



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**CONTRIBUTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO PARA OS GANHOS EM
INDEPENDÊNCIA NO ANDAR, NA PESSOA COM
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

REALIZADO POR:

VERA NASCIMENTO



2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem no ramo de Reabilitação

Contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para os ganhos em independência
no andar, na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Elaborado por:

Vera Nascimento

Orientação:

Dr. Nelson Guerra

Barcarena, 2025

"The ultimate goal of rehabilitation is not simply to restore function, but to restore the person to a life of meaning and participation."

Wade, D. T. (2005)

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

AGRADECIMENTOS

A concretização desta jornada só foi possível graças ao apoio, incentivo e generosidade de várias pessoas que marcaram este caminho.

Aos docentes deste mestrado, que desde o primeiro momento se revelaram pilares fundamentais na orientação e partilha de saberes que permitiu o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Agradeço de forma especial, ao Dr. Nelson Guerra, pela sua orientação e disponibilidade constantes e pelo apoio e compreensão nos momentos mais desafiantes desta jornada.

A todos os profissionais das equipas que integrei durante este percurso, e em especial à Enfermeira Ana Monteiro pela generosidade, motivação e exemplo durante esta caminhada.

Às Pessoas que cuidei e às suas famílias por me terem dado a oportunidade de crescer e de me desenvolver enquanto profissional e pessoa.

Aos meus colegas de trabalho por terem sido o meu suporte em tantos momentos.

Ao meu Pai e à minha Mãe pelo amor incondicional e pelo incentivo, mesmo quando questione as minhas capacidades.

A ti, meu querido Filho, por seres sempre “a estrela que guia o meu coração”.

A todos o meu mais sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

Enquadramento: O número pessoas que sofrem acidentes vasculares cerebrais em Portugal tende a aumentar, acompanhando a evolução da doença no resto do mundo, sendo descrita como a principal causa de morte e incapacidade em Portugal.

O EEER tem uma intervenção preponderante em todos os contextos da prática de cuidados, cuidando de pessoas com necessidades especiais, promovendo a reinserção e exercício da cidadania através da capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação e maximizando a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa.

Objetivo: O presente relatório tem como finalidade descrever, analisar e refletir o processo de aquisição e domínio de competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as de Mestre, adquiridas através das atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, com destaque para a temática da pessoa com acidente vascular cerebral com andar comprometido.

Metodologia: De forma a explanar as competências adquiridas, recorre-se à análise crítico-reflexiva do ensino clínico e das atividades realizadas sustentada pela revisão da literatura alicerçada em referenciais teóricos da profissão, com foco na intervenção do EEER na pessoa com o andar comprometido após AVC.

Resultados: As vivências experimentadas enquanto mestranda permitiram o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre. Esta aquisição de competências reflete-se na capacidade de gerar valor para a pessoa alvo de cuidados contribuindo para a potenciação da sua funcionalidade e autonomia.

Conclusão: O percurso realizado e o presente relatório explanam a aquisição de competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, assim como as competências de Mestre.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Andar Comprometido.

ABSTRACT

Background: The incidence of stroke in Portugal is on the rise, mirroring global trends. It remains the leading cause of mortality and disability nationwide. Within this context, the Rehabilitation Nursing Specialist assumes a pivotal role across all care settings, by providing specialized care to individuals with specific needs, fostering reintegration and the exercise of citizenship through the empowerment of individuals experiencing disability, activity limitations, and/or participation restrictions, and by promoting functional maximization through the enhancement of individual capabilities.

Objective: This report aims to describe, analyse, and critically reflect upon the process of acquisition and consolidation of the Common Competencies of the Specialist Nurse, the Specific Competencies of the Rehabilitation Nursing Specialist, and the Competencies of the Master's Degree. These were developed through clinical practice activities, with a particular emphasis on the rehabilitation of individuals with impaired gait following a cerebrovascular accident (stroke).

Methodology: To articulate the competencies acquired, a critical-reflective analysis of the clinical training and the activities undertaken was conducted. This analysis is supported by a literature review grounded in the theoretical frameworks of the nursing profession, focusing specifically on the intervention of the Rehabilitation Nursing Specialist in individuals with gait impairment post-stroke.

Results: The experiential learning throughout the master's program enabled the development of both specialist and advanced-level competencies. These competencies are evidenced in the ability to deliver care that enhances the functionality and autonomy of individuals, thereby contributing to meaningful health outcomes.

Conclusion: The trajectory undertaken and the present report substantiate the development and consolidation of the Common and Specific Competencies of the Rehabilitation Nursing Specialist, as well as those associated with the attainment of a Master's degree.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Stroke; Walking compromised.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 - APRECIÇÃO/ANÁLISE DO CONTEXTO	16
2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	29
2.1 – Análise de conceitos	29
2.2 - Referenciais Teóricos.....	32
2.2.1 - Teoria das Transições de Afaf Meleis no Paradigma da Transformação.....	33
2.2.2 - Paradigma da Integração e a Teoria do Défice do Autocuidado de Orem	36
2.3 - A Problemática do AVC.....	40
2.3.1 - Fisiopatologia do AVC.....	42
2.3.2 - AVC na Atualidade	43
2.4 - Andar Comprometido	45
3 – ANÁLISE CRÍTICO/REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS.....	50
3.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	51
3.2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	61
3.3 - Competências de Mestre	67
4 - ANÁLISE DE SWOT	71
CONCLUSÃO	74
BIBLIOGRAFIA.....	77
APÊNDICES/ANEXOS.....	89
APÊNDICE I - Relato de Caso intitulado “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do Equilíbrio Corporal”	90
APÊNDICE II – Relato de Caso Clínico: “Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação para os ganhos em independência no andar na pessoa com acidente vascular cerebral”	116
Anexo I – NER-CMRA: “Conectando saberes: Fortalecer vínculos entre unidades de saúde para um sistema integrado e eficiente”	164

Anexo II - NER-CMRA: “A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na adaptação das instalações sanitárias / produtos de apoio”	165
--	-----

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACSA/DGS	Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía / Direção-Geral da Saúde
APELA	Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CCQ	Clinical COPD Questionnaire (Questionário Clínico para a DPOC)
CDE	Código Deontológico do Enfermeiro
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DALYs	Disability-Adjusted Life Years (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade)
DGS	Direção-Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EGA	Equipa de Gestão de Altas
ESO	European Stroke Organization
FAC	Functional Ambulation Categories
FES	Estimulação Elétrica Funcional
FQ	Fibrose Quística
GUSS	Gugging Swallowing Screen (Prova de Avaliação de Deglutição)
ICN	International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiros)
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica

ISSO	International Organization for Standardization
MIF	Medida de Independência Funcional
MRC	Medical Research Council
mMRC	Modified Medical Research Council (Questionário da Dispneia)
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCC	Processo de Cuidados Continuados
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
RM	Ressonância Magnética
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TC	Tomografia Computadorizada
URR	Unidade de Reabilitação Respiratória

INTRODUÇÃO

Este relatório foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular do Estágio Profissionalizante, integrada no segundo ano do segundo ciclo do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, lecionado na Escola Superior de Saúde Atlântica, durante o ano letivo de 2024/2025.

O principal propósito deste relatório consiste na descrição aprofundada das competências desenvolvidas, tendo em vista a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista e a aquisição do grau de Mestre, em alinhamento com as orientações definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Pretende-se, igualmente, expor o percurso de aprendizagem, assim como o processo de desenvolvimento das competências adquiridas, por meio de uma reflexão crítica, objetiva e devidamente contextualizada sobre a trajetória percorrida.

De acordo com Marques (2021), os cursos de mestrado promovem uma abordagem reflexiva da prática, onde a prática se fundamenta na evidência e, simultaneamente, a evidência emerge da prática. Este processo constitui o alicerce fundamental da enfermagem de reabilitação. (Marques et al., 2021)

Segundo Teixeira (2021), fundamentando-se em Melnyk et al. (2020), a prática baseada na evidência estrutura-se a partir de um processo sistematizado, constituído por múltiplas etapas interligadas. Este processo inicia-se com a reflexão crítica sobre a prática profissional, seguida da formulação de questões clinicamente pertinentes. Posteriormente, procede-se à busca pela melhor evidência disponível, à sua análise crítica e à integração dessa evidência com a experiência clínica e os valores e preferências da pessoa e da sua família. O processo inclui ainda a monitorização dos resultados das intervenções ou alterações realizadas com base na evidência, culminando na partilha dos resultados alcançados. (Teixeira, 2021)

É fundamental, antes de mais, clarificar o conceito de competência. De acordo com Canever e colaboradores (2022), citando Fukada (2018), no contexto da saúde, a competência pode ser entendida como a integração de conhecimentos, capacidades, atitudes, experiências e juízos críticos, que contribuem para uma prática de cuidados

holísticos, a deliberação informada e o exercício de uma liderança orientada para o incremento da qualidade assistencial. (Canever et al., 2022)

O Estágio de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade decorreu no período de 20 de maio a 26 de julho de 2024, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) contabilizando 232 horas. O estágio profissionalizante teve a duração de 16 semanas, 16 de setembro a 19 de dezembro 2024, num total de cerca de 305 horas. Para dar resposta às exigências no que se refere às horas de prática clínica por processo, ocorreu em dois contextos distintos, um Centro de Medicina de Reabilitação (CR) da região de Lisboa e numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) do distrito de Lisboa.

Em Portugal, a enfermagem de reabilitação registou avanços relevantes durante as décadas de 1950 e 1960, ganhando maior destaque com a abertura do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, em 1964. Este centro foi inovador ao promover, em 1965, o primeiro curso pós-graduado em enfermagem de reabilitação, sob a coordenação da enfermeira Sales Luís (Correia, 2023)

Em ambos os contextos, é evidente a prestação de cuidados a pessoas com incapacidade ou deficiência, sejam estas de origem congénita ou adquirida, traduzindo-se em défices de autocuidado, parciais ou totais (Orem, 1991). Neste âmbito, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) revela-se fundamental, uma vez que este profissional é detentor de um conjunto alargado de conhecimentos e competências específicas, que permitem, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação diferenciadas. Estas intervenções assentam nos problemas reais ou potenciais da pessoa, privilegiando a promoção da saúde, a prevenção de complicações secundárias, o tratamento e a reabilitação, com o propósito de potenciar ao máximo a sua funcionalidade, bem como a sua qualidade de vida (OE, 2019 – Regulamento n.º 125/2011).

Definiu-se como objetivo principal a atingir no ensino estágio profissionalizante ***“Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação dirigidas à pessoa em processo de reabilitação, maximizando a sua funcionalidade, promovendo a sua autonomia na prossecução do seu projeto de vida”***, tendo sido definidos 4 objetivos específicos:

1. Promover uma prática de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação orientada pelas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional;
2. Capacitar a pessoa com limitação da atividade e restrição da participação potenciando a sua capacidade para o autocuidado e maximização da sua funcionalidade durante a prática clínica;
3. Desenvolver metodologias de melhoria contínua (individuais e multidisciplinares), na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação;
4. Desenvolver uma prática de cuidados especializada em Enfermagem de Reabilitação baseada no *legis artis* da disciplina.

Considerando o contexto em que se desenvolveu a maior parte do estágio e o interesse manifestado pela temática do Acidente Vascular Cerebral (AVC), propõe-se uma reflexão sobre contributo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação o para os ganhos em independência no Andar, na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Esta escolha alinha-se com a missão CR, que se centra na promoção da máxima funcionalidade da pessoa, através da potenciação de capacidades, que permitam a sua reinserção na sociedade. Esta simbiose entre o contexto onde decorreu o estágio, a temática escolhida e as competências que se almejaram adquirir são geradoras de valor para a pessoa, para o mestrando, para a instituição e para a sociedade, dando deste forma resposta áquilo que é a responsabilidade social, de cada em particular, e da Enfermagem em geral, na concretização dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS).

A estrutura deste documento segue as diretrizes estabelecidas pela Unidade Curricular, conforme definido pela instituição de ensino. Após a presente introdução, o trabalho encontra-se organizado nos seguintes tópicos: 1. Análise do contexto de estágio; 2. Enquadramento conceptual; 3. Reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas; 4. Análise SWOT relativa à evolução das competências; seguido da Conclusão e da Bibliografia.

1 - APRECIÇÃO/ANÁLISE DO CONTEXTO

Com o objetivo de enriquecer o percurso formativo e proporcionar uma maior diversidade de experiências que favorecessem a aquisição de competências, respondendo às exigências inerentes aos processos de cuidados próprios da enfermagem de reabilitação, o estágio foi realizado em três contextos distintos.

No que respeita à temática da reabilitação, a Organização Mundial de Saúde, por meio do seu programa intitulado “Reabilitação 2030”, destaca a importância fundamental da implementação de serviços de reabilitação no âmbito comunitário. Além disso, enfatiza a imprescindibilidade de assegurar o acesso universal a esses recursos, reconhecendo a sua relevância para a promoção da saúde e inclusão social (Organização Mundial de Saúde, 2017).

Os programas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação desenvolvidos em contexto comunitário têm evidenciado efeitos benéficos na saúde das populações, estando reconhecida a relevância da investigação na validação da sua eficácia e alcance. Especificamente no contexto comunitário, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EER) assumem uma intervenção central na promoção desta alternância de paradigma nos cuidados de saúde. (Pinho et al., 2024)

No âmbito da vertente comunitária, o estágio teve lugar numa das Unidade de Cuidados Continuados (UCC), integrada na Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, mais especificamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Este período de estágio ocorreu de 20 de maio a 26 de julho de 2024, totalizando aproximadamente 232 horas de atividades. A equipa de enfermagem é composta por seis profissionais, sendo dois deles especializados em Enfermagem de Reabilitação, enquanto os demais desempenham funções como enfermeiros generalistas. Além disso, a equipa multidisciplinar conta com a colaboração de uma Assistente Social, dois Psicólogos, um Terapeuta Ocupacional e um Fisioterapeuta, promovendo uma abordagem integrada e colaborativa no cuidado à pessoa.

O Decreto-Lei n.º 101/2006 regulamenta a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal, criada com o propósito de responder às novas

exigências no setor da saúde. Estas exigências resultam do aumento da incidência de doenças crónicas precursoras de incapacidade, do incremento do contingente de pessoas com dependência funcional, da presença de múltiplas patologias crónicas e da existência de doentes incuráveis em fases avançadas da doença. A RNCCI integra diferentes tipos de unidades e equipas, com o objetivo de promover a autonomia e melhoraria da funcionalidade da população em situação de dependência, atuando na prevenção, mitigação ou adiamento de incapacidades, bem como na promoção da qualidade de vida, almejando, assim, para uma sociedade mais justa e inclusiva.

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) representam unidades funcionais do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A sua missão primordial consiste em fornecer cuidados de saúde e suporte social no âmbito domiciliário a populações que se encontram em situação de dependência funcional, seja ela de carácter crónico ou temporário. Essas equipas têm como objetivo promover a reabilitação, a autonomia e a melhoria da qualidade de vida. Nesse contexto, garantem a oferta de cuidados médicos e de enfermagem no domicílio, com uma abordagem que abrange ações preventivas, curativas, reabilitadoras ou paliativas. Além disso, proporcionam cuidados de reabilitação, apoio psicossocial, educação para a saúde e assistência na satisfação das necessidades básicas, bem como no desempenho das atividades de vida diária. (Decreto-Lei n.º 101/2006)

A Portaria n.º 174/2014 define os critérios de elegibilidade para a inclusão de utentes neste tipo de cuidados. Nos termos do artigo 19.º do referido diploma, a referenciação para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é efetuada após encaminhamento por parte da Equipa de Gestão de Altas (EGA) dos hospitais ou das unidades funcionais, sendo posteriormente sujeita a avaliação pela Equipa de Coordenação Local. (Portaria n.º 174/2014)

No contexto desta unidade, o EEER intervém como gestor de caso, assumindo a responsabilidade pela avaliação inicial e pela operacionalização de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação. A sua intervenção assenta numa análise aprofundada da condição clínica da pessoa, da sua família bem como do ambiente que a envolve a implementação de planos de cuidados individualizados, com monitorização dos

resultados obtidos. Para tal, apoia-se nos referenciais teóricos da sua especialidade e recorre a instrumentos específicos para a recolha sistemática de dados necessários à avaliação. Paralelamente, identifica necessidades que extravasam o seu âmbito de intervenção e articula-se com a equipa multidisciplinar e outros parceiros da comunidade, assegurando uma abordagem integrada e centrada na pessoa. Esta metodologia de atuação exige que o EEER mobilize plenamente as suas competências em diferentes contextos clínicos, promovendo uma intervenção personalizada e orientando a equipa para uma atuação concertada, criando valor para a pessoa, para a sua família e para a sociedade.

Os processos de cuidados mais frequentemente identificados foram o neurológico vascular, o orto-traumatológico e o respiratório. Esta observação reflete, de forma consistente, o impacto considerável que as alterações nesses sistemas têm sobre a população em geral, evidenciando a sua relevância na prática clínica e na gestão de cuidados de saúde. Tendo em conta esta análise, os principais focos de atenção de enfermagem de reabilitação comprometidos identificados nesta comunidade foram: a espasticidade, o expetorar, a intolerância á atividade, o equilíbrio corporal comprometido, a limpeza das vias aéreas, a parésia, o movimento muscular diminuído, o andar com auxiliar de marcha, a rigidez articular, bem como a ventilação comprometida. Relacionado com estes focos foram delineadas e implementadas intervenções no domínio do conhecimento e da capacitação da pessoa e da sua família. (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Enquanto mestranda, o confronto inicial com este paradigma de cuidados em contexto comunitário constituiu, desde logo, um impulso para a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências diferenciadas, uma vez que, até ao momento, todo o meu percurso profissional decorreu exclusivamente em ambiente hospitalar.

Cada intervenção em contexto comunitário requer do EEER uma elevada capacidade de adaptação à realidade de cada pessoa, família, contexto e aos recursos disponíveis. Durante este estágio, confrontei-me com a existência de limitações ao nível dos recursos humanos, nomeadamente a escassez de EEER, bem como com dificuldades na gestão de recursos materiais, como a insuficiência de viaturas para as deslocações ao domicílio.

Para além disso, deparei-me com barreiras arquitetónicas nas habitações das pessoas a quem prestei cuidados, como espaços exíguos e inadequados às suas condições de saúde. Nestes cenários, a intervenção do EEER revelou-se essencial para o incremento de ganhos em saúde na população, através da implementação de programas de enfermagem de reabilitação. O desenvolvimento desta capacidade de adaptação e intervenção constituiu, assim, um dos principais desafios colocados ao EEER no âmbito da prática comunitária.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) abrange todas as fases do ciclo de vida, conforme assinalado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Este estágio permitiu-me o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas em situação de fim de vida, experiência que, além de representar um desafio significativo na aquisição de competências, se revelou profundamente gratificante a nível pessoal. Neste contexto particular, foi possível estabelecer relações terapêuticas significativas, geradoras de valor para todos os intervenientes, sendo que estas vivências permitiram que integrasse a importância da intervenção do EEER em áreas como o controlo da dor e o alívio do desconforto, dimensões essenciais nesta fase terminal da vida

A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) junto da pessoa e da sua família no âmbito comunitário requer um conhecimento aprofundado do contexto social, cultural e dos recursos existentes na comunidade. Durante o decorrer deste estágio, tive a oportunidade de colaborar com diversos parceiros comunitários, com o propósito de responder às necessidades identificadas e de contribuir para a realização dos projetos de vida das pessoas sob os meus cuidados.

A intervenção que desenvolvi junto de uma pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica marcou-me de forma particularmente significativa. Esta pessoa comunicava através da escrita num quadro, estratégia que, com a progressão da doença e a consequente perda de força nos membros superiores, começou a revelar-se insuficiente. Perante esta realidade, tornou-se necessária a articulação com a Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica (APELA), com o objetivo de encontrar uma alternativa que garantisse a continuidade da comunicação e da participação ativa desta pessoa, mesmo perante o

agravamento do seu estado clínico. Embora as respostas nem sempre tenham surgido com a celeridade desejada, o facto de termos antecipado esta limitação permitiu-nos preparar atempadamente os recursos necessários, assegurando que a perda dessa capacidade não compromettesse o seu envolvimento e expressão pessoal e consequentemente a sua autonomia e participação social.

O Relato de Caso intitulado “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do Equilíbrio Corporal” (Apêndice I) demonstra a importância de desenvolver planos de cuidados de enfermagem de reabilitação que sejam personalizados às especificidades de cada pessoa, exigindo a valorização das expectativas do próprio e da sua família, bem como uma intervenção no seu ambiente de modo a criar oportunidades que favoreçam melhorias em saúde. Assim, contribui-se para a maximização da funcionalidade da pessoa e para a sua participação ativa na sociedade.

Conforme anteriormente referido, o estágio profissionalizante teve lugar em duas instituições distintas: um Centro de Reabilitação (CR) situado na região de Lisboa e uma unidade de reabilitação respiratória (URR), reconhecida como centro de referência na área metropolitana de Lisboa.

