência funcional do membro inferior direito e diagnosticada posteriormente fratura peri-implante do fémur direito. Internada em serviço de ortopedia com tração mecânica de 2Kg membro inferior direito até cirurgia. Submetida a Osteossíntese com placa e parafusos ao 3º dia de internamento. Pós-operatório sem intercorrências, tendo alta ao 7º dia de internamento.

A cliente foi admitida em ECCI para cuidados de reabilitação a 28 de maio de 2024. O primeiro contato e avaliação de EEER ocorreu 10 dias após a cirurgia, encontrando-se acompanhada pela filha. Apresenta bom estado geral, discurso coerente. Orientada no tempo, espaço e pessoa. Tem clara memória do acidente. Apresenta penso na face externa da perna direita (ainda com presença de agraifes). Apresenta edema da coxa direita mais exuberante ao nível do joelho direito (sutura de aproximadamente 20 cm, com término inferior próximo da face externa do joelho) que limita a flexão do mesmo por aumento da intensidade da dor.

A primeira avaliação do EEER incidiu na aplicação de escalas de avaliação, tendo sido avaliados os seguintes elementos:

- Avaliação da dor através da escala Numérica da Dor (dor em repouso: 2; aumento da intensidade da dor à mobilização passivo-assistida: 4);
- Avaliação da força muscular através da aplicação da escala MRC modificada e dividida por segmentos corporais (membros superiores 4/5; membro inferior esquerdo: 4/5; membro inferior direito: 3-5);
- Avaliação das ABVD através da escala de Barthel (pontuação: 55);
- Avaliação da AIVD através da escala MIF (pontuação: 85);
- Avaliação do risco de quedas através da escala de Morse (pontuação: 50).

Tendo em conta a avaliação realizada com a pessoa, foram identificados diagnósticos de enfermagem de reabilitação e desenvolvido um plano de intervenções de enfermagem de reabilitação, tendo por base a linguagem da Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE); (ICN, 2019), o padrão documental dos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2015) e a Ontologia em Enfermagem (OE, 2024).

Os diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação sensíveis de intervenção pelo EEER considerados são:

- Movimento muscular diminuído no membro inferior direito;
- Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação

“Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso”

- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;
- Potencial para conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha – andariço;
- Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha (andariço);
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda.

Tendo em conta os diagnósticos identificados foi realizado um plano de intervenções. De salientar que a pessoa era já detentora de algum conhecimento referente à sua condição em consequência de anterior fratura.

Tabela 1 - Plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação

| Diagnósticos de Enfermagem  | Resultado esperado  | Intervenções de Enfermagem de Reabilitação   |
|---|---|--|
| Movimento muscular diminuído no membro inferior direito<br><br>(MRC modificada: 3-/5) | Aumentar o movimento muscular e articular do membro inferior direito. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a movimento muscular através da Escala MRC modificada;</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistida do joelho direito: *                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexão e extensão do joelho na cama e sentada em cadeira de rodas;</li> <li>• Flexão, extensão, abdução e adução da coxa deitada;</li> <li>• Dorsi-flexão da articulação tibio-társica deitada e sentada na cadeira de rodas</li> </ul> </li> <li>- Executar técnica de exercício muscular ativo-resistido no membro inferior direito: *                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexão e extensão do joelho direito;</li> <li>• Flexão, extensão, abdução e adução da coxa direita;</li> <li>• Dorsi-flexão da articulação tibio-társica direita.</li> </ul> </li> <li>- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos;</li> <li>- Monitorizar força muscular através da escala MRC modificada;</li> <li>- Supervisionar o movimento muscular;</li> <li>- Avaliar evolução da adesão aos exercícios muscularto-articulares;</li> <li>- Realizar técnicas de massagem terapêutica para diminuição de edema, alívio da dor e promoção de conforto.</li> </ul> |

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação

“Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso”

- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;
- Potencial para conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha – andarilho;
- Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho);
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda.

Tendo em conta os diagnósticos identificados foi realizado um plano de intervenções. De salientar que a pessoa era já detentora de algum conhecimento referente à sua condição em consequência de anterior fratura.