O Centro de Reabilitação onde se realizou o estágio foi inaugurado na década de 1950, sob a responsabilidade da esfera social, com o objetivo de atender a duas necessidades essenciais: a reabilitação de pessoas com limitações motoras e a formação de profissionais especializados nesta área. Para alcançar este nível de diferenciação, os seus programas basearam-se em projetos internacionais de referência, destacando-se a colaboração com entidades de prestígio como o *World Rehabilitation Fund*.

Desde a sua criação até ao presente momento, esta instituição tem sido amplamente reconhecida como um centro de excelência na área da reabilitação. A sua equipa multidisciplinar é composta por diversos profissionais especializados, incluindo Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, Enfermeiros de Cuidados Gerais, Médicos Fisiatras, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala, Psicólogos Clínicos, Técnicos Ortoprotésicos, Educadores/Professores, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Animadores Socioculturais, bem como Médicos Especialistas em

Imagiologia, Neurologia, Neuropediatria e Ortopedia Infantil. A missão desta equipa consiste na elaboração de planos de reabilitação personalizados, organizados e orientados por objetivos específicos, sempre centrados nas necessidades reais de cada pessoa e da sua família.

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de conhecer e contactar com diferentes departamentos, nomeadamente o departamento de estudos urodinâmicos, os laboratórios de fisioterapia respiratória, o laboratório da marcha e o laboratório de realidade virtual aplicada à reabilitação.

O CR presta cuidados em regime de ambulatório e de internamento. A admissão dos utentes neste centro ocorre mediante referenciação por parte do Médico Fisiatra. Atualmente, a instituição dispõe de 134 camas, das quais 16 são destinadas à população pediátrica. As patologias mais prevalentes incluem as doenças neurológicas e as complicações decorrentes das mesmas, sequelas de politraumatismos graves, amputações de membros, deficiências congénitas e perturbações do desenvolvimento.

Este ensino clínico teve lugar, de forma específica, num serviço de internamento de reabilitação de adultos, com capacidade para 37 utentes, distribuídos por cinco salas de enfermaria, dois quartos duplos e três unidades habitacionais. A equipa de enfermagem deste serviço é composta por 19 profissionais a tempo integral, complementada por dois enfermeiros que atuam em regime de trabalho em tempo parcial. Dentre estes profissionais, dez são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), assegurando-se a presença de, pelo menos, um EEER em cada turno. As patologias mais frequentemente observadas incluem o AVC, os traumatismos cranioencefálicos e as doenças de natureza degenerativa.

Neste serviço encontram-se implementados projetos específicos em diversas áreas, diretamente relacionados com a intervenção do EEER, nomeadamente: avaliação da disfagia, capacitação dos cuidadores informais, intervenção dirigida à pessoa com traumatismo cranioencefálico, acompanhamento através de consultas de follow-up e reabilitação funcional respiratória.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume um papel crucial desde a admissão até ao momento da alta da pessoa. Para cada

peessoa, é designado um enfermeiro responsável que conduz uma primeira avaliação, desenvolve o plano de cuidados correspondente e participa, de forma colaborativa com a equipa interdisciplinar, nas reuniões destinadas à definição, acompanhamento e redefinição dos objetivos terapêuticos.

De forma sistemática, são estabelecidos momentos de reavaliação ao longo do percurso de cuidados. Sob uma perspetiva interdisciplinar, a avaliação da intervenção e dos progressos obtidos, fundamenta-se na utilização da Escala de Medida da Independência Funcional (MIF). A avaliação da pessoa, assim como a elaboração dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, baseiam-se no referencial teórico das Atividades de Vida de Nancy Roper. Esta abordagem encontra expressão na organização dos registos de enfermagem realizados pelos EEER nesta unidade.

Com o intuito de enriquecer o meu percurso formativo e adquirir um leque mais alargado de competências, tive a oportunidade de, durante uma semana, integrar a Unidade de Atividades de Vida Diária. Esta unidade terapêutica, inserida no CR, tem como objetivo principal proporcionar treino individualizado nas atividades de vida diária, bem como proceder à avaliação e orientação para a prescrição de produtos de apoio. Adicionalmente, presta aconselhamento a pessoas, familiares e cuidadores no que respeita às adaptações habitacionais necessárias à acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida. A equipa é constituída exclusivamente por EEER, que intervêm tanto com pessoas internadas no CR, como pessoas que já estão inseridas na comunidade, em regime ambulatorial.

Por razões de ordem organizacional vinculadas à gestão de recursos humanos, foi também possível exercer funções de prestação de cuidados em outra unidade de internamento de adultos do CR, cuja patologia predominante são os traumatismos vertebro-medulares.

Neste contexto particular, as intervenções de enfermagem de reabilitação focam-se na facilitação do máximo nível de autonomia da pessoa, com o objetivo de promover a sua participação ativa na sociedade.

Este propósito é alcançado por meio de intervenções direcionadas à adaptação às restrições decorrentes da incapacidade, com ênfase na preservação das necessidades

humanas essenciais, tais como a eliminação urinária e intestinal, a conservação da integridade da pele, a reabilitação da sexualidade e o fortalecimento da autonomia da pessoa. (Faleiros et al., 2021)

A Equipa de Enfermagem de Reabilitação é responsável por proceder à avaliação da funcionalidade, identificando eventuais alterações, desenvolver planos de intervenção específicos, implementar as ações planeadas, monitorizar os resultados obtidos. Concebe e aplica programas de treino com enfoque na satisfação das necessidades de vida diária. Tem ainda na sua esfera de intervenção a melhoria da mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa, contribuindo assim para a sua autonomia e integração na comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Alicerçado no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e no Guia de Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, e considerando a casuística analisada, os principais focos de intervenção em Enfermagem de Reabilitação que apresentaram maior relevância foram: Autocuidado Arranjar-se, Autocuidado Higiene, Equilíbrio Corporal, Movimento Muscular, Espasticidade e Transferir-se, Andar; Andar com Auxiliar de Marcha e Défice Sensorial.

No que concerne foco Autocuidado “Arranjar-se”, o EEER realiza a avaliação do conhecimento sobre dispositivos de adaptação para o autocuidado arranjar-se, ensinar sobre dispositivo auxiliar para este autocuidado, avalia a capacidade da pessoa para usar dispositivo auxiliar, instruir e treinar o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado arranjar-se. A eficácia das intervenções implementadas pode ser avaliada através de instrumentos como a Escala de Medição da Independência Funcional (MIF) e o Índice de Barthel, permitindo uma apreciação objetiva do progresso da pessoa nesta área.

No que se refere ao foco Autocuidado “Higiene Pessoal”, a intervenção da Equipa de Enfermagem de Reabilitação consiste na avaliação do nível de conhecimento da pessoa acerca dos dispositivos de adaptação destinados a facilitar este autocuidado, para além disso, procede à realização de ações de ensino e instrução sobre o uso de dispositivos auxiliares específicos. Por outro lado, a equipa avalia a capacidade da pessoa para manusear esses dispositivos, promovendo o treino necessário para a sua utilização

independente e segura. A avaliação dos resultados obtidos através destas intervenções é efetuada por meio de instrumentos padronizados, como a Escala de Medição da Independência Funcional (MIF) e o Índice de Barthel,

No âmbito do foco “Equilíbrio Corporal”, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desenvolve uma intervenção abrangente que inclui a avaliação das diferentes dimensões do equilíbrio, a aplicação de técnicas específicas de treino, bem como a monitorização contínua da evolução dos ganhos obtidos com a sua intervenção. Para além disso, avalia o conhecimento prévio da pessoa sobre estas técnicas, promovendo a sua educação e capacitação para a execução eficaz das mesmas. A sua atuação contempla ainda o ensino e o treino orientado de estratégias destinadas a melhorar o controlo postural. A eficácia do plano de cuidados implementado é analisada através de instrumentos validados, nomeadamente a Escala de Equilíbrio de Berg, o teste *Time Up and Go* e a Medida de Independência Funcional.

No que se refere ao foco “Movimento Muscular”, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) implementa intervenções específicas que incluem a realização de exercícios musculares e articulares nas modalidades passiva, ativo-assistida e ativo-resistida. Esta atuação é complementada pela monitorização da força muscular, nomeadamente através da utilização de dinamometria. O EEER procede ainda à avaliação do conhecimento do utente relativamente às técnicas de exercício, promovendo o seu ensino e treino dirigido. A eficácia das intervenções é aferida com recurso a instrumentos padronizados, como a Escala de Força Muscular do Medical Research Council e a avaliação dinamométrica.

Relativamente ao foco "Espasticidade", o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desenvolve intervenções terapêuticas específicas, nomeadamente através da aplicação de talas (Margaret Johnstone), da realização de técnicas de massagem, bem como da execução de exercícios musculares e articulares nas modalidades passiva e ativo-assistida. Implementa ainda estratégias de posicionamento em padrões inibitórios da espasticidade e promove a prática de técnicas de relaxamento. A avaliação da eficácia destas intervenções é realizada, entre outros instrumentos, através da aplicação da Escala de Ashworth.

Conforme anteriormente mencionado, o foco “Transferir-se” constitui igualmente uma área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Neste âmbito, o profissional procede à avaliação do conhecimento da pessoa sobre os dispositivos auxiliares e técnicas de adaptação necessárias para a realização segura das transferências. Avalia, igualmente, a capacidade funcional da pessoa para executar essas técnicas, proporcionando orientação, ensino e treino adequados. A monitorização da eficácia das intervenções é realizada com recurso a instrumentos validados, tais como a Escala de Equilíbrio de Berg, o teste *Time Up and Go (TUG)* e a Medida de Independência Funcional (MIF).

No que concerne ao foco de atenção em enfermagem de reabilitação “Défice Sensorial”, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), após proceder a uma avaliação detalhada da condição sensorial da pessoa, integra no seu plano de cuidados um conjunto de intervenções específicas. Estas incluem a aplicação de talas e de dispositivos auxiliares, a realização de técnicas de estimulação sensitiva e massagem, bem como o incentivo à perceção sensorial. O EEER informa e orienta a pessoa relativamente às técnicas de adaptação adequadas ao défice identificado, avaliando simultaneamente o seu conhecimento e a capacidade de utilização dessas estratégias. Além disso, promove o ensino e o treino prático das mesmas, de forma a favorecer a autonomia e a funcionalidade da pessoa assistida.

No âmbito do foco de atenção “Andar”, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) intervém através de uma abordagem sistemática que contempla a avaliação do conhecimento da pessoa sobre as técnicas de adaptação à marcha, o ensino dessas técnicas, bem como a análise da sua capacidade funcional para andar. Com base nesta avaliação, o EEER instrui e treina o utente na aplicação das estratégias adaptativas necessárias à deambulação. A eficácia das intervenções é monitorizada mediante a utilização de instrumentos validados, nomeadamente a Escala de Equilíbrio de Berg, o teste *Time Up and Go (TUG)* e a Medida de Independência Funcional (MIF).

Conforme previamente referido, este estágio possibilitou também a integração em contexto clínico numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR), bem como a experiência formativa num Centro de Referência para a Fibrose Quística, permitindo um contacto direto com práticas especializadas nestas áreas.

Segundo definição do Ministério da Saúde, um Centro de Referência é caracterizado como uma unidade, serviço ou departamento de saúde distinguido pela sua excelência na prestação de cuidados altamente diferenciados, sendo reconhecido pela especialização e competência técnica em áreas clínicas específicas.

Estes centros destacam-se em contextos clínicos que exigem a concentração de recursos técnicos e tecnológicos avançados, bem como elevado nível de conhecimento e experiência, justificados pela raridade da patologia, complexidade do diagnóstico ou tratamento e/ou pelos custos elevados envolvidos. Adicionalmente, dispõem de competência para promover formação pós-graduada e desenvolver investigação científica nas respetivas áreas de especialização. (Direção-Geral da Saúde, 2018)

Desde 2017, o Centro de Fibrose Quística encontra-se reconhecido pela Direção-Geral da Saúde (DGS) como Centro de Referência Nacional, conforme estabelecido no Despacho n.º 6669/2017, publicado em Diário da República. Esta distinção atesta a sua capacidade para prestar cuidados assistenciais abrangentes, integrados e inovadores a pessoas com fibrose quística. O serviço está acreditado segundo o Modelo Oficial de Certificação da Qualidade adotado pelo Ministério da Saúde (ACSA/DGS). Adicionalmente, o centro destinado ao acompanhamento de adultos possui, desde 2014, a certificação pela norma ISO 9001, atribuída pela *International Organization for Standardization* (Ministério da Saúde, 2017).

A Fibrose Quística (FQ) é uma patologia crónica de natureza hereditária, provocada por alterações no gene CFTR, que é o gene responsável por regular o transporte de sais e água nas células. O nome da patologia deriva do aspeto fibroso e quístico que se desenvolve, sobretudo, ao nível do pâncreas. Trata-se de uma das doenças genéticas mais comuns, embora a sua incidência varie consoante a localização geográfica. Estima-se que, a nível global, cerca de 7 milhões de pessoas sejam portadoras da mutação genética associada à FQ, estando aproximadamente 75.000 diagnosticadas com a doença. (Ministério da Saúde, 2017).

A equipa da URR e do Centro Especializado de Fibrose Quística de Adultos assegura a assistência a pessoa internadas e também em regime ambulatorial sendo constituída por dois pneumologistas, três EEER, uma dietista, uma assistente social, uma psicóloga

e uma assistente técnica. As patologias mais prevalentes neste contexto incluem a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a asma, a FQ, as bronquiectasias não FQ e a discinesia ciliar primária.

Os programas de reabilitação respiratória têm um impacto positivo na autonomia e na qualidade de vida relacionada com a saúde, pois contribuem para a recuperação e reintegração das pessoas na comunidade. Ao proporcionarem recursos para o manejo adequado das doenças crónicas, estes programas geram benefícios duradouros para todos os envolvidos. (Novo et al, 2021).

Com o objetivo de garantir o acesso aos cuidados de reabilitação e de potenciar a capacidade das pessoas para gerir a doença crónica e melhorar a adesão terapêutica, foram desenvolvidos programas de telerreabilitação respiratória e de telemonitorização, sempre que reunidas as condições logísticas e de segurança. Estas intervenções contaram com o apoio de dispositivos médicos, embora esta solução tecnológica esteja especialmente vocacionada para pessoas com FQ, a sua aplicação tem sido transversal a pessoas com outras patologias respiratórias, permitindo um acompanhamento contínuo e personalizado.

Durante o estágio, tive a oportunidade de desenvolver programas de reeducação funcional respiratória, técnicas de conservação de energia e de controlo da dispneia, treino de exercícios, bem como promover a educação da pessoa e/ou da sua família e a otimização do regime terapêutico. Os principais focos de enfermagem abordados incluíram o expetorar, a ventilação e a intolerância à atividade, tendo em vista a sintomatologia prevalente nas patologias respiratórias.

No contexto do foco **expetorar**, os diagnósticos de enfermagem relacionados à reabilitação identificados foram: expetoração ineficaz (grau elevado, moderado, e reduzido), potencial para melhorar o conhecimento sobre o uso de dispositivos auxiliares para expetoração, potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas respiratórias, potencial para aprimorar o conhecimento sobre a técnica da tosse, potencial para melhorar a capacidade de utilizar dispositivos auxiliares para expetorar, potencial para melhorar a capacidade de aplicar técnicas respiratórias, potencial para

melhorar a técnica de inaloterapia e potencial para melhorar a capacidade de utilizar a técnica da tosse.

No foco **ventilação**, os diagnósticos de enfermagem de reabilitação enunciados foram: ventilação ineficaz, ventilação comprometida, potencial para melhorar conhecimento sobre autocontrole do padrão respiratório, potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar de ventilação, potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento, potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias, potencial para melhorar capacidade para o autocontrole do padrão respiratório, potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar de ventilação, potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias e potencial para melhorar capacidade para usar técnica de posicionamento.

No foco **intolerância á atividade**, diagnósticos de enfermagem de reabilitação enunciados foram: intolerância á atividade, potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de conservação de energia, potencial para melhorar conhecimento sobre hábitos de exercício e potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de conservação de energia.

2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 – Análise de conceitos

Cada disciplina integra uma linguagem específica, uma forma própria de comunicar os fenómenos que estuda e a sua interpretação da realidade, desenvolvendo termos e conceitos. Alguns destes conceitos, devido ao seu valor interpretativo, explicativo e simbólico, assumem importância extrema dentro da disciplina, constituindo-se como elementos fundamentais para a definição do seu foco de interesse e da sua perspectiva particular, sendo peças fundamentais para a identificação da sua estrutura conceptual. Nesse sentido, os conceitos apresentam-se como elementos fundamentais numa disciplina desempenhando uma dupla função: por um lado, orientam o foco para o objetivo específico de um determinado campo do conhecimento, refletindo a sua perspectiva própria sobre a realidade; por outro, possibilitam a construção de narrativas que emergem dessa interpretação singular. (Queirós, 2014).

Importa então reconhecer e compreender os padrões de conhecimento em enfermagem: padrão empírico, padrão estético, padrão ético, padrão pessoal, uma vez que o fazer da enfermagem perante uma pessoa inserida no contexto único, transborda complexidade pressupondo a existência de habilidades e conhecimentos (Cestari, 2003).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), **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.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Contemplando o anteriormente descrito, segundo a Ordem dos Enfermeiros, existem quatro conceitos estruturantes na definição da profissão: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, sendo que as interações terapêuticas têm o objetivo de prevenir as limitações impostas por compromissos de saúde, assumindo igualmente um

papel facilitador na adaptação da pessoa às novas circunstâncias de saúde e aos eventos significativos da vida (Cardoso & Brito, 2024).

O **enfermeiro** é um profissional qualificado, detentor de um curso de enfermagem devidamente reconhecido por lei, ao qual foi concedido um título profissional que atesta a sua competência científica, técnica e humana. Esta qualificação permite-lhe prestar cuidados de enfermagem gerais á pessoa, à família, a grupos e à comunidade, abrangendo os diferentes níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A **Enfermagem de Reabilitação** representa uma área especializada da prática de enfermagem, orientada para a preservação e promoção do bem-estar, da qualidade de vida e da recuperação da funcionalidade da pessoa. Esta prática diferenciada centra-se na promoção do autocuidado, na prevenção de complicações e na otimização das capacidades individuais, contribuindo assim para uma maior autonomia e adaptação funcional (Sequeira & Néné, 2021).

O **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)** é responsável por conceber, implementar e monitorizar programas de reabilitação diferenciados, com o propósito de minimizar o impacto das incapacidades e potenciar a autonomia da pessoa, ao longo do seu percurso de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Além disso, sabendo que cada disciplina integra uma linguagem específica, com conceitos que sustentam a sua identidade e fundamentam a sua prática, no campo da enfermagem, os conceitos estruturantes incluem saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, servindo de base para a atuação profissional. Dentro da enfermagem de reabilitação, é essencial compreender as dimensões da funcionalidade, incapacidade e adaptação às novas condições de vida, especialmente no contexto de doenças incapacitantes como o AVC.

Um dos conceitos centrais na reabilitação é o de **autocuidado**, conforme descrito na teoria de Dorothea Orem. Orem (2001) define autocuidado como a prática de atividades que os indivíduos realizam por si mesmos para manter a sua saúde e bem-estar e, no contexto da reabilitação, o déficit de autocuidado ocorre quando uma pessoa não

consegue desempenhar essas atividades de forma independente, exigindo intervenções de enfermagem para suprir ou apoiar essa necessidade (Orem, 2001). A enfermagem de reabilitação atua na capacitação da pessoa para recuperar o máximo de independência possível, promovendo estratégias adaptativas e de compensação para atividades de vida diária (Sequeira & Néné, 2021).

Outro conceito fundamental na reabilitação neurológica é o de **neuroplasticidade**, que se refere à capacidade do sistema nervoso central de reorganizar as suas conexões em resposta a estímulos, permitindo a recuperação de funções comprometidas (Kleim & Jones, 2008). Esse princípio justifica a aplicação de programas de reabilitação precoce e intensiva, como o treino de marcha assistido e a terapia de movimento induzido por restrição, visando a recuperação motora e funcional após o AVC (Langhorne et al., 2020).

A **incapacidade**, outro conceito fundamental, é referida pela Organização Mundial da Saúde como um termo abrangente que inclui deficiências, limitações de atividade e restrições na participação social, resultantes de condições de saúde e do ambiente em que a pessoa está inserida (WHO, 2001). Segundo a com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a incapacidade ocorre quando há uma diminuição na capacidade de realizar atividades consideradas essenciais para a vida diária, podendo ser influenciada por fatores físicos, psicológicos e sociais (WHO, 2001).

A capacidade funcional e a qualidade de vida elementos de mensuração do processo de reabilitação, sendo que a capacidade funcional se refere à aptidão da pessoa para realizar atividades do dia a dia, enquanto a qualidade de vida está interligada com o bem-estar físico, psicológico e social (WHO, 2001). Segundo Verbrugge e Jette (1994), a incapacidade é um processo dinâmico que resulta da relação entre os condicionantes de saúde e elementos relacionados com o contexto, sendo a enfermagem de reabilitação um elemento essencial para minimizar as suas consequências e maximizar a autonomia da pessoa.

Para estruturar o cuidado em enfermagem de reabilitação, utilizam-se instrumentos, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), sugerida pela Organização Mundial da Saúde. Esse modelo adota uma abordagem biopsicossocial, considerando a funcionalidade e a incapacidade como resultado da

interação entre fatores de saúde e ambientais (WHO, 2001), sendo que esta visão amplia a compreensão do impacto das limitações impostas pelo AVC e direciona estratégias terapêuticas para além da recuperação física, incluindo aspetos emocionais e sociais. Especificamente no contexto da reabilitação da marcha, o AVC frequentemente leva a alterações significativas no padrão locomotor, como hemiparesia e espasticidade, resultando em dificuldades na mobilidade e risco aumentado de quedas (Olney & Richards, 1996). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha uma intervenção preponderante na implementação de estratégias para a recuperação da marcha, como o treino de marcha com suporte de peso, a estimulação funcional elétrica e exercícios terapêuticos específicos (Kwakkel et al., 2004).

Dessa forma, a enfermagem de reabilitação fundamenta-se em conceitos que abrangem desde a compreensão da funcionalidade e incapacidade até a aplicação de intervenções baseadas na neuroplasticidade e na recuperação da marcha. O conhecimento desses conceitos permite ao enfermeiro especialista promover cuidados mais eficazes, direcionados promoção da independência e qualidade de vida dos pacientes acometidos por AVC.

2.2 - Referenciais Teóricos

É consensual que o exercício profissional da Enfermagem de Reabilitação deve estar sustentado em referenciais teóricos que orientem a prática clínica e promovam a fundamentação científica da intervenção (Martins et al., 2018). Segundo Queirós e colaboradores (2014), citando Barrett (2002), a ciência de enfermagem, quando comparada com outras áreas científicas, encontra-se ainda numa fase embrionária de desenvolvimento. Trata-se, no entanto, de um campo de conhecimento autónomo, centrado na interação entre o ser humano, o universo e a saúde. Este saber é estruturado através de teorias e modelos próprios da enfermagem, com o objetivo de compreender a essência do cuidar e aplicá-la em benefício do bem-estar humano (Queirós et al., 2014).

Contudo, é importante reconhecer que nenhuma perspectiva teórica, isoladamente, consegue abranger na totalidade os cuidados de enfermagem ou captar, de forma plena,

a complexidade das experiências vividas pelas pessoas que necessitam de cuidados especializados. De igual modo, a adoção exclusiva de uma única abordagem teórica revela-se insuficiente para sustentar investigações abrangentes no domínio da enfermagem, exigindo-se, por isso, uma integração reflexiva e crítica de diferentes referenciais teóricos. (José & Sousa, 2021; Charape, 2024).

É com base na avaliação inicial da pessoa que o Enfermeiro define o referencial teórico mais adequado para sustentar o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções de enfermagem, garantindo uma prática fundamentada e centrada nas necessidades individuais. (Charape, 2024).

A Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem, constituiu o principal referencial teórico que sustentou a minha prática clínica enquanto mestranda. Contudo, face às transições inerentes ao processo de adaptação à incapacidade, tornou-se necessário mobilizar também conceitos da Teoria das Transições, de Afaf Meleis, com o intuito de melhor enquadrar e intervir nas mudanças vivenciadas pelas pessoas ao longo do percurso de cuidados.

2.2.1 - Teoria das Transições de Afaf Meleis no Paradigma da Transformação

A Teoria das Transições, proposta por Afaf Meleis, constitui um referencial teórico amplamente utilizado em enfermagem, ao proporcionar uma compreensão aprofundada dos processos de mudança vivenciados pelas pessoas, famílias e comunidades ao longo do ciclo de vida. Meleis e colaboradores (2000) descrevem a transição como um processo multidimensional que envolve a passagem de um estado, condição ou situação para outro, sendo que esse processo pode ser desencadeado por eventos de vida, como doenças, hospitalizações, mudanças no papel social ou transições de desenvolvimento. A teoria tem sido fundamental para a prática da enfermagem, pois auxilia na identificação das necessidades das pessoas e no planeamento de intervenções que promovam adaptações saudáveis.

Segundo Meleis (2010), a transição é um processo de mudança nas condições, papéis, ou circunstâncias de uma pessoa que afeta seu estado de saúde e bem-estar, envolvendo um processo de adaptação contínuo, que decorre no contínuo de tempo e pode ser

influenciado por fatores individuais e contextuais, como apoio social e recursos disponíveis. A transição é entendida como um desenvolvimento dinâmico que inclui uma série de fases e pode ocorrer em diversos contextos, incluindo saúde, desenvolvimento e mudanças de vida, como o envelhecimento ou a recuperação de doenças (Meleis, 2010),

Portanto, dentro da perspectiva da transformação, Meleis (2010) enfatiza que as transições não são apenas momentos de passagem, mas representam oportunidades para mudanças significativas na identidade, nos papéis sociais e na funcionalidade da pessoa. A transformação ocorre quando o indivíduo não apenas se adapta a uma nova condição, mas também ressignifica a sua experiência e desenvolve novas habilidades e perspectivas. Essa abordagem está alinhada com o paradigma da transformação na enfermagem, que considera os processos de cuidado como agentes de mudança na vida das pessoas (Meleis, 2016). A transição pode ser classificada em diferentes tipos, incluindo transições de saúde/doença, transições de desenvolvimento, transições situacionais e transições organizacionais (Meleis et al., 2000). No contexto da enfermagem de reabilitação, as transições de saúde/doença são particularmente relevantes, pois abrangem mudanças relacionadas a condições clínicas, como o acidente vascular cerebral (AVC), que pode resultar em comprometimentos motores e funcionais, que surgem de forma abrupta. A literatura destaca que enfermeiros desempenham um papel fundamental ao facilitar essas transições, promovendo intervenções que auxiliam na adaptação e no ganho de autonomia da pessoa (Im, 2011).

Um dos principais conceitos da Teoria das Transições é o de indicadores do processo e dos resultados da transição, sendo que esses indicadores incluem a consciência da pessoa sobre a sua nova condição, o nível de envolvimento com o processo de mudança, a modificação no repertório de habilidades e a incorporação de novos comportamentos na vida quotidiana (Meleis, 2010). Quando esses indicadores não são atendidos adequadamente, há um risco maior de transições mal adaptadas, o que pode levar a complicações emocionais, sociais e físicas.

No contexto da enfermagem de reabilitação, a Teoria das Transições fornece um alicerce crucial para na abordagem a pessoas com doenças crônicas ou lesões incapacitantes, onde algumas pesquisas indicam que enfermeiros especializados em reabilitação

desempenham um papel crucial na facilitação da transição para a nova situação de vida, apoiando a pessoa a reconstruir sua identidade e funcionalidade por meio de estratégias terapêuticas e educacionais (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000).

A aplicação da teoria na prática exige uma abordagem holística, que considere os aspectos físicos, mas também os fatores emocionais, sociais e espirituais envolvidos na transição. Segundo Schumacher e Meleis (1994), a transição bem-sucedida está associada ao suporte adequado, ao empoderamento da pessoa e à presença de recursos que facilitem a adaptação. No caso de pacientes com AVC, por exemplo, um suporte estruturado pode fazer a diferença na recuperação da mobilidade e na reintegração social.

Outro ponto fundamental na teoria é a relevância da intervenção do Enfermeiro como promotor da transição. Meleis (2016) destaca que os enfermeiros devem atuar como guias durante o processo de mudança, fornecendo informações, apoio emocional e intervenções baseadas em evidências para otimizar a adaptação da pessoa, sendo que essa intervenção é essencial no processo de reabilitação, pois ajuda a diminuir as consequências das limitações e maximizar a independência funcional da pessoa.

A transição também está fortemente ligada à identidade e ao papel social da pessoa. Segundo Im (2011), eventos de saúde que resultam em incapacidades podem gerar sentimentos de perda de identidade e de papel social, o que afeta significativamente o bem-estar emocional e, dessa forma, os enfermeiros devem estar atentos não apenas aos aspectos físicos da transição, mas também às mudanças psicológicas e sociais que acompanham esse processo.

Em síntese, a Teoria das Transições de Meleis, dentro do paradigma da transformação, fornece um modelo valioso para compreender e intervir nos processos de mudança vivenciados pela pessoa. No contexto da enfermagem de reabilitação, a teoria permite uma abordagem mais sensível e centrada na pessoa, promovendo uma recuperação mais eficaz e significativa pois, o enfermeiro, ao reconhecer os desafios e potencialidades inerentes às transições, pode atuar ativamente para facilitar a adaptação e contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

2.2.2 - Paradigma da Integração e a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem

A Teoria do Déficit de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, constitui-se como uma das principais teorias da enfermagem e posiciona-se no paradigma da integração, sendo que este paradigma enfatiza a interação entre os sistemas biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo, destacando a importância da interdependência entre a pessoa e o Enfermeiro (Fawcett, 2005). A teoria de Orem foca-se no conceito de autocuidado, que se refere às práticas realizadas pelos indivíduos para manter sua saúde e bem-estar. No entanto, quando há uma limitação na capacidade de realizar esse autocuidado, ocorre o déficit de autocuidado, situação em que a enfermagem se torna essencial para suprir essa lacuna (Orem, 2001).

Dentro do paradigma da integração, esta teoria propõe que a enfermagem tem um papel ativo e complementar no cuidado à pessoa, promovendo intervenções que auxiliem no restabelecimento da capacidade de autocuidado (Taylor & Renpenning, 2011). Esse paradigma destaca a necessidade de compreender a pessoa como um ser global, cujas necessidades físicas, emocionais e sociais devem ser abordadas de maneira integrada. Assim, a enfermagem não apenas executa ações para compensar as limitações do indivíduo, mas também busca capacitá-lo para retomar a sua independência.

A teoria de Orem tem no seu cerne 3 conceitos principais: autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem (Orem, 2001). O **autocuidado** designa uma forma de preservar a saúde e gerir a doença. Trata-se de um processo inato ou aprendido que permite que a pessoa adquira capacidade de tomada de iniciativa, responsabilidade e eficácia na potenciação da sua própria saúde, nomeadamente nos processos de saúde-doença, no qual se pretende que a pessoa integre atitudes terapêuticas negociadas com os enfermeiros, no sentido de este alcançar uma gestão eficaz da sua doença (Petronilho, 2012). O **déficit de autocuidado** ocorre quando um indivíduo, devido a limitações físicas, cognitivas ou emocionais, não consegue realizar de maneira eficaz as atividades necessárias para sua saúde e bem-estar (Orem, 2001), sendo que esse déficit pode ser causado por doenças agudas, condições crônicas, incapacidades ou processos de envelhecimento. Nessas situações, a enfermagem torna-se essencial para suprir as necessidades da pessoa, auxiliando-a a recuperar sua capacidade de autocuidado ou adaptando os cuidados às suas condições individuais. (Langhorne et al., 2020).

Um dos aspetos fundamentais da teoria é a ideia de que a enfermagem deve atuar de maneira individualizada, contemplando o nível de incapacidade de cada pessoa. Os **sistemas de enfermagem** representam as diferentes formas de assistência prestadas pelos enfermeiros, que variam conforme o grau de dependência da pessoa (Orem, 2001), sendo que existem três tipos principais de sistemas: o **sistema totalmente compensatório**, no qual o profissional assume a totalidade das funções de cuidado devido à total incapacidade da pessoa; o **sistema parcialmente compensatório**, no qual enfermeiro e pessoa partilham as responsabilidades do cuidado; e o **sistema de apoio-educação**, onde o enfermeiro atua como orientador, fornecendo instruções para que a pessoa desenvolva habilidades e reassuma a sua autonomia.

A Teoria do Défice do Autocuidado evidencia-se na Enfermagem de Reabilitação pela sua relevância ao ser utilizada como referencial para promover o autocuidado, em situações em que a capacidade individual está comprometida devido a condições de saúde. O seu objetivo central é ajudar as pessoas a alcançar a maior independência funcional possível, atuando na satisfação de necessidades essenciais.

Em pessoas com acidente vascular cerebral (AVC), lesões medulares, doenças neurodegenerativas e outras condições incapacitantes, esta teoria é bastante utilizada, dado que estas pessoas frequentemente apresentam dificuldades na concretização de atividades de vida diária essenciais tais como a alimentação, a higiene e a locomoção e, dessa forma, o enfermeiro atua como um facilitador do processo de recuperação, promovendo intervenções que auxiliem na readaptação do paciente à sua nova realidade (Renpenning & Taylor, 2011).

Aqui, entra a restauração da **independência**, que implica o envolvimento ativo e a motivação para o seu projeto de reabilitação. Esta teoria explana 5 métodos de ajuda fundamentais: agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, oferecer suporte físico e emocional e manter um ambiente educativo e propício ao envolvimento individual (Alligood 2002):

- **Agir ou fazer pela pessoa:** está diretamente relacionado ao sistema totalmente compensatório de Orem, no qual o enfermeiro assume a responsabilidade pelo autocuidado da pessoa devido à sua incapacidade total de realizar atividades essenciais. Essa abordagem é comum em pessoas em situação crítica, pós-

operatórios ou com limitações severas, como aqueles que sofreram um AVC grave e perderam a capacidade de movimentação ou comunicação (Orem, 2001);

- **Guiar e orientar:** observa-se a transição para o sistema parcialmente compensatório, onde o enfermeiro não executa todas as ações, mas orienta e auxilia a pessoa na concretização das atividades. Este método é essencial na reabilitação, pois permite que a pessoa recupere progressivamente sua autonomia enquanto recebe suporte para evitar erros ou frustrações no processo (Denyes, Orem & Bekel, 2001);
- **Oferecer suporte físico e emocional:** o suporte físico pode envolver assistência direta nas atividades da vida diária, como alimentação e higiene, enquanto o suporte emocional é essencial para fortalecer a motivação da pessoa. Segundo Orem (2001), a restauração da independência não se dá apenas no âmbito físico, mas também no psicológico e social e, assim, enfermeiros que oferecem suporte emocional reduzem a ansiedade e promovem um ambiente favorável ao engajamento da pessoa na reabilitação;
- **Manter um ambiente educativo:** está fortemente vinculado ao sistema de apoio-educação referido nesta teoria, no qual o enfermeiro atua como facilitador da aprendizagem, ajudando a pessoa a desenvolver habilidades de autocuidado (Orem, 2001), onde educação em saúde é essencial para que a pessoa compreenda sua condição, saiba como ultrapassar as limitações e adquira estratégias para evitar complicações futuras;
- **Criar um ambiente propício ao envolvimento individual:** o ambiente em que a pessoa está integrada influencia diretamente a sua capacidade de autocuidado. Orem (2001) destaca que a presença de um ambiente seguro, acessível e estimulante melhora significativamente a recuperação, sendo que a adaptação do ambiente, como a remoção de barreiras físicas e a introdução de tecnologias assistidas, permite que o paciente tenha mais controle sobre o seu próprio cuidado, reforçando a sua autonomia.

Os cinco métodos de ajuda mencionados por Alligood (2002) complementam os sistemas de enfermagem descritos por Orem (2001), mostrando que a transição entre a dependência total e a independência é passível de ser facilitada por abordagens

progressivas e integradas. O papel do enfermeiro é identificar qual método de ajuda é mais adequado para cada pessoa, em cada fase do processo de reabilitação, promovendo um cuidado personalizado e centrado.

No paradigma da integração, a relação entre enfermeiro e a pessoa é vista como uma parceria, onde o enfermeiro não apenas presta cuidados, mas também capacita a pessoa a assumir gradativamente a sua independência. Segundo Denyes, Orem e Bekel (2001), o objetivo final da enfermagem é empoderar a pessoa para que ele possa gerir a sua própria saúde dentro das suas possibilidades, sendo que esse aspeto é essencial na reabilitação, pois a recuperação funcional depende, em grande parte, do envolvimento ativo da pessoa no processo terapêutico.

A evidência científica destaca que a utilização da Teoria do Défice do Autocuidado em contextos clínicos contribui de forma significativa para a melhoria dos resultados alcançados na prática assistencial, onde estudos mostram que intervenções baseadas nessa teoria aumentam a adesão ao tratamento, reduzem complicações associadas a condições crónicas e promovem maior qualidade de vida (Taylor & Renpenning, 2011). Isso ocorre porque a abordagem integrada possibilita à pessoa o desenvolvimento de estratégias para gerir as suas limitações e, ao mesmo tempo, recebe o suporte necessário dos profissionais de saúde. Outro aspeto relevante da teoria é a importância do suporte familiar e comunitário que, de acordo com Orem (2001), o autocuidado não ocorre isoladamente, mas sim dentro de um contexto social. Assim, os enfermeiros devem incluir a família e outros cuidadores no plano de cuidados, capacitando-os para auxiliar a pessoa de forma eficaz, dado que esse suporte é essencial para garantir a continuidade dos cuidados.

Por fim, a Teoria do Défice do Autocuidado, dentro do paradigma da integração, reforça a importância de uma abordagem holística e colaborativa no cuidado à pessoa. Ao considerar a interação entre os diferentes aspetos da vida da pessoa, a teoria possibilita a implementação de estratégias mais eficazes para a promoção da saúde e da independência funcional. No contexto desta área de especialização, a sua aplicação revela-se ainda mais importante, pois permite que os profissionais ajustem as suas intervenções em função das necessidades específicas de cada pessoa, contribuindo um cuidado mais humanizado e eficaz.

2.3 - A Problemática do AVC

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa uma das principais etiologias de incapacidade a nível global, afetando a qualidade de vida dos sobreviventes e gerando um impacto significativo nos sistemas de saúde (Feigin et al., 2021). O Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocorre quando se verifica uma interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro, resultando em déficit neurológico focal ou global (Sacco et al., 2013), sendo que a implementação de intervenções de caráter reabilitativo, instituídas de forma precoce é fundamental para minimizar as consequências deste evento e promover a restituição da capacidade funcional (Langhorne et al., 2020).

Este é um dos principais fatores responsáveis por morte e incapacidade a nível mundial, onde as estimativas apontam para cerca de 12,2 milhões de casos novos por ano (Feigin et al., 2021), sendo que em Portugal permanece como a principal causa de morte e de incapacidade adquirida na população adulta. (Portugal, Direção-Geral da Saúde, 2020; Lotufo, 2017). A incidência e a mortalidade por AVC têm diminuído em países desenvolvidos devido a melhorias na prevenção e no tratamento agudo, mas continuam elevadas em países de baixo e médio desenvolvimento (Feigin et al., 2017).

As manifestações clínicas do AVC diferem conforme a região do cérebro que é comprometida. Os sintomas mais comuns incluem déficit motor unilateral (hemiparesia ou hemiplegia), alterações na fala (afasia), déficits sensoriais e alterações cognitivas (Powers et al., 2019). Além disso, o AVC pode causar o comprometimento do andar e do equilíbrio, potenciando o risco de quedas e prejudicando a mobilidade funcional (Verheyden et al., 2011). Por sua vez, o diagnóstico do AVC é baseado em critérios clínicos e exames complementares, incluindo tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), que ajudam a diferenciar entre AVC isquémico e hemorrágico (Wardlaw et al., 2015). A escala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) facilita a avaliação da gravidade do AVC. (Adams et al., 1999).

O tratamento AVC varia conforme a sua etiologia, sendo distinto entre as abordagens destinadas ao AVC isquémico e aquelas aplicáveis ao AVC hemorrágico. O AVC isquémico, que corresponde à maioria dos casos, é tratado inicialmente com trombólise intravenosa, utilizando o ativador do plasminogénio tecidual (rtPA), desde que

administrado dentro de uma janela terapêutica de até 4,5 horas após o início dos sintomas (Powers et al., 2019). Para pessoas com oclusão de grandes vasos, a trombectomia mecânica é recomendada até 24 horas após o evento, especialmente se houver evidência de tecido cerebral viável na perfusão cerebral (Albers et al., 2018). Além disso, medidas secundárias, como o controlo rigoroso da pressão arterial, o recurso à administração fármacos, tais como, antiagregantes plaquetários e estatinas, e a anticoagulantes em casos de fibrilação auricular, são essenciais para reduzir o risco de recorrência (Hankey, 2017).

No caso do AVC hemorrágico, o tratamento envolve o controlo da pressão arterial para minimizar a progressão da hemorragia, o manuseamento dos distúrbios da coagulação e, em alguns casos, a intervenção neurocirúrgica para drenagem do hematoma ou correção de malformações vasculares subjacentes (Hemphill et al., 2015). A monitorização em unidades de cuidados intensivos pode ser necessária para prevenir complicações como hipertensão intracraniana e hidrocefalia.