Tabela 1 - Plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação

| Diagnósticos de Enfermagem  | Resultado esperado  | Intervenções de Enfermagem de Reabilitação   |
|---|---|--|
| Movimento muscular diminuído no membro inferior direito<br><br>(MRC modificada: 3-/5) | Aumentar o movimento muscular e articular do membro inferior direito. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a movimento muscular através da Escala MRC modificada;</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistida do joelho direito: *                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexão e extensão do joelho na cama e sentada em cadeira de rodas;</li> <li>• Flexão, extensão, abdução e adução da coxa deitada;</li> <li>• Dorsi-flexão da articulação tibio-társica deitada e sentada na cadeira de rodas</li> </ul> </li> <li>- Executar técnica de exercício muscular ativo-resistido no membro inferior direito: *                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexão e extensão do joelho direito;</li> <li>• Flexão, extensão, abdução e adução da coxa direita;</li> <li>• Dorsi-flexão da articulação tibio-társica direita.</li> </ul> </li> <li>- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos;</li> <li>- Monitorizar força muscular através da escala MRC modificada;</li> <li>- Supervisionar o movimento muscular;</li> <li>- Avaliar evolução da adesão aos exercícios muscularto-articulares;</li> <li>- Realizar técnicas de massagem terapêutica para diminuição de edema, alívio da dor e promoção de conforto.</li> </ul> |

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação  
"Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso"

## RESULTADOS

Os resultados do programa de reabilitação foram avaliados ao final de 4 semanas de implementação do plano. Os valores da avaliação são resultantes da utilização de instrumentos de colheita de dados (tabela 2) e expressam os ganhos decorrentes da implementação do plano de reabilitação delineado.

Tabela 2 - Avaliação psicométrica dos resultados do plano de reabilitação implementado

| Escalas                           | 1ª Avaliação / 1ª semana | 2ª avaliação / 4ª semana |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Escala Numérica Dor               | 2                        | 0                        |
| Índice de Barthel                 | 55                       | 95                       |
| Medida de Independência Funcional | 85                       | 108                      |
| MRC modificada                    | Membros superiores       | 4/5                      |
|                                   | Membro inferior esquerdo | 4/5                      |
|                                   | Membro inferior direito  | 3-/5                     |
| Escala de Berg                    | X                        | 28 *                     |
| Escala de Quedas de Morse         | 50                       | 65                       |

*Nota:* Itens 9, 11, 12 e 13 da escala de Berg não passíveis de avaliação pela limitação de carga da pessoa relativamente ao membro inferior direito.

Todos os instrumentos foram aplicados em 2 momentos de avaliação, inicial e final, à exceção da escala de Berg. A escala de Berg detém pontos de avaliação que dada a condição clínica da pessoa não poderiam ser passivos de realização da avaliação, como por exemplo a necessidade de realizar carga nos membros inferiores sem apoio ou girar 360°.

No final da implementação do plano é possível evidenciar uma evolução bastante positiva. Os ganhos a nível de funcionalidade e força muscular foram representativos após a aplicação dos instrumentos de avaliação. A diminuição da dor durante as sessões traduziu maior conforto e disponibilidade para realização do programa delineado. A diminuição progressiva das queixas algícas encontram-se também relacionadas com a realização de movimento muscular e articular e pela possibilidade de proporcionar conforto à pessoa através de intervenções como a massagem de cicatriz e a drenagem linfática. O aumento do risco de quedas na última avaliação prende-se com a transição da pessoa de uma situação de pouca mobilidade para o andar com auxiliar de marcha. Neste sentido os ensinamentos à pessoa e família estiveram presentes durante todo o programa de reabilitação para adoção de medidas que permitam evitar as mesmas.

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

“Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso”

Paulatinamente houve uma adesão positiva ao plano de reabilitação e foi possível assistir a um aumento global da amplitude dos movimentos e da articulação do joelho (não foi possível avaliar amplitude articular exata por inexistência de goniómetro).