Após a fase aguda, a reabilitação precoce torna-se um pilar fundamental do tratamento, visando a recuperação funcional e a capacitação das pessoas no que respeita às atividades de vida diária. A abordagem multidisciplinar inclui fisioterapia, para a recuperação da mobilidade e do equilíbrio; terapia ocupacional, para reeducação das atividades de vida diária; e fonoaudiologia, para reabilitação da fala e da deglutição. Intervenção do EEER revela-se essencial na mitigação de possíveis complicações secundárias, na promoção do autocuidado, bem como, na adaptação psicossocial da pessoa e da família (Sequeira & Néné, 2021), onde estratégias como a terapia de movimento induzido por restrição (CIMT), a estimulação elétrica funcional (FES) e o treino de marcha assistido por dispositivos robóticos são cada vez mais utilizadas para otimizar os resultados obtidos no que respeita à reabilitação funcional e melhorar a qualidade de vida daqueles que sobrevivem a este tipo de eventos (Mehrholtz et al., 2017).

Assim, a enfermagem de reabilitação constitui uma área de intervenção especializada no âmbito da enfermagem, centrando-se na preservação e potenciação do bem-estar, na qualidade de vida e na recuperação da capacidade funcional, dado que se foca na

capacitação para autocuidado, na mitigação de complicações e na otimização das capacidades individuais da pessoa (Sequeira e Néné, 2021). O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de intervenção diferenciados com o objetivo de limitar o impacto das incapacidades (Ordem os Enfermeiros, 2015).

2.3.1 - Fisiopatologia do AVC

A fisiopatologia do AVC varia conforme sua etiologia, sendo classificada em AVC isquémico e AVC hemorrágico, ambos resultando numa disfunção neurológica devido à interrupção do fluxo sanguíneo cerebral ou ao extravasamento de sangue no tecido encefálico (Hankey, 2017).

O AVC isquémico, responsável por aproximadamente 85% dos casos, ocorre devido à obstrução de uma artéria cerebral, levando à redução ou cessação do suprimento sanguíneo e, conseqüentemente, à privação de oxigénio e glicose nos neurónios da área afetada. Esse processo desencadeia uma cascata isquémica, caracterizada por uma diversidade de eventos patológicos, incluindo falência energética, despolarização neuronal, aumento do cálcio intracelular, excitotoxicidade mediada pelo glutamato e ativação de vias inflamatórias e apoptóticas (Dirnagl et al., 1999). Além disso, ocorre a formação de um núcleo central de necrose, rodeado por uma zona de penumbra isquémica, onde as células ainda podem ser recuperadas caso a reperfusão ocorra em tempo hábil (Baron, 2001). A aterosclerose, a cardiopatia embólica e a microangiopatia cerebral estão entre as principais causas do AVC isquémico, sendo a fibrilação auricular um fator de risco importante para eventos cardioembólicos (O'Donnell et al., 2016).

O AVC hemorrágico, responsável por aproximadamente 15% dos casos, acontece devido à rutura de um vaso sanguíneo intracraniano, resultando na libertação de sangue para o parênquima cerebral ou para o espaço subaracnoide (van Asch et al., 2010). Esse processo leva a um efeito de massa, aumento da pressão intracraniana, disfunção da barreira hematoencefálica e toxicidade dos produtos de degradação do sangue, contribuindo para a morte neuronal e a expansão do hematoma (Keep et al., 2012). A hipertensão arterial crónica é o fator de risco com maior relevância para hemorragia intracerebral espontânea, enquanto aneurismas e malformações arteriovenosas são as principais causas da hemorragia subaracnoide (Cordonnier et al., 2018).

Independentemente do tipo de AVC, a neuroinflamação e a disfunção da barreira hematoencefálica desempenham papéis centrais na progressão do dano cerebral, contribuindo para edema citotóxico e vasogénio, que exacerbam o comprometimento neurológico (Iadecola & Anrather, 2011). A compreensão desses mecanismos fisiopatológicos tem sido fundamental para o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, visando a neuroprotecção e a recuperação funcional pós-AVC.

2.3.2 - AVC na Atualidade

Conforme previamente referido, AVC é considerado uma patologia de origem cardiovascular, decorrente da interrupção do fluxo sanguíneo dirigido ao cérebro. Esta interrupção compromete parcial ou totalmente o fornecimento de oxigénio e nutrientes essenciais, resultando em lesões ao tecido cerebral" (Organização Mundial da Saúde, 2005).

De acordo com a informação estatística do estudo *Global Burden of Disease* de 2019, verificam-se cerca de 12,2 milhões de novos casos AVC em todo o mundo. Esta patologia foi identificada como a segunda principal causa de mortalidade global e a terceira quando se considera a combinação entre morte e incapacidade. A nível mundial, a prevalência atingiu os 101 milhões de casos, resultando em aproximadamente 143 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), indicador que reflete a quantidade de anos de vida saudável perdidos em resultado de morte prematura e de vivência com incapacidade. (Feigin et al., 2021).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) continua a constituir a principal causa de morte em Portugal, representando uma preocupação significativa no domínio da saúde pública. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), em 2022 registaram-se 9.616 óbitos por AVC, o que equivale a 7,7% do total de mortes entre os residentes no país.

A taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares foi de 92,1 por 100.000 habitantes, o que, apesar de representar uma ligeira redução face ao ano anterior, evidencia a persistência de um elevado impacto destas patologias na população

portuguesa. Estes números confirmam a relevância de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e reabilitação eficaz, com vista à redução da mortalidade e da incapacidade associadas ao AVC. (Instituto Nacional de Estatística, 2024).

A European Stroke Organization (ESO), no seu Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030, destaca as significativas desigualdades existentes no acesso a programas de reabilitação para pessoas que sofreram um AVC, em diferentes países europeus. Este plano estabelece como metas prioritárias a serem alcançadas até 2030, que pelo menos 90% da população tenha acesso a reabilitação precoce em unidades especializadas (unidades de AVC), e que pelo menos 20% dos sobreviventes de AVC beneficiem de altas precoces com apoio estruturado. Adicionalmente, recomenda-se que todos os sobreviventes de AVC tenham acesso a programas de exercício físico adaptado, bem como a um plano documentado de reabilitação na comunidade e de apoio ao autocuidado, sobretudo para aqueles que, no momento da alta hospitalar, ainda apresentam limitações funcionais. A ESO sublinha ainda a importância de garantir a todos os doentes e respetivos cuidadores uma reavaliação sistemática das necessidades de reabilitação e de outros cuidados, a realizar entre três a seis meses após o evento e, posteriormente, de forma anual (European Stroke Organization, 2019).

Em 2020, a Direção-Geral da Saúde (DGS) implementou o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, com o objetivo de reduzir o risco cardiovascular por meio da gestão eficaz dos fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial e a dislipidemia. Este programa contempla ainda a garantia da aplicação de terapêuticas adequadas em situações de emergência, como o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), promovendo, para tal, a articulação entre diferentes instituições na operacionalização das Vias Verdes. Paralelamente, pretende-se otimizar a resposta do sistema de emergência pré-hospitalar (INEM), com vista à redução da mortalidade ocorrida antes da admissão hospitalar (Direção-Geral da Saúde, 2024).

De facto, as sequelas resultantes do AVC comprometem significativamente a autonomia e a funcionalidade da pessoa, tornando-a dependente de terceiros para a realização das atividades diárias, sendo que a extensão dessa incapacidade está diretamente relacionada ao número e à gravidade das comorbidades associadas, que podem

restringir a participação ativa da pessoa no seu quotidiano. Num estudo conduzido com 487 indivíduos que sofreram AVC, verificou-se que cerca de metade apresentou fraqueza nos membros inferiores, o que impacta diretamente a mobilidade e a capacidade de locomoção (Louie et al., 2022). Além disso, aproximadamente 50% das pessoas acometidas pelo AVC enfrentam dificuldades no equilíbrio, fator determinante para a independência na marcha. Essas alterações refletem-se na redução da velocidade ao caminhar, aumentando consideravelmente o risco de quedas (Khan & Chevidikunnan, 2021; Balaban & Tok, 2014). Dados da literatura indicam que, após seis meses do evento, cerca de um terço dos sobreviventes ainda não consegue caminhar de forma independente (Corbetta et al., 2015; Frontera et al., 2019).

A limitação motora é um dos principais fatores que prejudicam o desempenho nas atividades da vida diária, tornando indispensável a implementação de programas de reabilitação personalizados, com foco na recuperação da funcionalidade (Frontera et al., 2019; Gittins et al., 2021). Para otimizar a recuperação neuromotora, é fundamental que a reabilitação seja iniciada precocemente, idealmente nos primeiros três a seis meses após o AVC, período em que a plasticidade cerebral está mais ativa e a regeneração neuronal pode ser potencializada (Frontera et al., 2019).

2.4 - Andar Comprometido

O **Andar Comprometido** é uma das complicações com maior prevalência após um AVC, afetando significativamente a independência funcional e a qualidade de vida dos sobreviventes (Verma et al., 2021). As dificuldades na locomoção resultam de déficits motores, sensoriais e de equilíbrio, sendo que a hemiparesia – fraqueza de um lado do corpo – representa uma das principais causas da limitação na marcha. (Olney & Richards, 1996), onde alguns estudos indicam que aproximadamente 50% dos indivíduos que sofreram AVC apresentam alterações no equilíbrio e na estabilidade postural, dificultando a capacidade de caminhar com segurança (Khan & Chevidikunnan, 2021; Balaban & Tok, 2014).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o termo andar diz respeito à habilidade da pessoa de se deslocar, ou seja, mover o corpo de um local para outro, utilizando as pernas de forma sequencial. Esta habilidade envolve a capacidade de sustentar o peso corporal e executar uma marcha funcional, com velocidades que podem variar entre lenta e moderada. (ICN, 2011). Na ontologia da prática de enfermagem, andar é concretizado como a capacidade de “mover-se através da marcha” (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Entre as principais características da marcha comprometida em sobreviventes de AVC, destacam-se a redução da velocidade da marcha, a diminuição do comprimento do passo, a assimetria na distribuição do peso corporal, além de padrões compensatórios, como a elevação exagerada do quadril e a rotação externa do membro inferior afetado (Verma et al., 2021; Wonsetler & Bowden, 2017). Essas alterações resultam em menor eficiência biomecânica e maior gasto energético, tornando a locomoção mais cansativa e menos eficaz (Patterson et al., 2010).

As alterações no padrão da marcha podem implicar uma limitação significativa da autonomia individual, traduzindo-se numa redução da qualidade de vida. Tal como previamente mencionado, estas alterações constituem um fator de risco importante para quedas, estando, por isso, associadas a possíveis lesões de gravidade variável. A locomoção, ou o ato de andar, é reconhecida como uma atividade de vida diária altamente complexa, exigindo a integração coordenada de múltiplos sistemas — nomeadamente, o sistema nervoso central, o sistema músculo-esquelético e o sistema cardiorrespiratório. Diversos elementos, como a idade, as características da personalidade e o estado emocional, podem influenciar a forma como o indivíduo se desloca (Pirker & Katzenschlager, 2017).

A locomoção humana assenta numa sequência organizada de movimentos repetitivos dos membros inferiores, possibilitando o deslocamento corporal com manutenção da estabilidade postural. Esta dinâmica compreende dois momentos fundamentais: a fase de apoio, em que um dos pés permanece em contacto com o solo sustentando o peso corporal, e a fase de balanço, na qual o pé se eleva para permitir o avanço do membro. A alternância regular entre estas fases assegura a eficácia do padrão de marcha (Kuo, 2010).

A hemiparesia contralateral, frequentemente observada após um Acidente Vascular Cerebral (AVC), constitui a principal limitação motora associada a esta condição. Este défice compromete de forma significativa a funcionalidade do membro inferior afetado, interferindo tanto com a iniciação como com o controlo dos movimentos e do equilíbrio postural. Consequentemente, surgem alterações na marcha, habitualmente marcadas por assimetrias e por uma diminuição da sua eficiência (Maje et al., 2023). Alguns estudos longitudinais demonstram que cerca de um terço das pessoas que sobrevivem após um AVC permanece incapaz de caminhar de forma independente seis meses após o evento, evidenciando a necessidade de intervenções precoces e contínuas para reabilitação da marcha (Corbetta et al., 2015; Frontera et al., 2019).

A plasticidade cerebral é uma competência na restauração da locomoção, sendo essencial a implementação de estratégias terapêuticas que estimulem a reorganização cortical e promovam a funcionalidade motora (Maia, Correia & Leite, 2009; Teasell, 2012).

Neste contexto, a reabilitação assume um papel central, abrangendo múltiplas dimensões, nomeadamente a recuperação das capacidades funcionais, cognitivas e psicossociais, a promoção da reintegração social, a melhoria da qualidade de vida, a preservação da atividade laboral e a diminuição dos níveis de dependência (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2021).

De acordo com Menoita (2012), os objetivos fundamentais de um programa de reabilitação consistem na prevenção ou minimização da instalação progressiva da espasticidade, no treino do equilíbrio, na reeducação dos mecanismos reflexo-posturais e na estimulação do lado afetado. Para tal, são utilizadas diversas estratégias e intervenções terapêuticas, como a facilitação cruzada, a indução de restrições, o posicionamento em padrões antispásticos, a estimulação sensorial, bem como programas de mobilização e atitudes terapêuticas específicas.

A locomoção exige a atuação coordenada entre os sistemas nervoso, músculo-esquelético e cardiorrespiratório (Pirker & Katzenschlager, 2017), sendo imprescindível a presença de força muscular adequada e de um equilíbrio postural eficaz para a sua execução (Vieira & Caldas, 2017).

Tendo em conta o descrito anteriormente, os programas de enfermagem de reabilitação promotores da restauração da independência no andar devem estar orientados para o incremento de força muscular e de equilíbrio corporal (Ventura, 2019).

Neste sentido, programas de reabilitação focados na recuperação da marcha incluem treino de marcha assistido por suporte de peso, uso de ortoses e dispositivos de assistência, exercícios de fortalecimento e coordenação motora, além de abordagens mais recentes, como estimulação elétrica funcional e terapia robótica (Mehrholtz et al., 2017; Gittins et al., 2021). A reabilitação deve ser individualizada, considerando o grau de comprometimento neuromuscular e a presença de outras comorbidades, garantindo que o processo seja progressivo e ajustado às necessidades individuais de cada pessoa. (Frontera et al., 2019).

Em Portugal, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação apoia-se, com frequência, nos pressupostos teóricos delineados por Margaret Johnstone (Santos et al., 2020). Esta abordagem argumenta uma intervenção centrada na mitigação da espasticidade, alcançada por meio de posicionamentos no leito com padrão antispástico, e na restauração das funções do lado afetado, utilizando exercícios de reeducação sensoriomotora, baseados nas etapas do desenvolvimento motor do lactente. A teoria sublinha a importância de iniciar precocemente as intervenções, ainda durante o período de permanência no leito, recorrendo à aplicação contínua de técnicas de posicionamento em padrão antispástico, especialmente durante a fase aguda. Estas estratégias são complementadas por exercícios de automobilização e por progressões graduais, como o rolar, a posição de quadrupedia, o sentar e, por fim, a marcha (Johnstone, 1979). Apesar de ter sido desenvolvida há várias décadas, a abordagem proposta por Margaret Johnstone continua a evidenciar benefícios significativos na recuperação funcional de pessoas após episódios clínicos com elevado potencial incapacitante, como o acidente vascular cerebral (Santos et al., 2020).

Conforme já referido, um dos pontos-chave a considerar no processo de reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral, especialmente no que respeita à marcha, é a neuroplasticidade cerebral. Este conceito diz respeito à capacidade do sistema nervoso central de se reestruturar e adaptar, tanto do ponto de vista estrutural como funcional, permitindo a recuperação das zonas cerebrais em penumbra e o recrutamento de áreas

não lesadas para desempenharem funções anteriormente atribuídas às regiões afetadas (Maia, Correia & Leite, 2009). Esta aptidão adaptativa do sistema nervoso central é amplamente reconhecida como um pilar essencial na reabilitação funcional pós-AVC (Teasell, 2012).

Assim, a dificuldade na marcha após um AVC representa um desafio significativo para o processo de reabilitação, requerendo uma abordagem multidisciplinar e fundamentada em evidências, com o objetivo de otimizar a independência funcional e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

3 – ANÁLISE CRÍTICO/REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

O incremento da complexidade dos cuidados de saúde e o avanço contínuo disciplina de Enfermagem exigem o desenvolvimento de competências avançadas e uma predisposição para o pensamento crítico. Diante dos desafios relacionados à saúde e à doença no século XXI, é fundamental formar profissionais reflexivos e críticos, capazes de adotar uma abordagem integradora que valorize o cuidado humano e responda de forma inovadora e eficaz às necessidades da prática clínica (Martirez et al., 2019)

Na disciplina de Enfermagem, a prática reflexiva constitui-se como um elemento fundamental potenciador do desenvolvimento profissional, uma vez que estimula a aprendizagem, síntese e integração da prática dos enfermeiros. Neste sentido, assume-se como um alicerce para a formação de profissionais criticamente reflexivos e com autonomia. Assim, no contexto clínico, a prática reflexiva é considerada uma competência indispensável para estudantes de enfermagem, uma vez que fomenta a autoconsciência e contribui para a oferta de cuidados de saúde de elevada qualidade. (Peixoto e Peixito, 2016).

A verdadeira assunção desta premissa pode ser o primeiro motor impulsionador do desenvolvimento profissional pela via da especialização na disciplina de enfermagem, uma vez que oferece o caminho para aperfeiçoamento de competências avançadas, capazes de materializar cuidados de enfermagem integradores e responsivos, e em simultâneo, constitui-se numa conduta geradora de desenvolvimento da disciplina.

Concretamente, durante o estágio, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) foram progressivamente consolidadas e aprimoradas por meio da realização de atividades previamente planeadas (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019). Com o propósito de fortalecer a qualidade dos cuidados de enfermagem reabilitação e consolidar as competências referidas definiram-se os objetivos gerais: aprofundar as competências profissionais do EEER no âmbito da intervenção em diversas áreas, incluindo função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, bem como nos domínios da alimentação, eliminação vesical e intestinal e sexualidade; e promover o desenvolvimento de competências específicas do EEER

direcionadas à recuperação da marcha em pessoas que sofreram AVC. Estes objetivos gerais subdividem-se em objetivos específicos, alinhados com os diferentes domínios e competências atribuídas tanto ao enfermeiro especialista como ao EEER e, dessa forma, ambos os objetivos estão integrados nos domínios e competências estabelecidos, conforme demonstrado ao longo das atividades desenvolvidas no estágio.

Nos pontos que se seguem, procura-se apresentar de forma fundamentada as competências desenvolvidas ao longo deste percurso académico, com especial destaque para as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como as competências inerentes ao grau de Mestre

3.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

No contexto profissional, o desenvolvimento de competências é um processo contínuo e fundamental para o crescimento individual e o sucesso das organizações (Direção Geral de Saúde, 2016). Embora existam diferentes definições para o termo "competência", Le Boterf (1995), reconhecido como um dos peritos nesta área, descreve-a como um aglomerado de aprendizagens sociais e pessoais interligadas, que possibilitam um agir responsável e validado pelos outros. Para ele, a competência implica mobilização, integração e transferência conhecimentos, recursos e habilidades em contextos profissionais específicos. Complementando esta perspetiva, Guedes et al. (2016) destacam que a competência envolve a gestão de situações profissionais complexas, sendo influenciada por fatores relacionados com o contexto, individuais, e racionados com questões educacionais.

No sentido de compreender o desenvolvimento das competências nos profissionais, Le Boterf (1995; 2006) identifica quatro dimensões essenciais do saber: saber ser, saber estar, saber fazer e saber conhecer. O saber ser refere-se à capacidade de adaptação ao ambiente de trabalho, organização pessoal, autonomia, responsabilidade e sensibilidade no exercício profissional; o saber estar envolve competências relacionais, comunicação interpessoal, trabalho em equipa e respeito pelos valores e pelos referenciais normativos da profissão; o saber fazer diz respeito à aplicação prática dos conhecimentos,

permitindo a resolução de problemas, a organização das tarefas e o uso eficaz dos recursos disponíveis; e o saber conhecer abrange o domínio do conhecimento teórico, a compreensão dos processos de aquisição do saber e a integração de diversas fontes de conhecimento, tanto científicas como técnicas. Esses quatro tipos de saber interagem de forma dinâmica, estruturando as bases da competência profissional.

Outras abordagens também contribuem para melhor compreender a aquisição de competências na enfermagem, sendo que Bartolo (2007) define as competências como a capacidade de um indivíduo atender aos requisitos impostos pela profissão em cenários de trabalho que estão em permanente transformação. Chaves (2000) sublinha que a competência se traduz na habilidade de tomar decisões bem fundamentadas em contextos inesperados, adaptando-se de forma reflexiva às exigências impostas pela situação.

No contexto da enfermagem especializada, segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (regulamento n.º 140/2019) as competências comuns referem-se às capacidades partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização. Estas traduzem elevada habilidade na conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como no suporte eficaz à prática especializada, envolvendo áreas como a formação, a investigação e a assessoria. Estas competências estão organizadas em quatro domínios principais: responsabilidade ética e legal, melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Visando o desenvolvimento de competências no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, foi estabelecido o objetivo específico de aperfeiçoar a prática profissional, assegurando que esta se baseia nos princípios éticos e na deontologia profissional, cumprindo as normas legais e sustentando-se na melhor evidência científica disponível. Dessa forma, pretendeu-se garantir a excelência na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Ao longo do tempo, a enfermagem tem vindo a consolidar-se como uma profissão cada vez mais diferenciada e relevante, tanto no âmbito clínico como disciplinar. O seu crescimento enquanto ciência e a constante ampliação das áreas de investigação têm

possibilitado um maior nível de especialização e qualificação dos enfermeiros (Regulamento n.º 613/2022). Segundo com o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), artigo 97.º, é dever do enfermeiro exercer a profissão com competência científica e técnica, respeitando a vida, a dignidade humana e promovendo o bem-estar da população. Além disso, deve adotar todas as medidas necessárias capazes de potenciar a qualidade dos cuidados prestados e a eficácia das intervenções de enfermagem (Lei n.º 156/2015, p. 8101).

Assim, no domínio da responsabilidade e ética legal e para dar resposta às exigências impostas pela complexidade das situações da prática clínica, foi fundamental desenvolver os conhecimentos já adquiridos na academia, no sentido de nortear a conduta a seguir e garantir a melhor deliberação perante situações mais complexas. Dos recursos utilizados, destaco o manual da Ordem dos Enfermeiros referente á deontologia profissional em enfermagem, a carta dos direitos e deveres do doente internado, o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE) e outros manuais alusivos ao tema da ética e bioética em saúde.

Durante este percurso assumi sempre perante os colegas, restante equipa multidisciplinar e perante as pessoas de quem cuidei o meu papel enquanto mestranda, em processo de desenvolvimento de competências obtendo sempre o consentimento das pessoas a quem prestei cuidados. Nesse sentido, nunca coloquei em risco as pessoas de quem cuidei, assumindo as minhas dúvidas e competências a melhorar, através do estudo e da colaboração do enfermeiro orientador e garantindo a segurança, nomeadamente em relação ao ambiente e controlo de infeção. Segundo Beauchamp e Childress (2019), o princípio da não maleficência na prática clínica exige que os profissionais de saúde evitem causar dano, sendo essencial a tomada de decisões informadas e fundamentadas, especialmente no contexto do ensino clínico. Além disso, o respeito pela autonomia da pessoa é central na relação terapêutica (Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010), o que reforça a necessidade de obter consentimento antes de qualquer intervenção.

Desenvolvi toda a minha intervenção alicerçada no código deontológico da minha profissão, ou seja, pelos princípios existentes no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e pelo CDE, pois são instrumentos reguladores do exercício profissional,

tendo especial atenção ao direito à privacidade ou à dignidade da pessoa, uma vez que muitas vezes desenvolvi a minha atividade profissional nas enfermarias onde estão mais pessoas, incluindo outros doentes e profissionais. Por outro lado, desenvolvi mestria no cuidado a pessoas com diferentes culturas e religiões com recurso a estratégias terapêuticas como a escuta ativa que propiciou o desenvolvimento de relações de confiança, demonstrando congruência perante situações mais complexas entre os meus sentimentos, os meus pensamentos e as minhas atitudes refletindo aceitação incondicional o que demonstra valorização da abordagem individualizada, colaborativa, evolutiva e baseada no respeito defendida pela perspectiva de Orem.

A ética e a deontologia na enfermagem estabelecem os limites e deveres do profissional, assegurando um cuidado centrado na pessoa e respeitando os princípios fundamentais da profissão, sendo que a privacidade e a dignidade da pessoa, mencionadas no Código Deontológico, são aspetos essenciais na prestação de cuidados, especialmente em contextos como enfermarias, onde a exposição pode ser maior.

Para os trabalhos académicos realizados obtive o consentimento escrito livre e esclarecido dos intervenientes, salvaguardando a possibilidade de abandonar o programa de reabilitação proposto, garanti a proteção dos dados através do anonimato e solicitei parecer à comissão de ética da academia sobre o enquadramento do tema escolhido. Para além disso a obtenção do consentimento informado é um requisito ético fundamental na investigação clínica, garantindo que os participantes compreendem plenamente os objetivos, riscos e benefícios do estudo (World Medical Association, 2013). Aqui guiei-me, de igual modo, pelo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), que exige anonimização e medidas de segurança para evitar violações de privacidade (European Parliament, 2016).

Enquadrada no paradigma da Integração na Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, e valorizando a importância da autodeterminação no processo de reabilitação, reforcei o exercício da autonomia de cada pessoa a quem prestei cuidados, cedendo-lhe a melhor informação que dispunha, no sentido de estas tomarem as suas decisões no processo de reabilitação, reconhecendo a importância do projeto pessoal de cada pessoa no seu processo de reabilitação e a importância dos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas das pessoas que cuidei.

O processo de aprendizagem e o confronto com os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros foram geradores de grande consciencialização profissional embutindo na minha prática a responsabilidade associada á pratica de cuidados de enfermagem, considerando responsabilidade social, o respeito pelos direitos humanos refletidos nas relações terapêuticas que estabeleci com as pessoas que cuidei, e a procura da qualidade dos cuidados valorizando a qualidade dos cuidados prestados na própria profissão de enfermagem e perante as diferentes equipas com que trabalhei. Tal como indica Fowler (2015), a enfermagem não se limita à prestação técnica de cuidados, mas envolve uma responsabilidade ética e social que promove o bem-estar individual e coletivo. A qualidade dos cuidados é um dos pilares da prática profissional, sendo o aperfeiçoamento constante da qualidade uma obrigação ética dos enfermeiros (Donabedian, 2005).

A **Melhoria Contínua da Qualidade** é um princípio fundamental na prestação de cuidados de enfermagem, orientado para a otimização dos processos assistenciais e para a maximização dos resultados em saúde. No contexto dos cuidados de enfermagem de reabilitação, este domínio implica a implementação de estratégias baseadas em evidência científica, a monitorização sistemática dos cuidados prestados e a adoção de práticas inovadoras que promovam a segurança, a eficiência e a humanização do atendimento (Oliveira et al. 2023). Segundo Donabedian (2005), a qualidade dos cuidados relacionada com a saúde deve ser avaliada a partir da estrutura, do processo e dos resultados, enfatizando a importância de um olhar crítico e reflexivo sobre a prática clínica. Além disso, a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019) reforça que a melhoria contínua da qualidade exige um comprometimento ético e profissional dos enfermeiros, impulsionando a formação contínua, a auditoria clínica e a colaboração interdisciplinar para garantir cuidados eficazes e centrados na pessoa.

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade em saúde, a responsabilidade pela excelência dos cuidados é partilhada por múltiplas profissões, sendo os enfermeiros agentes essenciais nesse processo. A qualidade dos cuidados de enfermagem envolve exigências técnicas, científicas e humanas cada vez mais elevadas, refletindo a complexidade crescente das necessidades da população. A especialização dos enfermeiros torna-se, assim, indispensável para garantir intervenções baseadas em

evidência científica e alinhadas com as melhores práticas clínicas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

A adoção de técnicas e modelos de gestão modernos, aliada ao uso de novos métodos e ferramentas para avaliar os serviços de saúde, com o objetivo de fomentar a eficiência, eficácia e rigor na gestão de recursos, além de atender às expectativas dos utilizadores dos cuidados de saúde, impõe maiores responsabilidades aos profissionais, especialmente aos enfermeiros (Gomes et al., 2012).

A qualidade também é assegurada através dos processos de acreditação e certificação, que constituem formas de reconhecimento externo e comprovam a conformidade de uma organização com normas e requisitos específicos. Estes sistemas visam garantir a qualidade dos produtos e serviços disponibilizados pelas organizações, reforçar a confiança das pessoas e fomentar a melhoria contínua (DGS, 2023).

Os enfermeiros gestores têm uma intervenção fundamental na definição e monitorização de indicadores de qualidade, permitindo avaliar a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados. Para salvaguardar a segurança da pessoa e a excelência assistencial, promovem práticas que incentivam a formação contínua dentro da equipa, seja por meio de momentos de reflexão e partilha, como nas passagens de turno, seja por sessões educativas planeadas com base na avaliação das necessidades da equipa. Neste contexto, participei na formação especializada intitulada “Acidente Vascular Cerebral no Hemisfério Direito – A Abordagem do Enfermeiro em Centro Especializado”, o que permitiu consolidar conhecimentos e melhorar a minha prática clínica, sendo que a literatura destaca que a educação permanente dos profissionais de enfermagem tem um impacto direto na melhoria da qualidade dos cuidados e na segurança da pessoa.

Este percurso levou-me ainda a refletir sobre a necessidade de os enfermeiros especialistas trazerem para si a responsabilidade de serem motores de desenvolvimento das equipas. Tal como refere Ozdemir 2019, citando Benner, a orientação fornecida por enfermeiros experientes é essencial para capacitar enfermeiros com menos experiência na gestão de cuidados de saúde, incentivando-os a desenvolver uma abordagem crítica e ética na sua prática profissional, e desta forma contribuir para a melhoria dos cuidados prestados (Ozdemir 2019). Por outro lado, enquanto aluna integrada numa equipa

experiente, refleti sobre a intervenção dos enfermeiros especialistas, que dotados de competências diferenciadas, responsabilizam-se por aqueles que hierarquicamente ou funcionalmente de si dependem, nomeadamente os enfermeiros de cuidados gerais e os assistentes operacionais, monitorizando as suas práticas. Num serviço onde a dependência para o autocuidado das pessoas é elevada e onde existe uma taxa de absentismo importante, relacionada com lesões ocupacionais, observei e fomentei a aplicação dos princípios da ergonomia no sentido de evitar danos nos profissionais de saúde e nas pessoas que cuidamos.

No decorrer do estágio, procedi à avaliação das necessidades de cada pessoa sob os meus cuidados, selecionando instrumentos adequados de recolha de dados, com foco na funcionalidade e independência. A implementação de planos de cuidados individualizados baseados em evidência científica permitiu promover a independência das pessoas contribuindo para a sua satisfação e qualidade de vida. Como enfatizado por Taylor e Renpenning (2011), intervenções personalizadas aumentam a adesão da pessoa ao plano de intervenção delineado, otimizam os ganhos obtidos e contribuem para a satisfação o que também reflete as conceções da teórica Orem.

A aquisição de competências de especialista no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade reflete-se na aplicação de padrões de qualidade da enfermagem de reabilitação, garantindo a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações e a maximização do bem-estar e do autocuidado. Além disso, a prática especializada contribui para o desenvolvimento de estratégias de readaptação funcional, reintegração social e promoção da inclusão das pessoas na sociedade. Segundo WHO (2022), a disponibilidade de cuidados de qualidade com enfoque na reabilitação é essencial para garantir uma recuperação eficaz e melhorar a funcionalidade. A enfermagem especializada assume, assim, um papel essencial na concretização desses objetivos, garantindo que a reabilitação seja centrada na pessoa e alinhada com as melhores práticas clínicas.

Tal como referido anteriormente gestão dos cuidados é uma competência essencial do Enfermeiro Especialista, garantindo a organização, coordenação e monitorização das intervenções de enfermagem para otimizar a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados. No domínio desta especialização em reabilitação, essa competência torna-se

ainda mais relevante, pois envolve a planificação de cuidados personalizados, a gestão de recursos humanos e materiais, a promoção da interdisciplinaridade e a avaliação contínua dos resultados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o Enfermeiro Especialista deve assumir um papel proativo e estratégico, garantindo a segurança dos cuidados, a sua eficiência e que estes sejam baseados em boas práticas. Assim, a gestão dos cuidados não se restringe apenas à dimensão organizacional, mas também inclui o envolvimento da pessoa e da família no processo de reabilitação, promovendo a autonomia e a continuidade dos cuidados.

Relacionado com o **domínio gestão dos cuidados**, importa ainda refletir sobre as profundas transformações organizacionais dos serviços de saúde em Portugal, decorrentes da reorganização das Unidades Locais de Saúde, que condicionam a prática do EEER, e nesse sentido a qualidade assistência oferecida.

Durante o ensino clínico na URR e Centro de Referência Fibrose Quística pude constatar as repercussões que estas mudanças organizacionais têm na vida de uma pessoa portadora de uma doença crónica, neste caso específico, nos doentes portadores de bronquiectasias não FQ. No início do mês de dezembro estas pessoas passaram a ter acompanhamento noutra centro hospitalar, mudança imposta pela transferência do médico assistente. Ao contrário do que aconteceu com as pessoas portadores de asma, nestes doentes a EEER gestora de caso, não acompanhou esta transferência. Esta constatação levou-me a refletir sobre a profunda desigualdade no acesso aos cuidados de saúde imposta por esta medida, alicerçada no modelo biomédico que não reflete a abordagem holística da pessoa e apenas valoriza a entidade clínica, a doença. Desta experiência emergiu a aquisição de duas competências fundamentais na enfermagem especializada. Em primeiro lugar, a capacidade de reflexão sobre os modelos de organização dos cuidados de saúde e a emergência de mudança de paradigma e em segundo lugar, a responsabilidade do EEER em advogar, no sentido de garantir a qualidades dos cuidados prestados.

Em contraste, no segundo campo de estágio constatei uma cultura organizacional alicerçada na multidisciplinariedade reconhecendo os contributos de todas as classes profissionais para o processo de reabilitação da pessoa.

Esta multidisciplinariedade impõe aos EEER a necessidade de um planeamento criterioso da organização dos cuidados. Ao longo do ensino clínico adquirir a capacidade de definir prioridades e tomar decisões, organizando os cuidados de forma eficiente em prol da pessoa, valorizando o trabalho em equipa e garantindo a prestação de cuidados de qualidade no que respeita às tarefas delegadas.

Os EEER realizam uma avaliação abrangente e integrada, contemplando não apenas o estado físico, mas também os aspetos psicológicos, sociais e emocionais do indivíduo reconhecendo a importância de todos estes fatores no processo de reabilitação da pessoa. Esta assunção conduziu ao desenvolvimento da capacidade de identificar os limites da intervenção do EEER e estabelecer conexões com outros especialistas, sempre que necessário, com o intuito de garantir um cuidado integrado e centrado na pessoa (Zhao, et al., 2022).

A participação nas reuniões multidisciplinares com a definição e avaliação dos objetivos definidos para cada pessoa, possibilita orientar o processo de reabilitação, potenciando a gestão eficiente dos recursos existentes garantindo a assistência baseada em necessidades individuais o que resulta em equidade, no que respeita ao acesso aos cuidados.

O **domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais** na enfermagem é fundamental para o crescimento contínuo dos profissionais da área, sendo um processo constante de aprimoramento das competências e habilidades necessárias para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Este domínio abrange não apenas a aquisição de novos saberes técnicos, mas também força uma prática reflexiva, a adaptação às mudanças constantes no âmbito da saúde e o aperfeiçoamento de uma postura ética e responsável. O desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais, aliado à prática reflexiva, permite que os enfermeiros se mantenham atualizados com os avanços científicos, tecnológicos e organizacionais, assegurando que as intervenções realizadas sejam baseadas em evidências e em melhores práticas. A formação contínua, por meio de cursos, workshops e outras modalidades educacionais, é crucial para o enfermeiro, permitindo-lhe enfrentar os desafios da profissão com confiança, competência e empatia, proporcionando cuidados cada vez mais centrados na pessoa (Benner, 2001).

Assim, quanto a este domínio, depois deste ciclo de estudos, esta competência é por mim entendida como uma necessidade imperativa na profissão e nos cuidados especializados, no sentido de responder á necessidade destes profissionais em garantir a sua adaptação às transformações científicas e tecnológicas bem como às exigências da sociedade, na procura da excelência dos cuidados.

A passagem na academia ofereceu um conjunto de conhecimentos teóricos que depois nos contextos de ensinos clínicos foram mobilizados e desenvolvidos, tendo em conta as particularidades da prática clínica, tendo sido definido como objetivo específico para o este ensino clínico: “Desenvolver uma prática de cuidados especializada em Enfermagem de Reabilitação baseada no *legis artis* da disciplina”. Para fazer face a este objetivo foi realizada pesquisa de literatura específica de enfermagem de reabilitação procurando bibliografia pertinente e atual. Para além disso a abrangência da intervenção dos EEER e a complexidade das situações experiências impôs a necessidade de explorar outras disciplinas na área da saúde. No sentido de melhorar a capacidade de pesquisa em bases de dados participei no dia 25 de novembro na formação “CINAHL Complete: Enfermagem e disciplinas relacionadas com a Saúde” entendendo que foi uma mais-valia, uma vez que é entendido como um dos índices mais abrangente e de maior qualidade do mundo para revistas da área da saúde e afins.

Resultado deste investimento é a realização dos trabalhos académicos nomeadamente, o relato de caso clínico, com o tema: “Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação para os ganhos em independência no andar na pessoa com acidente vascular cerebral” (Apêndice II).

No sentido de melhorar a minha intervenção participei ainda no I seminário do NER-CMRA, subordinado ao tema “Conectando saberes: Fortalecer vínculos entre unidades de saúde para um sistema integrado e eficiente” (Anexo I) e no workshop “A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na adaptação das instalações sanitárias / produtos de apoio”. (Anexo II)

Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade na relação com as pessoas de quem cuidei e com a restante equipa foi também uma competência adquirida durante o estágio profissionalizante. Essa aquisição está espelhada, entre outras coisas, no

desenvolvimento de capacidade para cuidar de pessoas vítimas de traumatismos cranioencefálicos, com alterações do comportamento, com vista à obtenção de ganhos no processo de reabilitação. Especialmente na intervenção com pessoas com esta patologia, foi muito importante o desenvolvimento de *skills* para capacitar a família e torná-la parte ativa do processo de reabilitação. O facto de estar integrada numa equipa experiente foi um fator facilitador da aquisição destas competências.

3.2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O elevado nível de conhecimentos bem como a experiência acrescida permite que o EEER conceba, implemente e monitorize planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo em conta os problemas reais e potenciais das pessoas. Este corpo de conhecimentos diferenciados permitem a sua intervenção no âmbito da promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação com o intuito de maximizar o potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste capítulo pretende-se apresentar uma análise crítica, explorando as intervenções realizadas durante o ensino clínico, tentando interpretar como a componente prática potenciou o meu crescimento profissional, enfatizando o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de reabilitação.

Segundo o artigo 4º do Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, as competências específicas do EEER são: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No sentido de atingir uma prática clínica aprimorada procurou-se alinhar estas competências com os descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação almejando os mais elevados níveis de satisfação da pessoa,

a maximização do seu potencial de saúde, a prevenção de complicações, a maximização do bem estar e a compensação nas atividades de vida nas quais a pessoa é dependente, desenvolver com a pessoa processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde, desenvolver processos de reeducação funcional, tendo em vista a qualidade de vida a sua reintegração e a participação social e a sua inclusão social

No âmbito da competência competência J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, os contextos nos quais se desenvolveu o estágio permitiram o desenvolvimento de competências em diferentes processos sendo que os focos atenção de enfermagem de reabilitação mais trabalhados do CR foram: movimento muscular (membro superior), movimento Muscular (membro inferior), esquecimento unilateral, défice sensorial, equilíbrio corporal, transferir-se, andar, autocuidado higiene, autocuidado: ir ao sanitário, autocontrolo continência urinária, autocontrolo: continência intestinal, autocuidado vestuário, deglutição e comunicação. Na URR os focos mais explorados foram a ventilação, expetorar, e a intolerância á atividade.

A identificação destes focos de atenção baseou-se numa avaliação criteriosa da funcionalidade e diagnostico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa. Para esta avaliação foi imprescindível a seleção dos instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Estes permitiram compreender de forma mais nítida a condição da pessoa, sob a ótica da resposta humana às transições que surgem com a passagem da dependência para a autonomia, bem como no decorrer do processo terapêutico ou do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Relativamente á população do CR desenvolvi crescente mestria na realização do exame neurológico, nomeadamente, avaliação do estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha, recorrendo a escalas: Escala de Morse (avaliação do Risco de queda), a Escala de Berg (para avaliação do equilíbrio corporal), Escala de Ashwooth modificada (avaliação do tónus muscular), Escala de Coma de Glasgow (avaliação do estado de consciência), escala Gugging Swallowing Screen (GUSS) que permite a avaliação da deglutição (Ferreira, 2027), a Escala do Medical Research Council

(MRC) modificada (para avaliação do movimento muscular, Medical Independence Functioning (MIF) e Índice de Barthel para avaliar a independência funcional, fornecendo uma visão integral do progresso da pessoa no processo de reabilitação. Para a avaliação da marcha/andar recorreu-se também ao método das Functional Ambulation Categories (FAC)/ Categorias Funcionais da marcha (Holden et al., 1986).

Na URR, a intervenção com doentes com patologia do foro respiratório permitiu crescente perícia na realização do exame objetivo, nomeadamente na inspeção, palpação, percussão e auscultação, e interpretação de meios complementares de diagnostico como a telerradiografia do tórax, prova de suor, provas de função respiratória. Neste âmbito recorreu-se também á utilização de outros instrumentos de avaliação que para além de caracterizarem a componente clínica permitissem também uma abordagem multidimensional da pessoa, competência do EEER tais como: Questionário clínico para a DPOC (CCQ), mMRC - Questionário da dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire) e a Escala de Borg modificada.