O treino de exercícios de fortalecimento muscular com recurso a movimentos ativos (isométricos), ativo-assistidos, ativo-resistidos, permitiram um ganho efetivo de força muscular, como é possível comprovar pela aplicação da escala de MRC modificada. Foi progressivamente adequada a intensidade do treino com recurso a resistência e carga. No decorrer do programa foi observada uma evolução nas competências da pessoa para adotar a posição em pé, sem possibilidade de carga no membro inferior direito, e ganhos de mobilidade para transferir-se apenas sob supervisão. Este aumento de força muscular na pessoa após fratura do fémur como resultado, é importante não apenas para a pessoa adquirir capacidade para a sua independência funcional que permita voltar a andar, mas também para poder desenvolver de forma independente a gestão do autocuidado. Como exemplo, na avaliação das ABVD (pelo Índice de Barthel) identificam-se ganhos relacionados com a capacidade de realizar transferências, no vestir e despir, na utilização dos sanitários, na realização de higiene e também a nível de mobilidade com recurso ao auxiliar de marcha (andarilho). Na avaliação realizada pela Escala MIF (AIVD) foi possível contabilizar os ganhos já descritos e ainda foi possível obter ganhos relacionados com a interação social através de passeios, ida ao cabeleireiro e também socializar em convívios de família. Os ganhos expressos na tabela 2 refletem que a implementação de um programa de reabilitação focado e desenvolvido com a pessoa, traz benefícios funcionais, mas também psicológicos e sociais.

Como já referido, dada a condição anterior de fratura do colo do fémur a pessoa era detentora de algum conhecimento relativamente à deambulação com auxiliar de marcha, no entanto a capacitação e treino para poder desempenhar essa função revelou-se de extrema importância. O antecedente referido impactou este processo e foi também alvo de consciencialização durante todo o programa de reabilitação, pela pré-existência de uma fragilidade óssea importante e uma cirurgia ao colo do fémur anterior. A pessoa iniciou treino de marcha com auxílio de andarilho à 5ª semana de pós-operatório. Foi ainda possível, dentro do limite temporal deste estudo, uma sessão de treino de marcha com andarilho (marcha a 3 pontos), de forma efetiva e bem-sucedida.

*Mostrado em Enfermagem em Reabilitação*

*“Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso”*

## **DISCUSSÃO**

Perante o plano de reabilitação delineado é possível salientar a importância que os cuidados dos EEER representam na recuperação da funcionalidade da pessoa após fratura. Ao construir programas de reabilitação para a pessoa com fratura é primordial a inclusão de treino de fortalecimento muscular.

Marques-Vieira & Sousa (2017), defendem que a implementação de um programa de reabilitação após fratura do fémur deve iniciar-se o mais cedo possível. Reforça ainda, a implementação de programas de reabilitação funcional motora assentes na realização de fortalecimento muscular através da realização de exercícios isométricos (glúteos, quadríceps e isquiotibiais) e isotónicos (mobilizações ativas-assistidas e resistidas) com progressão de acordo com a tolerância da pessoa. O programa de reabilitação deve estender-se também ao fortalecimento muscular dos membros superiores e membro inferior contralateral para otimizar o seu desempenho aquando do uso de auxiliares de marcha (Marques-Vieira & Sousa, 2017). A realização de movimento musculares e articulares, de exercícios isométricos, ativo-assistidos e ativos-resistidos trouxe benefícios para a recuperação da pessoa e permitiu a aquisição de suporte físico para desenvolver treino de marcha com andariço.

Estes fatos são concordantes com os pressupostos defendidos por Preto (2016), ao assumir que “a participação em programas de intervenção baseados no exercício ativo e resistido pode aumentar o desempenho funcional e contribuir para a melhoria da qualidade de vida e prevenção de quedas”(Preto et al., 2016, p.56). As quedas, os défices visuais, auditivos e de percepção a par com a fragilidade multifatorial associada ao envelhecimento condicionam a qualidade de vida de grande parte dos idosos. Estudos demonstram que a manutenção da força muscular está correlacionada com a funcionalidade e que para plena aptidão funcional a pessoa tem de deter não apenas a força, mas conjugar com outros componentes como o equilíbrio, nutrição, flexibilidade e composição corporal (Lima et al., 2021). (Preto et al., 2016).