Tendo em conta as oportunidades oferecidas pelos diferentes campos de estágio concebi, implementei e avalie planos de intervenção no âmbito da reeducação funcional motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação e da eliminação (vesical e intestinal).

Procedi à avaliação criteriosa e integradora da pessoa, contemplando as suas expectativas e avaliando com esta, as estratégias mais eficazes no sentido de obter os melhores resultados possíveis, contribuindo para a sua satisfação em relação ao seu programa de reabilitação, destacando o impacto que a motivação e participação da pessoa e da sua família têm neste processo e identificando barreiras á consecução do mesmo, facilitando processos de transição e identificando a necessidade de intervenção de outros profissionais quando necessário.

Na reeducação funcional respiratória e motora, orientei a prescrição do exercício físico pelo princípio do FITT (frequência, intensidade, tempo e tipo de exercício) contemplando os 4 princípios do exercício físico: sobrecarga, individualidade, reversibilidade e especificidade (Novo et al., 2021), e avaliei de forma sistemática a segurança da sua implementação apoiada na Escala da dispneia de Borg, incluída no Guia

de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação e método de Talk Test.

No sentido de promover estratégias adaptativas promotoras do autocontrole e autocuidado, e tendo em conta todas as barreiras impostas pela deficiência e pela incapacidade, prescrevi produtos de apoio, nomeadamente ajudas técnicas e dispositivos de compensação contemplando a continuidade de cuidados, nomeadamente, os desafios impostos na transição para o domicílio.

Entendi o plano de reabilitação como um processo dinâmico e nesse sentido avaliei de forma sistemática os resultados das intervenções implementadas recorrendo aos instrumentos de colheita de dados, já descritos anteriormente, entendendo a sua capacidade de prever a obtenção de ganhos em saúde numa perspetiva multidimensional, relacionada com a qualidade de vida, capacitação e autonomia da pessoa.

Os EEER sustentam a sua prática e a sua tomada de decisão num conjunto de etapas: atividades de diagnóstico, dados relevantes para o diagnóstico, diagnóstico de enfermagem, objetivos, intervenções de enfermagem, atividades de avaliação, dados de avaliação, resultados de enfermagem e focos (Ribeiro et al., 2021). A aquisição desta competência reflete os cuidados prestados durante o ensino clínico e está demonstrada nos relatos de caso clínico apresentados.

No que respeita à Competência J2 - capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, os EEER têm como propósito na sua prática promover o bem-estar e melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência. Para isso, focam-se no desenvolvimento do máximo potencial de saúde, através de intervenções que favorecem a mobilidade, garantem a acessibilidade e incentivam a participação e inclusão social. (Pereira et al. 2021).

Na ótica de Meleis e Trangenstein, no cuidado especializado de enfermagem de reabilitação é fundamental entender que *“o enfermeiro cuida da pessoa, integrada num contexto sociocultural (ambiente), que está em fase de transição, com a intensão (processo de enfermagem) de promover a sua saúde e/ou bem-estar, através de um conjunto de ações (intervenções terapêuticas).”* (Queirós et al., 2014)

Com o objetivo maximizar a capacidade funcional das pessoas a quem prestei cuidados, realizei ensinamentos (sistema de apoio-educação) sobre técnicas específicas de autocuidado, considerando as limitações e incapacidades avaliadas. Ensinei e supervisionei a utilização de produtos de apoio. Procurei em todas as oportunidades de cuidado, realizar o treino de AVD identificando a rede de suporte familiar e tornando-a parte ativa do processo prestando apoio-educativo aos cuidadores informais. Desenvolvi a minha intervenção como agente facilitador da transição para o domicílio ao elaborar uma colheita de dados com a descrição do ambiente domiciliar e intervindo para a sua adaptação e eliminação de barreiras arquitetônicas. Os programas de treino de AVD foram concebidos contemplando os desafios que a pessoa tem impostos, pela incapacidade ou deficiência em consonância com as exigências dos fatores ambientais extrínsecos.

Mobilizando o conhecimento obtido na academia e no workshop “A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na adaptação das instalações sanitárias / produtos de apoio”, capacitei a pessoa e a sua família para o exercício dos seus direitos enquanto cidadãos, levando-os a reivindicar os seus direitos, nomeadamente na possibilidade de articulação com as estruturas comunitárias da comunidade para a eliminação de barreiras arquitetônicas, contribuindo para uma maior acessibilidade.

Importa refletir que as barreiras à acessibilidade são muitas vezes invisíveis para quem não possui qualquer incapacidade ou deficiência pelo que os EEER, revestidos da responsabilidade social que advém do seu conhecimento especializado, e tendo em conta o modelo biopsissocial devem valorizar esta temática assumindo como intervenientes/responsáveis todos os atores deste processo, a pessoa com deficiência, a família, os profissionais de saúde, as instituições e o estado. Para além disso, é essencial a documentação das intervenções terapêuticas que realizam neste âmbito no sentido de lhes dar visibilidade, conduta que foquei nos locais de estágio.

Sobre a Competência J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, importa referir que o enfoque do EEER é estabelecer uma interação com a pessoa, promovendo atividades que favoreçam o máximo aproveitamento de suas capacidades funcionais. Essas intervenções, alinhadas ao descrito anteriormente na primeira competência, contribuem para a melhoria do desempenho motor, cardíaco e

respiratório, contribuindo para a maximização da funcionalidade e desenvolvimento pessoal do indivíduo. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Tal como descrito anteriormente, durante o estágio profissionalizante foram concebidos planos de treino motor, cardíaco e respiratório alinhados com a melhor evidencia científica com enfoque nas necessidades identificadas e o projeto de saúde da pessoa. Durante o estágio na URR e Centro de Fibrose Quística houve oportunidade de realizar sessões de telerreabilitação respiratória que impuseram a necessidade de adaptar os programas de intervenção ao contexto de cada pessoa, exigindo mestria na gestão dos recursos disponíveis e a capacidade de execução dos mesmo por parte da pessoa, onde as estratégias para a manutenção da segurança ganham ainda mais relevância.

No CR, perante a progressão da funcionalidade, constatei que muitas pessoas a quem prestei cuidados tendiam a adotar comportamentos de risco ao tentarem realizar atividades nas quais ainda não estava desenvolvido todo o seu potencial, assumindo estes que as conseguiam executar sem a intervenção do enfermeiro. A capacidade de marcha está fortemente relacionada com a perceção de independência pelo que é necessário nestas situações criar uma cultura de segurança investindo no sistema de apoio-educação da pessoa e da sua família, tendo como objetivo a consciencialização sobre os seus limites, as suas necessidades e a prevenção de acidentes. Esta intervenção foi alicerçada em diretrizes como a “Person and Family-Centred Care” da Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).

Esta cultura de segurança e controle do risco também deve ser tida em conta na transição para o domicílio, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de quedas, pelo que programei sessões com a pessoa e com os seus familiares onde ensinei e capacitei sobre estratégias para a prevenção de complicações.

Por outro lado, após a incursão no programa de treino intensivo em centro de reabilitação, a transição para o domicílio pode envolver uma estagnação ou retrocesso dos ganhos obtidos, pelo que é importante capacitar a pessoa e a família para autogestão do seu processo de reabilitação, cedendo-lhes ferramentas que permitam continuar a potenciar o desenvolvimento de aquisição de capacidades funcionais, como a prescrição de exercício a realizar no domicílio.

3.3 - Competências de Mestre

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

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

Durante o estágio profissionalizante, fui desafiada a desenvolver competências avançadas no domínio da avaliação da funcionalidade da pessoa com AVC, com especial atenção para a restauração da independência no andar. Através da utilização de ferramentas de avaliação padronizadas, fui capaz de analisar as limitações físicas e funcionais, bem como identificar áreas de intervenção para otimizar a mobilidade da pessoa. Este processo exigiu um aproveitamento crítico dos conhecimentos adquiridos ao nível da licenciatura, aprofundando-os no mestrado, e permitindo-me aplicar soluções inovadoras que visam a recuperação da marcha, como a utilização de técnicas de reabilitação. Aqui, a passagem pela academia ofereceu um conjunto de ferramentas capazes de permitir o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos que

permitem a tomada de decisões em situações de maior complexidade ou quando existe limitação da informação.

Além disso, ao lidar com a complexidade dos cuidados de saúde no contexto de reabilitação, especialmente no cuidado a pessoas com acidente vascular cerebral com o andar comprometido, fui desafiada a resolver problemas em situações novas e não familiares. Um exemplo disso foi o desafio de integrar diferentes áreas de conhecimento para o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados, tendo em vista as necessidades específicas de cada pessoa e o contexto multidisciplinar no qual estava inserida. Durante o estágio, participei ativamente na construção de planos de cuidados, com ênfase na reabilitação física e no suporte emocional, que contemplavam tanto o bem-estar emocional da pessoa como a recuperação física e emocional. Este processo exigiu uma capacidade de integração de conhecimentos complexos, considerando as limitações físicas, as expectativas da pessoa e as necessidades da equipa multidisciplinar envolvida.

O contacto com essas situações nos contextos de ensino clínico e o caminho da construção dos saberes de enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação exigiram a procura constante da melhor evidencia científica, capaz de suportar as tomadas de decisão. Nesse sentido o desenvolvimento da capacidade de autoaprendizagem constitui-se como um elemento basilar sendo necessária a mobilização e desenvolvimento de competências na área da investigação. Estando consciente que a abrangência e complexidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação não se esgota nas experiências oferecidas pelos ensinos clínicos, e de que o avanço científico no domínio das ciências da saúde irá impor novas necessidades de cuidados e diferentes abordagens, torna-se imperativa a responsabilidade de, no sentido de contribuir para a qualidade dos cuidados, criar de uma cultura de aprendizagem ao longo da vida, de um modo essencialmente auto-orientado ou autónomo.

Assim, integrada numa equipa de cuidados com diferentes categorias profissionais, desenvolvi a capacidade de influenciar a qualidade dos cuidados transmitindo os meus julgamentos e raciocínios clínicos, bem como as tomadas de decisão dentro da equipa de enfermagem e nas reuniões multidisciplinares. Por outro lado, realizei consultoria à equipa de enfermeiros generalistas em questões de maior complexidade como, por

exemplo, no âmbito da deontologia e ética profissional e utilização de *Cough Assit* e promovi uma prática de cuidados segura, trabalhando no âmbito da ergonomia e risco ocupacional.

Já, a resposta aos desafios inerentes ao contexto de ensino clínico e a realização dos trabalhos académicos desenvolvidos ao longo deste percurso espelham a capacidade de tomar decisões sustentadas na melhor evidencia clínica, numa perspetiva humanizada, com recurso a instrumentos de avaliação adequados, privilegiando uma prática baseada na evidencia.

No que se refere à comunicação, uma das competências de mestre mais importantes, pude demonstrar a capacidade de comunicar eficazmente os conhecimentos adquiridos tanto com as pessoas que cuidei como com a equipa de saúde. As sessões de educação para a saúde com a pessoa e os seus familiares, realizadas no contexto da reabilitação de marcha, exigiram uma comunicação clara e acessível, garantindo que todas as orientações fossem compreendidas de forma adequada e eficaz, especialmente nas fases de readaptação funcional após o AVC. A documentação clínica e a comunicação com os colegas e supervisores, através de relatórios de progresso e planos de cuidados, também se mostraram essenciais para garantir uma prática profissional que seja clara, objetiva e sem ambiguidades.

O curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação possibilitou ainda a aprendizagem autónoma e contínua, incentivando-me a aprofundar conhecimentos sobre novas metodologias e técnicas de reabilitação de pessoas com AVC. Através da investigação autónoma e do desenvolvimento de trabalhos académicos, como a revisão sistemática da literatura sobre intervenções de reabilitação neurofuncional, fui capaz de integrar práticas baseadas em evidência científica ao desenvolvimento dos planos de cuidados, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este compromisso com a melhoria contínua foi refletido na minha atuação prática, garantindo que os cuidados de reabilitação sejam baseados nas melhores evidências disponíveis, e que a pessoa com AVC tenha acesso aos recursos necessários para otimizar a sua recuperação.

Em suma, as competências adquiridas no contexto da Enfermagem de Reabilitação, com foco na pessoa com AVC com andar comprometido, são resultado de uma combinação

de conhecimento teórico aprofundado, prática clínica supervisionada e reflexão constante sobre o processo de reabilitação. A realização do estágio permitiu-me demonstrar uma capacidade de tomar decisões em situações novas e complexas, bem como a integração de teorias e modelos de cuidado, estabelecendo intervenções personalizadas para a reabilitação da pessoa, com base em princípios éticos e sociais, sempre com o objetivo de promover a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa.

4 - ANÁLISE DE SWOT

A análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) representa uma ferramenta essencial no processo reflexivo do desenvolvimento profissional, permitindo a avaliação das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças que impactam diretamente o percurso de aprendizagem e evolução de um profissional. No contexto do meu estágio profissionalizante no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, esta análise visa refletir sobre os fatores internos e externos que facilitaram ou inibiram o meu crescimento e domínio das competências exigidas para a obtenção do título de mestre e especialista.

A partir dessa avaliação, é possível compreender as dinâmicas que influenciaram a minha trajetória, destacando tanto os pontos de apoio que facilitaram o desenvolvimento, como as dificuldades que surgiram, as quais exigiram esforços para serem superadas. Esta análise busca fornecer uma visão clara sobre os desafios enfrentados e as conquistas obtidas ao longo do meu processo de formação, demonstrando a importância da autocrítica no fortalecimento das competências necessárias para a prática clínica na área da enfermagem de reabilitação.

Retenho como pontos facilitadores internos do desenvolvimento de competências, em primeiro lugar a motivação para o ingresso neste ciclo de estudos e o fascínio pela área da reabilitação, uma vez que apesar de terem passado 15 anos deste o término do curso base, a Enfermagem de Reabilitação sempre foi, dentro das possibilidades de especialização, a que fazia sentido em termos profissionais pelo meu contexto laboral. Por outro lado, logo no início deste ciclo de estudos percebi transformações na minha forma de estar perante a profissão e nos recursos que mobilizava, o que se foi refletindo na minha conduta e capacidade de resposta perante as exigências decorrentes da prática no meu local de trabalho, onde assumi novas responsabilidades, validando a pertinência deste ciclo de estudos o que foi gerador de motivação para continuar a investir na minha formação.

Como pontos inibidores internos do desenvolvimento das competências destaco o facto de estar há vários anos afastada da academia o que tornou exigente a fase inicial, no sentido de voltar a adquirir método de trabalho e de estudo. Por outro lado, destaco a

dificuldade em conciliar os diferentes papéis (mãe, profissional, mestrande) tendo esta dissonância sido causadora de momentos de angústia.

Quanto aos fatores facilitadores externos ao processo de desenvolvimento de competências destaco, sem dúvida, o facto de ter realizado o estágio profissionalizante em dois centros de referência na área da reabilitação, onde são prestados cuidados de enfermagem de reabilitação, comprovadamente de qualidade, funcionando como um estímulo para o meu desenvolvimento. Por outro lado, ter integrado equipas onde a dotação de enfermeiros especialista permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em reabilitação, aumentando as oportunidades de aprendizagem e é entendido como motor de aprendizagem.

Para além disso, por serem equipas que de forma recorrente recebem alunos, tornou todo o percurso muito consistente, uma vez que senti sempre disponibilidade por parte de todos os elementos em contribuir para o meu desenvolvimento, onde dou destaque á minha enfermeira orientadora no CR que sustentou todo o processo.

Como barreiras externas ao processo de desenvolvimento de competências realço a dificuldade em conciliar a caga horária laboral com a exigência imposta por este processo de aprendizagem e a necessidade estudo constante para aperfeiçoamento das práticas.

Portanto, a análise SWOT permitiu identificar claramente os fatores que influenciaram o meu processo de desenvolvimento profissional ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Através da avaliação das forças internas, como a motivação pessoal, o contexto laboral favorável e as experiências adquiridas em centros de referência, foi possível perceber as condições que facilitaram o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Por outro lado, as fraquezas internas, como o retorno à academia após um longo período e a dificuldade em conciliar múltiplos papéis, também foram importantes para refletir sobre os desafios enfrentados e as estratégias de adaptação adotadas.

No que diz respeito aos fatores externos, as oportunidades oferecidas pelas equipas multidisciplinares e a qualidade dos estágios realizados funcionaram como impulsionadores da aprendizagem, enquanto as barreiras externas, como a sobrecarga de trabalho e a exigência do processo de aprendizagem, representaram desafios a serem

geridos. Com base nesta análise, pude compreender de forma mais clara as dinâmicas que moldaram a minha jornada e identificar áreas para o meu aprimoramento contínuo, nomeadamente na gestão do tempo e na adaptação ao ritmo da prática clínica.

Em suma, esta reflexão contribui significativamente para o fortalecimento da minha prática profissional, permitindo-me planejar estratégias mais eficazes para superar obstáculos e aproveitar as oportunidades que surgem na minha formação e carreira. O processo de desenvolvimento de competências, que se dá de forma contínua e dinâmica, encontra no autoconhecimento e na autocritica ferramentas essenciais para alcançar a excelência na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório e a análise de todas as intervenções desenvolvidas durante este ciclo de estudos refletem a aquisição de competências como enfermeira especialista, especialista em enfermagem de reabilitação e mestre.

Refletindo sobre as competências adquiridas, entendo ter dado resposta aos objetivos indicados pela academia para o estágio profissionalizante, bem como ao objetivo definido inicialmente no plano de atividades: “Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação dirigidas à pessoa em processo de reabilitação, maximizando a sua funcionalidade e promovendo a sua autonomia na prossecução do seu projeto de vida.”

O relato de caso com o tema “Contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para os Ganhos em Independência no Andar, na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral” espelha a capacidade de uma prática de cuidados baseada na evidência, suportada por uma metodologia de investigação pertinente e alicerçada nos referenciais teóricos da disciplina de enfermagem. Por outro lado, este trabalho valida o valor dos cuidados de enfermagem de reabilitação, demonstrando ganhos sensíveis na independência no andar.

Como recomendações para a prática, destaca-se a necessidade de conceber programas de reabilitação adaptados às necessidades específicas de cada pessoa, com uma abordagem integradora da pessoa e da sua família, potenciando os ganhos obtidos. Os EEER devem valorizar a mobilidade e a independência funcional, desenvolvendo programas de intervenção focados na capacidade de andar reconhecendo a sua importância para a funcionalidade e a qualidade de vida. Emerge ainda a necessidade de os EEER documentarem a sua prática clínica, fomentando uma cultura de investigação da qual resultem novas abordagens e saberes na disciplina, visando a prestação de cuidados de excelência.

Reconhecendo o impacto socioeconómico da incapacidade e da deficiência, as políticas de saúde devem garantir o acesso universal aos cuidados de enfermagem de reabilitação, privilegiando a inclusão de EEER nas equipas de saúde. Devem ainda

promover a acessibilidade das pessoas a centros de reabilitação especializados, constituídos por equipas multidisciplinares que integrem EEER.

Este ciclo de estudos, as reflexões realizadas e todas as competências adquiridas permitiram-me evoluir de uma prática de enfermagem centrada na resolução de problemas — marcada por uma visão redutora da profissão e da pessoa — para uma abordagem integradora, abrangente e geradora de maior valor para a pessoa e para a sociedade. Integradora, por ser sustentada pelos referenciais teóricos da disciplina e baseada no entendimento dos conceitos e da melhor evidência disponível; abrangente, por considerar a saúde como um ecossistema que valoriza todos os seus intervenientes e a sua interação permanente reconhecendo o papel dos cuidados de enfermagem na sociedade.

Recordo que, no início deste ciclo de estudos, numa aula teórica, fui confrontada com as questões: “O que é a Enfermagem? O que são os cuidados de Enfermagem? O que fazem os Enfermeiros?”. Com 15 anos de experiência enquanto enfermeira generalista, estas questões despertaram em mim uma profunda inquietação e a consciência de que existia um vazio de saber e de consistência no meu percurso até então. Este mestrado, as experiências vivenciadas, as reflexões realizadas e as dificuldades sentidas foram preenchendo essa lacuna e permitiram-me atribuir um novo significado à minha profissão e aos cuidados de enfermagem. No entanto, a inquietação mantém-se, pois, os conhecimentos e competências adquiridos fazem com que, ao ser confrontada com situações já conhecidas, surjam novos desafios, novas preocupações e diferentes soluções.

As emergências sanitárias, as mudanças geopolíticas, a crescente necessidade de cuidados de enfermagem, a escassez de profissionais e a gestão dos sistemas de dados em saúde são alguns dos desafios atuais das ciências da saúde. Os enfermeiros com formação avançada são chamados a contribuir com os seus saberes diferenciados. Considero que este ciclo de estudos me dotou de ferramentas capazes de orientar a tomada de decisão com foco na qualidade dos cuidados, na satisfação da pessoa e na sustentabilidade do sistema, contribuindo assim para a valorização social da profissão.

Compreendo hoje a necessidade premente de desenvolver investigação em Enfermagem, essencial para a evolução da disciplina enquanto ciência e para a qualidade dos cuidados. Encaro-a como missão e desafio. Especificamente no âmbito do contributo da enfermagem de reabilitação para a independência no andar da pessoa com AVC, destaco a importância da família no processo de reabilitação e a necessidade de desenvolver novos estudos que avaliem os contributos da capacitação dos familiares para os ganhos em independência no andar dessas pessoas.

BIBLIOGRAFIA

Adams, H. P., et al. (1999). Measurement of acute cerebral infarction: A clinical examination scale. *Stroke*, 20(7), 864-870.

Alligood, M. R. (2002). *Nursing theory: Utilization & application*. Mosby.

Alligood, M. R. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences.

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2014. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Balaban, B., & Tok, F. (2014). Gait disturbances in patients with stroke. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 6(7), 6353-642. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2013.12.017>

Baron, J. C. (2001). Perfusion thresholds in human cerebral ischemia: Historical perspective and therapeutic implications. *Cerebrovascular Diseases*, 11(Suppl. 1), 2-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11244194/>

Bartolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Climepsi editores.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.

Canever, B. P., Costa, D. G. da., Magalhães, A. L. P., Gonçalves, N., Bellaguarda, M. L. dos R., & Prado, M. L. do. (2022). Treinamento de habilidades por simulação no desenvolvimento de competências de estudantes de Enfermagem. *REME-Revista Mineira De Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.35699/rem.v26i.38545>

Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 28(1), 24-30. <https://doi.org/10.1097/01.HCR.0000311504.41775.78>

Cardoso, A., & Brito, A. (2024). "Mais enfermagem na Enfermagem". In *Enfermagem Avançada* (pp. 1–7). Lisboa, Portugal: LIDEL

Cestari, M. E. W. (2003). *Os padrões de conhecimento na prática da enfermagem: Reflexão baseada em Carper*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 37(3), 64–70. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000300008>

Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2, 2011. Lusodidata, Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Corbetta, D., Imeri, F., & Gatti, R. (2015). Rehabilitation that incorporates virtual reality is more effective than standard rehabilitation for improving walking speed, balance and mobility after stroke: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 61(3), 1173124. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.05.017>

Cordonnier, C., Demchuk, A., Ziai, W., & Anderson, C. S. (2018). Intracerebral haemorrhage: Current approaches to acute management. *The Lancet*, 392(10154), 1257-1268. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30319113/>

Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel, G. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48-54 . <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11873354/>

Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18, OE. Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista. Disponível <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>

Diário da República, n.º 65/2018, Série I de 2018-08-16. Alteração do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior Disponível <https://diariodarepublica.pt/dr/>

Diário da República, n.º 85/2011, Série II de 2019-05-03, OE. Regulamento Competências Específicas Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação. superior Disponível <https://diariodarepublica.pt/dr/>

Direção Geral de Saúde. (2023). Manual de Standards Unidades de Gestão Clínica. Andalucia. Junta de Andalucia. Disponível [ManualUnidadesGestaoClinicaDGS2023.pdf](#) (min-saude.pt)

Direção-Geral da Saúde. (2011). Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q).
Orientação da Direção-Geral da Saúde. Disponível :
<https://pt.scribd.com/document/58966314/Escala-de-Braden-Normativa-DGS>

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2018). Critérios para a criação e avaliação de centros de referência do Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde. Disponível:
<https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2021). Doenças cérebro-cardiovasculares. Direção-Geral da Saúde. Disponível: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>

Dirnagl, U., Iadecola, C., & Moskowitz, M. A. (1999). Pathobiology of ischaemic stroke: An integrated view. *Trends in Neurosciences*, 22(9), 391-397. Disponível:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10441299/>

Donabedian, A. (2005). *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.

Entwistle, V. A., Carter, S. M., Cribb, A., & McCaffery, K. (2010). Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 25(7), 741–745. Disponível:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2881979/>

European Parliament. (2016). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation)*. Official Journal of the European Union.

Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F. G., Bimbatti, K. F., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação na assistência à pessoa com lesão medular. In M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem de reabilitação: Concepções e práticas* (pp. 141-429). Lidel.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. F.A. Davis. <https://tms.iau.ir/file/download/page/1636178273-fawcett-contemporary-nursing-knowledge.pdf>

Feigin, V. L., et al. (2017). Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurol*, 15(9), 913-924. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27291521/>

Ferreira, A. M. D. S. (2017). *Avaliação da deglutição com a aplicação da escala GUSS: Contribuição da enfermagem de reabilitação* (Doctoral dissertation, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Disponível em <https://repositorio.ipbeja.pt/>

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

Fowler, M. D. M. (2015). *Guide to the code of ethics for nurses: Interpretation and application*. American Nurses Association.

Frontera, W. R., DeLisa, J.A., Gans, B.M., & Robinson, L.R. (2019). *DeLisa's physical medicine and rehabilitation: principles and practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Fukada, M. (2018). Nursing competency: Definition, structure, and development. *Yonago Acta Med.*, 61(1), 61-69. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/yam/61/1/61_2018.03.001/article/-char/ja

Gil, A., Sousa, F., & Martins, M. M. (2020). Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso—Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 27-35. Disponível <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/6>

Gittins, M., Lugo-Palacios, D., Vail, A., Bowen, A., Paley, L., Bray, B., & Tyson, S. (2021). Stroke impairment categories: A new way to classify the effects of stroke based on stroke related impairments. *Clinical rehabilitation*, 35(3), 4463458. <https://doi.org/10.1177/0269215520966473>

Gomes, J. A., Martins, M. M., Gonçalves, M. N., & Fernandes, C. S. (2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Journal of Nursing Referência (Revista de Enfermagem Referência)*, (8), 29-38.

Guedes, V. M., Figueiredo, M. H., & Apóstolo, J. L. (2016). Competências do enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários: Da compreensão à concretização. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 118-123. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15022>

Hankey, G. J. (2017). Stroke. *The Lancet*, 389(10069), 641-654. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27637676/>

Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically. Disponível <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13637/1/>

Iadecola, C., & Anrather, J. (2011). The immunology of stroke: From mechanisms to translation. *Nature Medicine*, 17(7), 796-808. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21738161/>

Im, E. O. (2011). Situation-specific theories from the middle-range transition theory. *ANZ Journal of Surgery*, 81(10), 632-636.

Instituto nacional de Estatística. Causas de Morte 2022 - Statistics Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, (2024) Disponível em <https://www.ine.pt/>

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

Keep, R. F., Hua, Y., & Xi, G. (2012). Intracerebral haemorrhage: Mechanisms of injury and therapeutic targets. *The Lancet Neurology*, 11(8), 720-731. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22698888/>

Khan, F., & Chevidikunnan, M. F. (2021). Prevalence of Balance Impairment and Factors Associated with Balance among Patients with Stroke. *A Cross Sectional Retrospective Case Control Study. Healthcare*, 9(3), 320. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030320>

Kleim, J. A., & Jones, T. A. (2008). Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), 225-239. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18230848/>

Kwakkel, G., Kollen, B. J., & Wagenaar, R. C. (2004). Therapy impact on functional recovery in stroke rehabilitation: A critical review of the literature. *Physiotherapy*, 90(3), 157-171.

Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2020). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 396(10263), 1765-1773. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21571152/>

Le Boterf, G. (1995). De la competence: Essai sur un attrateur étranger. Editions d'Organization.

Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60-63.

Louie, D. R., Simpson, L. A., Mortenson, W. B., Field, T. S., Yao, J., & Eng, J. J. (2022). Prevalence of Walking Limitation After Acute Stroke and Its Impact on Discharge to Home. *Physical therapy*, 102(1), pzab246. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab246>

Maia, L., Leite, R. & Correia, C. (2009) Avaliação e Intervenção Neuropsicológica - Estudos de casos e instrumentos. Lisboa: Lidel Editora. ISBN: 9789727575220

Margaret Johnstone MCSP. Restauração da Função Motora no Paciente Hemiplégico. 1 ed. São Paulo: Editora Manole LTDA.; 1979.

Marques, R., Ribeiro, I., & Costa, M. A. (2021). Enfermagem de reabilitação em Portugal: Uma história contada ao contrário. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Concepções e prática* (pp. 2–11). Lidel.

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42-48.

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

Mehrholz, J., et al. (2017). Electromechanical-assisted training for walking after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD006185. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006185.pub5/full>

Meleis, A. I. (2010). Transições na saúde: A teoria da transição de Meleis. Lidel. Ribeiro, O., Sequeira, C., & Néné, M. (Eds.). (2021). Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas (pp. 141-429). Lidel.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2016). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer Health.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/>

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros; 2016. Disponível <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

Ministério da Saúde. (2017). Despacho n.º 6669/2017. Diário da República, 2.ª série, n.º 148, de 2 de agosto de 2017. <https://dre.pt>

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

O'Donnell, M. J., et al. (2016). Risk factors for ischemic and intracerebral hemorrhagic stroke in 22 countries: The INTERSTROKE study. *The Lancet*, 388(10046), 761-775. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20561675/>

Oliveira, J., Couto, C., Fernandes, M., & Marques-Vieira, C. (2023). Implementação de evidência na prática clínica para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Referência – Revista de Enfermagem, Serie V(11), 1–12.
<https://doi.org/10.12707/RV30968>

Olney, S. J., & Richards, C. (1996). Hemiparetic gait following stroke. Part I: Characteristics. *Gait & Posture, 4(2)*, 136-148.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0966636296010636>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação. www.ordemdosenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2014). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. www.ordemdosenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Disponível: <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

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

Orem, D. (1991). Nursing: concepts of practice (6 ed.). St. Louis: Mosby Inc

Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.

Organização Mundial da Saúde. Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Genebra: Organização Mundial da Saúde [citado em 21 julho 2020]. Disponível na Internet: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

Patterson, K. K., Parafianowicz, I., Danells, C. J., Closson, V., Verrier, M. C., & McIlroy, W. E. (2010). Gait asymmetry in community-ambulating stroke survivors. *Archives of*

Physical Medicine and Rehabilitation, 91(12), 1927-1933.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18226655/>

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

Pereira, R. S., Martins, M. M., & Machado, W. C. A. (2021). Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência: O caminho para a inclusão social. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 430-541). LIDEL.

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

Petronilho, S., Magalhães, A., Machado, V. & Vieira, M. (2007). Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*, (88): 41–47. Disponível: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13637/1/>

Pirker W, Katzenschlager R. Gait disorders in adults and the elderly: A clinical guide. *Wien Klin Wochenschr*. 2017 Feb;129(3-4):81-95. doi: 10.1007/s00508-016-1096-4. Epub 2016 Oct 21. PMID: 27770207; PMCID: PMC5318488
<https://www.inspirar.com.br/revista/277287/>

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), e344–e418. Disponível: <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>

Queirós, P. J. P. (2014). Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 29-40.

Queirós, P. J. P., dos Santos Vidinha, T. S., & de Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164.

Quintal, B. (2020). Função cognitiva global e independência funcional da população com traumatismo crânio-encefálico e acidente vascular cerebral alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na região autónoma da Madeira: Um estudo descritivo-correlacional (Doctoral dissertation <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32853>

Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2011). *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*. Springer Publishing Company.

Ribeiro, O. M. P. L., Pinto, C. A. S., & de Sousa Regadas, S. C. R. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. Disponível na Internet: <https://scholar.google.com.br/scholar>

Ribeiro, R. M. M. (2023). Boas práticas no cuidado à pessoa com espasticidade após AVC – Contributos da Enfermagem de Reabilitação. (Relatório de estágio). Disponível na Biblioteca Digital IPB

Rocha, I. D. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(Sup1), 5-17. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/62>

Sá-Chaves, I. (2000). Formação, competências e conhecimento profissional. In M. A. M Costa, M. G. Mestrinho, & M. J. Sampaio. *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação, balanço de um projeto* (pp. 39-48). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Safe Implementation of Treatments for Stroke (SITS). (2019). SAP Portugal: Stroke treatment guideline. Safe Stroke. Disponível em <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

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

Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3(2), 36-43.
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/62>

Schumacher, K., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8063317/>

Sequeira, C., & Néné, M. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceitos, teoria e prática*. Porto: Lusodidacta.

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

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2021.). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
<https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>

Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2011). *Self-care science, nursing theory and evidence-based practice*. Springer Publishing Company.

Teasell, R., Mehta, S., Pereira, S., & McIntyre, A. (2012). The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR) (15th ed.). London, ON: Heart and Stroke Foundation. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12970830/>

Teixeira, A. I. C. (2021). Supervisão Clínica em Enfermagem-Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional. Disponível <https://repositorio-aberto.up.pt/>

Vaz, S., Loureiro, A. S., Félix, A., & Novo, A. (2021). Contributos da telerreabilitação respiratória para a prática clínica em pandemia. Uma reflexão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 81-87.
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/24449>

Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8146699/>

- Verheyden, G., Vereeck, L., Truijen, S., Troch, M., La Fosse, C., Saeys, W., Leenaerts, E., Palinckx, A., & De Weerd, W. (2011). Additional exercises improve trunk performance after stroke: A pilot randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 25(7), 632–639. Disponível <https://doi.org/10.1177/1545968311400097SAGEJournals+5>
- Verma, R., Arya, K. N., Sharma, P., & Garg, R. K. (2021). Gait recovery after stroke: Understanding the role of muscle synergies. *International Journal of Stroke*, 16(3), 321-335. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22196422/>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- Wonsetler, E. C., & Bowden, M. G. (2017). A systematic review of mechanisms of gait speed change post-stroke. *Part 1: Spatiotemporal parameters and asymmetry ratios. Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(6), 435-446. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220715/>
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. World Health Organization. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- World Health Organization. WHO STEPS stroke manual: the WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Geneva: World Health Organization; 2005.
- World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. JAMA, 310(20), 2191–2194.
- Zhao, X., Bai, R., & Yang, J. (2022). Effect of painless rehabilitation nursing for hip replacement patients. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022(1), 5164973. <https://doi.org/10.1155/2022/5164973>

APENDICES/ANEXOS

APENDICE I - Relato de Caso intitulado “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do Equilíbrio Corporal”



2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem no ramo de Reabilitação

ENSINO CLÍNICO ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

UCC GIRASSOL – Parede

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL – RELATO DE CASO

Elaborado por:

Vera Nascimento, n.º 2023012

Professor Orientador:

Professora Cristina Mesquita

Enfermeiro Orientador:

Hugo Serra

Paredes

Junho, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem no ramo de Reabilitação

PLANO DE ATIVIDADES - ENSINO CLÍNICO ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA

UCC GIRASSOL – Parede

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL – RELATO
DE CASO**

Elaborado por:

Vera Nascimento, n.º 2023012

Professor Orientador:

Professora Cristina Mesquita

Enfermeiro Orientador:

Hugo Serra

Parede

Junho, 2024

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso Clínico

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso Clínico

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso Clínico

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

Abreviaturas

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Nacional para a prática de Enfermagem

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MRC modificada - *Medical Research Council* modificada

MSD – Membro Superior Direito

MSE – Membro Superior Esquerdo

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso Clínico

INDICE

1. INTRODUÇÃO	8
2. MATERIAIS E MÉTODOS	10
2.1-Apresentação do Caso.....	11
3. RESULTADOS.....	17
4. DISCUSSÃO	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Diagnósticos e intervenções de Enfermagem	16
Tabela 2: Resultados da avaliação do equilíbrio corporal, através da escala de Berg no dia 28/05/2024 e no dia 21/06/2024	17
Tabela 3: Avaliação do movimento muscular através da escala <i>Medical Research Council</i> modificada	18
Tabela 4: Índice de Barthel.....	18

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

RESUMO

Introdução: A Pessoa com fratura do fêmur e com demência pode apresentar comprometimento do equilíbrio corporal e consequentemente déficit no desempenho de atividades motoras, o que condiciona a independência funcional.

Objetivos: identificar os ganhos efetivos e sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na recuperação do equilíbrio postural na Pessoa após fratura do fêmur e com demência como comorbidade.

Metodologia: Estudo de abordagem qualitativa, tipo relato de caso. É apresentado o caso de uma pessoa com alteração do equilíbrio corporal submetida a um programa de enfermagem de reabilitação na comunidade.

Resultados: Foram evidenciados ganhos de equilíbrio corporal, força muscular e funcionalidade após a implementação de 7 sessões de reabilitação motora.

Conclusões: Os cuidados de enfermagem de reabilitação contribuem para melhorar a recuperação do equilíbrio corporal na pessoa com fratura do fêmur e demência.

Descritores: enfermagem de reabilitação, equilíbrio corporal, fratura do fêmur, demência, relato de caso

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

1. INTRODUÇÃO

O presente Relato de Caso surge no âmbito da avaliação do primeiro Ensino Clínico, Enfermagem de Reabilitação na Comunidade, enquadrado no 2º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, que decorre na UCC Girassol, mais concretamente na ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados) sob a orientação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) Hugo Serra e da Professora Ana Cristina Mesquita.

A identificação de uma problemática é o ponto de partida para qualquer investigação e constitui o ponto primordial da fase conceptual. Assim, a enunciação da problemática através de uma argumentação fundamentada deve evidenciar a pertinência da investigação e o contributo para a construção de conhecimento. (Fortin, 2009)

A esperança média de vida tem aumentado significativamente a nível mundial, sendo que Portugal integra um grupo de países caracterizado pelo envelhecimento populacional e pela redução da população jovem. (Instituto nacional de Estatística, 2019)

O crescente envelhecimento demográfico gera implicações significativas, tanto a nível individual como para as estruturas sociais e governamentais, condicionando os sistemas de saúde e assistência social, os mercados de trabalho, as finanças públicas e os direitos previdenciários. (Eurostar, 2022).

A nível individual, este envelhecimento da população conduz ao aumento de lesões músculo-esqueléticas, bem como ao aumento da incidência do número de quedas. As mulheres, pelo facto de apresentarem maior degradação óssea, consequência de processos de osteoporose, são uma população especialmente sensível nesta problemática, apresentando maior risco de fraturas da extremidade proximal do fémur como consequência de quedas acidentais. (Ramiro, 2022)

As fraturas do fémur proximal constituem um problema de saúde pública nas sociedades industrializadas. Em Portugal denota-se um défice de evidencia científica sobre a incidência deste tipo de fraturas. (Silva *et al.* 2018, Domingues, 2023)

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

No fêmur, as fraturas podem ocorrer em três regiões distintas. Primeiramente, a região proximal (ou epífise), que inclui a cabeça, o colo, os trocânteres, a crista intertrocanterica e a linha intertrocanterica. Em segundo lugar, a região da diáfise, que é a porção média do osso, estendendo-se desde o trocânter menor até aos côndilos femorais. Finalmente, a região distal, composta pelos côndilos medial e lateral, a fossa intercondilar e a face patelar. (Souza, 2024)

A fratura da extremidade proximal do fêmur, frequentemente resultante de quedas em indivíduos idosos, pode necessitar de intervenção cirúrgica e culminar em diminuição da capacidade de autocuidado, afetando o equilíbrio, a marcha e limitando a realização das atividades de vida diárias. (Palma, 2021). Está condicionada por uma limitação física que resulta numa redução da capacidade de executar atividades de vida diárias (AVD), compromisso da marcha e deterioração na qualidade de vida. (Sousa, 2017). Um dos requisitos para a marcha é o equilíbrio corporal. (Judge, 2019)

Segundo a Classificação Nacional para a prática de Enfermagem (CIPE), o equilíbrio corporal pode ser definido como status: segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações, para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

No que respeita ao tema da reabilitação, a Organização Mundial de Saúde, no seu Plano “Reabilitação 2030” reitera a importância da reabilitação na comunidade, defendendo a sua acessibilidade. (Organização Mundial de Saúde, 2017)

Os programas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação na comunidade têm demonstrado ter impacto positivo na saúde da população, sendo que está identificada a importância da investigação para validar a magnitude dos mesmos. Neste sentido, os EEER têm a oportunidade de impulsionar esta mudança de paradigma nos cuidados. (Pinho *et al.*, 2024)

De acordo com o relatório “*Health at a Glance 2023*” da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), a prevalência da demência em Portugal tende a aumentar, sendo que a média em relação aos restantes países da OCDE é superior. (OCDE, 2023)

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

9

Pelo que foi exposto anteriormente considera-se que o tema do relato clínico é pertinente e formulou-se a seguinte questão orientadora: Quais os ganhos efetivos da implementação de um programa de reabilitação na promoção do equilíbrio postural na pessoa com fratura do fémur e com demência como comorbilidade associada? Prende-se com este relato de caso a identificar os ganhos efetivos e sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na recuperação do equilíbrio postural na pessoa após fratura do fémur e com demência como comorbilidade.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

No sentido de dar resposta ao objetivo apresentado, e tratando-se de um trabalho académico, recorreu-se ao relato de caso como método de investigação. No que respeita à finalidade, o relato de caso é um estudo de carácter descritivo. (Néné e Sequeira, 2022)

O relato de caso apresenta como principal vantagem o seu potencial para apresentar à comunidade a experiência decorrente da prática clínica, bem como a capacidade de desenvolver o conhecimento e experiência da área específica. Constitui-se ainda, como uma ferramenta para a educação. (Chrastina, 2022). É um método válido quando o objetivo é verificar a unicidade de um caso e a sua relação com o contexto. (Ylikoski, Zahle, 2019).