Também Teixeira (2021), reforça a importância dos planos de reabilitação aplicados à pessoa após cirurgia proximal do fémur e conclui que os maiores ganhos de reabilitação da pessoa são traduzidos ao nível da força muscular, aumento do movimento articular e capacitação para andar com auxiliar de marcha (Teixeira et al., 2021). Ao capacitarmos a pessoa para a importância de realizar exercícios musculares e articulares com gradual resistência e carga assistimos a uma melhoria progressiva da condição física da pessoa e sua disponibilidade para cumprir o programa.

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação

"Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxílios de marcha após fratura: Relato de Caso"

Perante uma situação de compromisso da independência, a intervenção do EEER no âmbito dos cuidados domiciliários assume uma importância fulcral com a aplicação de planos individualizados em parceria com a pessoa. No cuidado domiciliário é possível a implementação de intervenções no ambiente da pessoa, com as eventuais condicionantes do meio, mas também com possibilidade de intervir diretamente em adaptações sugestivas de maximizar o potencial de recuperação da pessoa. Os cuidados domiciliários afetos ao EEER são a resposta de proximidade para a pessoa e família, permitem um contato mais individualizado, maior disponibilidade e aumenta as oportunidades de aprendizagem da pessoa e família. Perante a essência dos cuidados se desenvolver no ambiente da pessoa, permite à pessoa ser cuidada em família ou comunidade, promove uma maior adesão ao tratamento, traduz benefícios a nível psicológico e é facilitadora da sua integração na social (Ramiro, 2022).

Nas suas intervenções de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (PQCEER), o EEER promove a restituição da funcionalidade, a promoção do autocuidado, a minimização da incapacidade e dependência e a promoção e aumento da autonomia e da qualidade de vida (OE, 2018). O EEER desempenha um importante papel de capacitação da pessoa intervindo diretamente na prevenção doença e minimizando fatores de risco. A sua competência de promotor de saúde permite-lhe desenvolver "planos de ação que visam diminuir a exposição do indivíduo à doença, ou através de informação para lidar com a própria doença, evitando reinternamentos e capacitando o indivíduo e família a gerir a doença e as limitações associadas" (Ramiro, 2022).

Além dos ganhos possíveis de mensurar com tradutibilidade em escalas de avaliação, existem ainda resultados e ganhos inerentes às intervenções do EEER, que não se encontram diretamente explícitos, como a prevenção de complicações associadas à imobilidade, os ganhos em qualidade de vida, a capacitação da pessoa para hábitos de vida saudáveis e promotores de exercícios de fortalecimento muscular regulares, assim como a satisfação demonstrada pela pessoa com o plano e resultados das intervenções do EEER.

*Mostrado em Enfermagem em Reabilitação*

*“Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso”*

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste estudo permitiu aprofundar conhecimentos referentes à temática em estudo e efetivar que a diferenciação das intervenções do EEER representam uma melhoria da funcionalidade da pessoa no âmbito comunitário.

O processo de reabilitação não pode ser encarado meramente por uma componente física. A perda de independência traz muitas vezes consequências psicológicas, sociais e inclusive espirituais para as quais o EEER deve estar sensibilizado e deve incluir estes referenciais como fulcrais na recuperação holística da pessoa.

O objetivo de capacitar a pessoa a andar com auxiliar de marcha foi atingido com sucesso. Os ganhos representados ao longo do programa de reabilitação foram de extrema importância para reconstruir e restituir a qualidade de vida à pessoa. Durante este processo o EEER desempenha um papel motivacional, e a sua validação e reforço positivo ao longo das sessões promove ainda a adesão ao programa. É possível assim afirmar, que a implementação de programas de reabilitação direcionados para reeducação funcional motora da pessoa com fratura produzem benefícios na sua funcionalidade motora, autocuidado e interação social.

Como limitação a este estudo cabe referir que não foi possível mensurar a totalidade dos ganhos do programa de reabilitação delineado por estar limitado a um espaço temporal de 4 semanas de implementação e avaliação. O programa de reabilitação prosseguiu e os ganhos efetivos a contabilizar perspectivam-se superiores aos mensurados neste relato de caso. Devido à limitação própria da fratura, a pessoa apenas iniciou carga no membro inferior direito na última semana de intervenção do EEER. Houve assim pouco tempo para maior treino com auxiliar de marcha (andarilho).

Os benefícios relacionados com a reeducação funcional motora e treino muscular de força em idosos encontram-se já amplamente documentados, no entanto seria importante a realização de novos projetos de investigação através de implementação de programas comunitários promotores do envelhecimento ativo em idosos.

Para o presente estudo foi realizado o pedido de apreciação e parecer à comissão de ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, para o qual se aguarda resposta.

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação  
"Programa de Reabilitação para Capacitar pessoas a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso"

## BIBLIOGRAFIA

Diário da República. (2019). Regulamento n.º392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Em *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Direção Geral da Saúde - Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Espada, M. A., Noruegas, S., & Arco, H. R. (2022). Os Idosos e as Quedas - Intervir para prevenir. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(3), 313. Disponível em: [https://doi.org/10.24902/riase.2022.8\(3\).568.313-327](https://doi.org/10.24902/riase.2022.8(3).568.313-327)

Figueiredo, A. G. (2018). *As vivências da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur na transição para casa*. Coimbra; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=hJzqVhQ1>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). *Acidentes Domésticos e de Laser - Mecanismos de Lesão*. Disponível em: [https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/EVITA\\_Infografico\\_BIG\\_1640x2321.jpg](https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/EVITA_Infografico_BIG_1640x2321.jpg)

International Council of Nurses. (2019). *CIPE*. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Lima, A. M., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Sampaio, F., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2021). Rehabilitation Nursing: Differentiation in Promoting the Autonomy of the Elderly. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 15–22. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.162>

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lisboa; Lusodidacta.

Mendes, C. (2013). *Efeitos de um programa de exercícios de enfermagem de reabilitação na aptidão física e independência funcional de idosos institucionalizados*. Coimbra; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1424861>

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação

“Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso”

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática* (1ª Edição). Loures: Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Ontologia em Enfermagem*. 3ª versão. Disponível em: <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Proposta de Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade Reabilitação*. Disponível em: [PadraoDocumental EER.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://ordemenfermeiros.pt/PadroesDocumentalEER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa; Ordem dos Enfermeiros

Peças, D. M. (2016). *A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na recuperação da marcha*. Lisboa; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.28/17517>

Preto, L. S. R., Gomes, J. R. L., Novo, A. F. M. P., Mendes, M. E. R., & Granero-Molina, J. (2016). Effects of a Rehabilitation Nursing Program on the Functional Fitness of Institutionalized Elderly. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 55–63. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV15019>

Ramiro, P. (2022). *Reabilitação do doente com fratura do colo do fémur após alta hospitalar - Importância dos cuidados de reabilitação domiciliários* (U. de Évora, Ed.). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/33845>

Serviço Nacional de Saúde. (2015). *O que é o Projeto EVITA? 2015*. Obtido 5 de Junho de 2024. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/o-que-e-o-projeto-evita/>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Prevenção de Acidentes Domésticos e de Lazer: Conheça as recomendações da Direção-Geral da Saúde e do Instituto Ricardo Jorge*. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/prevencao-de-acidentes-domesticos-e-de-lazer-conheca-as-recomendacoes-da-direcao-geral-da-saude-e-do-instituto-ricardo-jorge/>

Tavares, V., Canhão, H., António, J., Gomes, M., Simões, E., Romeu, C., Coelho, P., Santos, R. A., Malcata, A., Araújo, D., Vaz, C., & Branco, J. (2007). *Recomendações para Diagnóstico e Terapêutica da Osteoporose*. Disponível em: [https://spneumatologia.pt/wp-content/uploads/2019/12/18\\_recomenda\\_es\\_para\\_o\\_diagn\\_ostico\\_e\\_terapi\\_utilica\\_da\\_osteoporose\\_file.pdf](https://spneumatologia.pt/wp-content/uploads/2019/12/18_recomenda_es_para_o_diagn_ostico_e_terapi_utilica_da_osteoporose_file.pdf)

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

"Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso"

Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2021). The Person Undergoing Partial Hip Prosthesis: Case Report. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 47–55.  
Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.163>

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação

"Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxílios de marcha após fratura: Relato de Caso"

Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2021). The Person Undergoing Partial Hip Prosthesis: Case Report. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 47–55.  
Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.163>

### ANEXO III– ESCALA DE BARTHEL

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>1. Alimentação</b>  |                             |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/> 10 |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....                            | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente.....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>2. Transferências</b>   |                             |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/> 15 |
| Precisa de alguma ajuda.....   | <input type="checkbox"/> 10 |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....                            | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente, não tem equilíbrio sentado.....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>3. Toaleto</b>  |                             |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....                               | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente, necessita de alguma ajuda.....   | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>4. Utilização do WC</b>   |                             |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/> 10 |
| Precisa de alguma ajuda.....   | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente.....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>5. Banho</b>  |                             |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....                                | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente, necessita de alguma ajuda.....   | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>6. Mobilidade</b>   |                             |
| Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....                          | <input type="checkbox"/> 15 |
| Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....   | <input type="checkbox"/> 10 |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....               | <input type="checkbox"/> 5  |
| Imóvel.....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>7. Subir e Descer Escadas</b>   |                             |
| Independente, com ou sem ajuda técnica.....  | <input type="checkbox"/> 10 |
| Precisa de ajuda.....  | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente.....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>8. Vestir</b>   |                             |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/> 10 |
| Com ajuda.....   | <input type="checkbox"/> 5  |
| Impossível.....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>9. Controlo Intestinal</b>  |                             |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....        | <input type="checkbox"/> 10 |
| Acidente ocasional.....  | <input type="checkbox"/> 5  |
| Incontinência ou precisa de uso de cintas.....   | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>10. Controlo Urinário</b>   |                             |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho..... | <input type="checkbox"/> 10 |
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....  | <input type="checkbox"/> 5  |
| Incontinência, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....                    | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>TOTAL</b>   |                             |
|  |                             |

Figura 3 - Escala de Barthel - Instrumentos de recolha de dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2016)

Mestrado em Enfermagem em Reabilitação  
 “Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxílios de marcha após fratura: Relato de Caso”

## ANEXO IV - ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

| NÍVEIS                               |                        | INDEPENDENCIA FUNCIONAL                                |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |
|--------------------------------------|------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
|                                      |                        | 7 Independência completa em segurança, em tempo normal | 6 Independência modificada (dispositivo) |                          |                          |                          |                          |                          | SEM AJUDA |
| NÍVEIS                               | Dependência modificada |  |  |                          |                          |                          |                          |                          | AJUDA     |
|                                      | Dependência completa   |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |
|                                      |                        | SEMPRE COM AJUDA                                       | ANTES                                    | IM                       | AM                       | 1/2M                     |                          |                          |           |
| <b>AUTO-CUIDADOS</b>                 |                        |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |
| A. Alimentação                       |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| B. Higiene pessoal                   |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| C. Banho                             |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| D. Vestir roupa superior             |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| E. Vestir roupa inferior             |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| F. Utilização da sanita              |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| <b>CONTROLO DOS ESFÍNCTERES</b>      |                        |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |
| G. Bexiga                            |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| H. Intestino                         |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| <b>MOBILIDADE</b>                    |                        |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |
| <b>TRANSFERÊNCIAS</b>                |                        |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |
| I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas  |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| J. Sanita                            |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| K. Banheira, Duche                   |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| <b>LOCOMOÇÃO</b>                     |                        |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |
| L. Marcha Cadeira de Rodas           |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| M. Escadas                           |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| <b>COMUNICAÇÃO</b>                   |                        |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |
| N. Compreensão                       |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| O. Expressão                         |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| <b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b> |                        |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |
| P. Interação social                  |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| Q. Resolução dos problemas           |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| R. Memória                           |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| <b>TOTAL</b>                         |                        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |

NOTA: Não deve haver nenhum item em branco, na não-testagem, marcar 7.

Figura 4 - Escala de Medida de Independência Funcional - Instrumentos de recolha de dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015)

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação

“Programa de Reabilitação para Capacitar pessoas a andar com auxílios de marcha após fratura: Relato de Caso”

## ANEXO V - ESCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL MODIFICADA (MRC MODIFICADA)

| Grau | Definição  |
|------|--|
| 5    | Força Normal contra resistência e contra gravidade   |
| 5-   | Fraqueza dificilmente detetável  |
| 4+   | A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação contra gravidade e resistência moderada                          |
| 4    | O músculo suporta a articulação contra uma combinação de gravidade e resistência moderada                                  |
| 4-   | A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação apenas contra uma resistência mínima.                            |
| 3+   | O músculo move a articulação totalmente contra a gravidade e é capaz da resistência transitória, contudo cai abruptamente. |
| 3    | O músculo não consegue suportar a articulação, mas move a mesma totalmente contra gravidade                                |
| 3-   | O músculo move a articulação contra a gravidade, mas não realiza todos os movimentos mecânicos                             |
| 2    | O músculo move a articulação, mas não contra gravidade   |
| 1    | Observa-se contração muscular, mas não há movimento  |
| 0    | Sem contração muscular e sem movimento.  |

Figura 5 - Escala Medical Research Council modificada (MRC modificada) - Instrumentos de recolha de dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2016)

XXVI

Marta Couto Portugal (200390423) – junho 2024 - Atlântica

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação  
"Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxílios de marcha após fratura: Relato de Caso"

## ANEXO VI - ESCALA DE BERG

### ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Avaliador \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DOS ITENS - Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé \_\_\_\_\_
  2. Ficar em pé sem apoio \_\_\_\_\_
  3. Sentado sem apoio \_\_\_\_\_
  4. Da posição de pé para a posição de sentado \_\_\_\_\_
  5. Transferências \_\_\_\_\_
  6. Ficar em pé com os olhos fechados \_\_\_\_\_
  7. Ficar em pé com os pés juntos \_\_\_\_\_
  8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado \_\_\_\_\_
  9. Apanhar um objeto do chão \_\_\_\_\_
  10. Virar-se para olhar para trás \_\_\_\_\_
  11. Dar uma volta de 360 graus \_\_\_\_\_
  12. Colocar os pés alternadamente num degrau \_\_\_\_\_
  13. Ficar em pé com um pé à frente do outro \_\_\_\_\_
  14. Ficar em pé sobre uma perna \_\_\_\_\_
- TOTAL \_\_\_\_\_

#### 1. Da posição de sentado para a posição de pé

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- ( ) 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- ( ) 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- ( ) 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- ( ) 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- ( ) 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

Figura 6 - Escala de Equilíbrio de Berg - Instrumentos de recolha de dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2016); (Paiva, 2016).

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação

"Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso"

## ANEXO VII - ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

| Item  | Pontuação     |
|---|---------------|
| 1. História de quedas; neste internamento/urgência/ ou nos últimos três meses<br>Não<br>Sim   | 0<br>25       |
| 2. Diagnóstico(s) secundário(s)<br>Não<br>Sim   | 0<br>15       |
| 3. Ajuda para caminhar<br>Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas<br>Muletas/canadianas/bengala/andarilho<br>Apoia-se no mobiliário para andar | 0<br>15<br>30 |
| 4. Terapia intravenosa<br>Não<br>Sim  | 0<br>20       |
| 5. Postura no andar e na transferência<br>Normal/acamado/ímovel<br>Debitado<br>Dependente de ajuda  | 0<br>10<br>20 |
| 6. Estado mental<br>Consciente das suas capacidades<br>Esquece-se das suas limitações   | 0<br>15       |

Figura 7 - Escala de Quedas de Morse - Instrumentos de recolha de dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2016)

XXVIII

Marta Couto Portugal (200390423) – junho 2024 - Atlântica

Mostrado em Enfermagem em Reabilitação  
"Programa de Reabilitação para Capacitar pessoa a andar com auxiliares de marcha após fratura: Relato de Caso"

## ANEXO VIII - ESCALA NUMÉRICA DE DOR

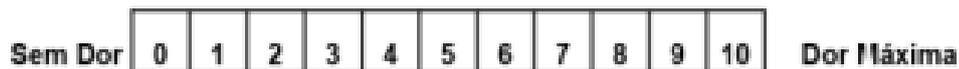


Figura 8 - Escala Numérica de Dor - Instrumentos de recolha de dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2016)





**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM  
REABILITAÇÃO**