O presente relato de caso foi redigido tendo em conta o documento orientador da disciplina e bem como as guidelines *CAsE REport(CARE)*, tendo em conta a evidência de que a alta qualidade dos relatos de caso acontece quando os investigadores seguem diretrizes. (Gagnier *et al.*, 2014)

Os dados foram recolhidos através da prática clínica, bem como da consulta do processo da Pessoa. Para realizar este trabalho foi obtido o consentimento junto da Pessoa e da sua família. Foi ainda assegurado o anonimato, designado a pessoa envolvida como “Pessoa” ao longo do texto.

Com o objetivo de quantificar os ganhos obtidos com o programa de reabilitação implementado e tendo em conta as recomendações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros no documento “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de Enfermagem de reabilitação” foram selecionadas as seguintes escalas: Escala de Berg (avaliação do equilíbrio corporal), *Medical Research Council* modificada (avaliação da força muscular) e Índice de Barthel (avaliação da funcionalidade).

Após a diagnóstico realizado no primeiro momento de avaliação, foram identificados os diagnósticos de enfermagem com enfoque nos cuidados especializados do EEER e tendo por base a linguagem da CIPE e a Ontologia. O programa de reabilitação foi delineado tendo em conta o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. A avaliação dos resultados da implementação do programa foi realizada num segundo momento de avaliação.

2.1-Apresentação do Caso

Anamnese

A Pessoa tem 85 anos, género feminino, raça caucasiana e é de nacionalidade portuguesa. Tem o quarto ano de escolaridade e era auxiliar de educação numa escola. Atualmente encontra-se reformada. Vive com o esposo, e tem apoio diário dos dois filhos e da nora.

No dia 27/02/2024 foi encontrada no quintal da sua casa caída no chão. Foi admitida nesse dia no Serviço de Urgência, com dor na anca e no braço esquerdo, sem outras queixas. Realizou radiografia que revelou fratura do fémur – secção pertrocanterica à esquerda. Nessa altura é descrita como “consciente, orientada e colaborante”. No dia 28/02/2024, ao abrigo do programa Via Verde Colo do fémur foi submetida a cirurgia de encavilhamento cefalomedular, que decorreu sem complicações imediatas, pelo que foi admitida no serviço de ortopedia no mesmo dia. Nessa altura é descrita como “desorientada e com quadro de agitação psicomotora”. No dia 03/02/2024, iniciou programa de Medicina Física de Reabilitação. Como intercorrência durante o

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

11

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

internamento é descrita uma infecção respiratória com insuficiência respiratória aguda, tendo cumprido antibioterapia e oxigenoterapia. No décimo primeiro dia pós-operatório, por melhoria clínica, teve alta hospitalar referenciada à ECCI para programa de reabilitação, beneficiando ainda de Serviço de Apoio Domiciliário tendo-se mantido o apoio dos filhos e da nora.

Tem os seguintes antecedentes pessoais: polimialgia reumática, insuficiência cardíaca NYHA1, cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, diabetes tipo 2 não insulino-tratada, dislipidemia, síndrome do colon irritável.

Segundo o esposo, anteriormente a este episódio já tinha a marcha comprometida, andava apoiando-se em superfícies. Já nessa altura necessitava de ajuda no autocuidado higiene pessoal e a confeção das refeições era assegurada pelos filhos e pela nora. Após a alta clínica, segundo o esposo, manteve quando de agitação psicomotora, tendo sido observada pela especialidade de Neurologia, estando a aguarda a realização de Tomografia Axial Computorizada craneoencefálica para esclarecimento de diagnóstico.

Avaliação de enfermagem de reabilitação

Segundo Gil e os seus colaboradores, para a implementação de um programa de reabilitação é necessário incluir dados obtidos através da anamnese, da observação dos exames complementares de diagnóstico e da implementação de instrumentos de medida. (Gil *et al.*, 2020)

Com o intuito de obter uma visão global da Pessoa foi realizada a avaliação inicial. Importa referir que a pessoa iniciou programa de reabilitação de enfermagem imediatamente após a alta clínica. O plano de intervenção a seguir descrito teve início ao nonagésimo dia pós-operatório.

Avaliação do Estado Mental

No momento da primeira avaliação, a Pessoa encontrava-se vígil e aparentemente orientada na pessoa e no espaço, com desorientação no tempo. Apresentava dificuldade

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

12

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

em manter a atenção, e com períodos de agitação psicomotora, pouco receptiva aos cuidados. Cumpre ordens simples de forma inconsistente.

Após a implementação do programa de enfermagem reabilitação, mantém orientação na pessoa e no espaço. Mais receptiva aos cuidados prestados. Cumpre ordens simples e complexas de forma inconsistente.

Avaliação do Equilíbrio

A escala de equilíbrio de Berg, na sua versão original, data do ano de 1992, tendo sido posteriormente traduzida e validada para a população portuguesa. O objetivo deste instrumento de medida prende-se com a avaliação do equilíbrio funcional, estático e dinâmico. Por outro lado, esta escala também prediz o risco de queda na população adulta e no idoso. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Na primeira avaliação, a pessoa apresentou um score 0 que corresponde a equilíbrio diminuído/elevado risco de queda. Era incapaz de estar sentada sem suporte durante 10 segundos. Após a implementação do programa de reabilitação apresenta pontuação 3, é capaz de sentar com os braços cruzados e os pés apoiados por 2 minutos sob supervisão.

Avaliação da Força Muscular

A força muscular foi avaliada com recurso à escala *Medical Research Council* modificada (MRC modificada).

Após a implementação do programa de reabilitação de enfermagem consta-se melhoria da força muscular em todos os segmentos corporais avaliados. Esta avaliação foi dificultada pelo quadro de desorientação e agitação psico-motora da Pessoa e da sua inconstante aceitação dos cuidados. No sentido de tentar colmatar esta dificuldade esta avaliação foi realizada por dois Enfermeiros.

Avaliação da Dependência

Para diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade da pessoa recorreu-se à avaliação do Índice de Barthel. Na primeira avaliação a pontuação obtida foi 5 pontos e na segunda foi 10 pontos, o que prediz um nível de dependência total.

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

13

Avaliação da amplitude articular

Não foi possível avaliar a amplitude articular com recurso ao goniómetro devido à não colaboração da Pessoa neste processo. As tentativas realizadas culminaram em períodos de agitação psico-motora da utente que tendiam a inviabilizar a restante sessão.

Diagnósticos de Enfermagem

Tendo em conta o foco “equilíbrio corporal” foram identificados diagnósticos de enfermagem:

- Movimento muscular diminuído [corpo direito];
- Movimento muscular diminuído [corpo esquerdo];
- Equilíbrio corporal comprometido;
- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal;
- Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal.

Tendo como ponto de partida a avaliação realizada foi então identificado o diagnóstico de equilíbrio corporal comprometido relacionado com o foco “equilíbrio corporal” e desenvolvidas intervenções de enfermagem alicerçadas no padrão documental dos cuidados de enfermagem de reabilitação da especialidade de enfermagem de reabilitação. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

Programa de reabilitação da Função Motora

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Equilíbrio corporal comprometido	- Monitorizar equilíbrio corporal através de escala [Escala de Berg]; - Avaliar equilíbrio corporal; - Avaliar equilíbrio corporal [equilíbrio estático e dinâmico sentada]; - Estimular a manter equilíbrio corporal [correção postural], com utilização de espelho; - Executar técnica de treino de equilíbrio deitado (exercício do gancho e ponte, dissociação de cinturas, rolar, balancear dentro dos eixos anatómicos e retomar à posição de origem) - Executar técnica de treino de equilíbrio, correção postural, facilitação cruzada (alcançar madeiras coloridas), exercício de equilíbrio estático sentado (sentada na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados na caixa com superfície antiderrapante; sentada na cama com os braços esticados para a frente e para a esquerda/ direita com espelho).
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal, correção postural, facilitação cruzada (alcançar madeiras coloridas), exercício de equilíbrio estático sentado (sentada na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados na caixa com superfície antiderrapante; sentada na cama com os braços esticados para a frente e para a esquerda/ direita com espelho).
Potencial para melhorar capacidade de usar técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal - Treinar técnica de equilíbrio corporal
Movimento muscular diminuído [membro superior esquerdo]	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido: flexão/extensão, adução/abdução rotação interna/externa, circundação, elevação/depressão do ombro; Flexão/extensão do cotovelo; Supinação/pronação do antebraço Flexão/hiperextensão do punho, com desvio radial/cubital; flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oposição do polegar; [1 série de 10 repetições] - Atividades terapêuticas [Rolamentos para a esquerda e direita; exercícios de ponte sem bola; 1 série de 10 repetições]; - Monitorizar força muscular através de escala [MRC modificada].

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

15

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

	- repetições]; - Monitorizar força muscular através de escala [MRC modificada].
Movimento muscular diminuído [membro superior direito]	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo/resistido: flexão/extensão, adução/abdução rotação interna/externa, circundação, elevação/depressão do ombro; Flexão/extensão do cotovelo; Supinação/pronação do antebraço Flexão/hiperextensão do punho, com desvio radial/cubital; flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oposição do polegar, com recurso a bandas elásticas.[1 série de 10 repetições] - Atividades terapêuticas [Rolamentos para a esquerda e direita; exercícios de ponte sem bola; 1 série de 10 repetições]. - Monitorizar força muscular através de escala [MRC modificada].
Movimento muscular diminuído [membro superior esquerdo]	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo/assistido: rotação interna e externa com flexão do joelho e coxofemoral; circundação da coxofemoral; Rotação interna e externa, adução/abdução, flexão/extensão; Flexão/extensão do joelho; Dorsiflexão/flexão plantar; Inversão/eversão tibiotársica; Flexão/extensão dos dedos do pé. [1 série de 10 repetições]; - Atividades terapêuticas [Rolamentos para a esquerda e direita; exercícios de ponte sem bola; 1 série de 10 repetições]. - Monitorizar força muscular através de escala [MRC modificada].
Movimento muscular diminuído [membro superior direito]	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo/resistido: flexão/extensão, adução/abdução rotação interna/externa, circundação, elevação/depressão do ombro; Flexão/extensão do cotovelo; Supinação/pronação do antebraço Flexão/hiperextensão do punho, com desvio radial/cubital; flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oposição do polegar, com recurso a bandas elásticas. [1 série de 10 repetições] - Atividades terapêuticas [Rolamentos para a esquerda e direita; exercícios de ponte sem bola; 1 série de 10 repetições]. - Monitorizar força muscular através de escala [MRC modificada].

Tabela 1: Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

16

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

3. RESULTADOS

O programa de reabilitação supracitado foi implementado ao longo de 7 sessões de cerca de 45 minutos. Apesar da cadência das sessões não ser constante, foi cumprido o número de sessões previstas à priori.

A implementação do plano de reabilitação foi concionada pela falta de consistência no que respeita à participação/aceitação da Pessoa pelo seu quadro de demência.

No que respeita à avaliação do equilíbrio corporal, verificou-se a seguinte evolução:

Descrição dos Itens	1ª Avaliação	2ª Avaliação
SENTADO PARA EM PÉ	0	0
EM PÉ SEM APOIO	0	0
SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO	0	3
EM PÉ PARA SENTADO	0	0
TRANSFERÊNCIAS	0	0
EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS	0	0
EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS	0	0
ALCANÇE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ	0	0
APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ	0	0
EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO	0	0
VIRAR EM 360 GRAUS	0	0
COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEDGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO	0	0
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE	0	0
PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA	0	0
Total	0/56	3/56

Tabela 2: Resultados da avaliação do equilíbrio corporal, através da escala de Berg no dia 28/05/2024 e no dia 21/06/2024

Na primeira sessão, a Pessoa estava confinada ao leito e todas as tentativas de alteração para a posição sentada tinham sido malsucedidas, observando-se oscilação do tronco (hiperextensão) e flexão lateral para a esquerda. A partir da segunda sessão, a Pessoa passou a ser capaz de permanecer sentada por 30 segundos, mas com apoio das mãos na cama. Na terceira sessão, a Pessoa era capaz de permanecer sentada por 30 segundos, sem apoio de costas com os pés apoiados no banco, mas, frequentemente, usava as mãos para corrigir o desequilíbrio. No último momento de avaliação a Pessoa foi capaz de estar sentada por dois minutos, com os pés apoiados no banco, sem apoio de costas e com os braços cruzados com a supervisão do EEER.

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

17

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

A dimensão de conhecimento e aprendizagem sobre técnica de equilíbrio corporal não foi demonstrada aos longo das sessões.

No que respeita à força muscular, esta foi avaliada em dois momentos e verifica-se uma melhoria no membro superior esquerdo e no membro inferior esquerdo. No que respeita ao corpo direito também se verifica aumento da força muscular, tal como mostra a tabela abaixo:

Segmento Corporal	1ª avaliação	2ª avaliação
MSD	4-/5	4/5
MID	4-/5	4/5
MSE	3/5	3+/5
MIE	3/5	3+/5

Tabela 3: Avaliação do movimento muscular através da escala *Medical Research Council* modificada

Quanto à avaliação do grau de funcionalidade da Pessoa, apesar de este se manter dentro do corte da dependência total, é possível observar evolução positiva, tal como mostra a tabela seguinte:

Índice de Barthel	
1ª Avaliação	5/100
2ª Avaliação	10/100

Tabela 4: Índice de Barthel

Neste ponto, a alteração verifica-se na performance da pessoa nas transferências, que passou de um estado de “dependência, não tem equilíbrio sentada”, para uma situação em que “necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se”.

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

18

4. DISCUSSÃO

Os resultados permitem verificar os ganhos obtidos na recuperação do equilíbrio corporal com o programa de intervenção de enfermagem de reabilitação implementado. Também Rocha e os seus colaboradores validaram no seu estudo a efetividade da intervenção do EEER na prescrição e implementação de exercícios que conduzem à recuperação do equilíbrio corporal. (Rocha, 2020)

No momento da segunda avaliação, apesar de pela avaliação na Escala de Berg a Pessoa permanecer no status de equilíbrio comprometido (=3), a aquisição da capacidade de permanecer sentada com os pés apoiados e com as mãos cruzadas durante dois minutos, sem apoio de costas, permitiu à Pessoa ultrapassar a situação de confinamento ao leito. Tal como descrevem Alcobia e os seus colaboradores, o treino de equilíbrio deve ser realizado inicialmente com a pessoa sentada no leito com os pés assentes no chão (Alcobia, 2019), pelo que a aquisição desta competência se revelou de extrema importância.

No sentido de otimizar os resultados em termos de ganhos no equilíbrio corporal, foi incluído no programa o treino de força muscular. Após a implementação do programa de reabilitação constatou-se uma melhoria da força dos segmentos avaliados. A força muscular constitui-se como um dos requisitos para alcançar o equilíbrio corporal. (Salomão, 2020) Rocha e os seus colaboradores, após a implementação de um programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com acidente vascular cerebral com alteração do equilíbrio corporal, concluem a importância do treino de força na otimização dos ganhos no equilíbrio corporal. (Rocha, 2019) Também Lurie e os seus colaboradores, apontam que o treino de força muscular melhora o equilíbrio corporal. (Lurie *et al.*, 2020)

No que respeita à funcionalidade da Pessoa, apesar de a avaliação não predizer mudança de status de dependência, verificaram-se ganhos nesta dimensão relacionados com a capacidade de executar transferências com a ajuda de outra pessoa pela aquisição de equilíbrio corporal e força muscular. A aquisição desta capacidade foi um ganho muito importante para a Pessoa e para a família, uma vez que permitiu a participação na vida familiar (fazer refeições com a família, ir ao quintal), contribuindo desta forma para a

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

sua satisfação e qualidade de vida. Também Freitas na sua investigação conclui que uma melhor capacidade funcional está associada a uma melhor qualidade de vida no idoso. (Freitas, 2020) Este princípio alinha-se com o descrito pela Ordem dos Enfermeiros, no que respeita aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no enunciado relativo à Satisfação do Cliente. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A intervenção do EEER, neste caso em concreto, foi condicionada pela adesão da pessoa ao programa de intervenção devido à sua situação de demência. Um dos principais desafios à implementação deste programa de reabilitação foi a necessidade de desenvolver estratégias que melhorassem a participação da pessoa no programa, o que impôs o desenvolvimento de estratégias, como a utilização de madeiras com diferentes cores e molas grandes coloridas. Os exercícios musculares e articulares, na maior parte das situações, só foram possíveis de executar solicitando à pessoa que alcançasse ou mobilizasse os objetos atrás descritos.

Por outro lado, a implementação de programas no domicílio constitui-se como um desafio no sentido de contornar algumas limitações relacionadas com este contexto, como por exemplo, o facto de a cama articulada da Pessoa se encontrar avariada e não baixar o plano. Para ultrapassar esta grande limitação foi essencial o envolvimento da família, que ao valorizar o objetivo do programa de enfermagem de reabilitação e seguindo as instruções dadas pelo EEER, transformou uma gaveta de madeira, num banco com superfície antiderrapante. Esta foi uma intervenção preponderante nos ganhos no equilíbrio corporal, pois só a partir deste momento foi possível colocar a pessoa em posição de sentada, com os pés apoiados, e desenvolver intervenções com a Pessoa posicionada desta forma. Esta intervenção do EEER alinha-se com o descrito no regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, competência J1.2.5, que contempla a capacidade do EEER em identificar e gerir os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade. (Diário da República, 2019)

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

20

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso apresentou uma análise de um programa de enfermagem de reabilitação numa Pessoa com alteração do equilíbrio corporal. As intervenções realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) resultaram em melhorias no que respeita ao equilíbrio corporal, bem como à força muscular e funcionalidade da Pessoa.

Apesar dos desafios enfrentados, como a não adesão da Pessoa ao programa de enfermagem de reabilitação, a dificuldade existente nas avaliações, bem como limitações ambientais, os resultados positivos efetivam a importância de intervenções sistemáticas e adaptadas às necessidades individuais. Não obstante as limitações metodológicas que o estudo possa ter por se tratar de um trabalho académico, os resultados obtidos apontam para a pertinência das intervenções desenvolvidas.

Este estudo reafirma a intervenção crucial do EEER na promoção de ganhos em saúde e na melhoria da qualidade de vida, reiterando que as comorbilidades não invalidam o processo de reabilitação.

Futuras pesquisas poderiam explorar as estratégias para adesão a programas de enfermagem de reabilitação em pessoas com demência.

REFERÊNCIAS

- Alcobia, A., Ferreira, R., Soares, M., & Vieira, J. V. (2019). Enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com andar comprometido. acedido <https://repositorio.ipbeja.pt/server/api/core/bitstreams/2aa0095a-40c2-49e4-8cf7-5e1aceea3548/content>
- Andrade SR, Ruoff AB, Piccoli T, Schmitt MD, Ferreira A, Xavier AC. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2017;26(4). Consultado <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- CHRASTINA, J. (2022). “Case Study or Case Report in Educational Research?”(Key Differences in the Two Formats Illustrated with an Example of Duchenne Muscular Dystrophy). *Proceedings of IAC in Vienna 2022*, 171.Consultado <https://www.conferences-scientific.cz/>
- Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O treino proprioceptivo e de equilíbrio postural no idoso para a prevenção de quedas: Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 66-77.
- de Souza, A. B., de Oliveira, D. T., Carvalho, S. M., Wolf, J. M., Maurer, T. C., & Rosso, L. H. (2024). Fratura femoral em pessoa idosa: dependência dos cuidados de enfermagem. *Revista Cuidarte*, 15(1). consultado evistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/3186
- Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18, OE. Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista.
- Diário da República, n.º 85/2011, Série II de 2019-05-03, OE. Regulamento Competências Específicas Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação.
- Domingues, D. D. J. L. (2023). Dispositivo médico para reabilitação pós fratura do fémur proximal: estudo de usabilidade. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)*, 6(2), 63-77. Consultado [o https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/380](https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/380)
- Eurostar. Ageing Europe - looking at the lives of older people in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022. Consultado https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Main_Page

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

Freitas, M. A. (2020). *Dependência Funcional e Qualidade de Vida dos Clientes Alvo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Um Estudo Descritivo-Correlacional nas Unidades de Rede da Região Autónoma da Madeira* (Doctoral dissertation). Consultado <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33099>

Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., & CARE group. (2014). The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *Journal of clinical epidemiology*, 67(1), 46-51.

Gil, A., Sousa, F., & Martins, M. M. (2020). Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso–Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 27-35. Acedido <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/61>

Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization “Rehabilitation 2030: a call for action”. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* [Internet]. [ci-ted 2024 Junho]; DOI: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3

Henry Cohen, Como escrever um relato de caso de paciente, *American Journal of Health-System Pharmacy*, Volume 63, Edição 19, 1 de outubro de 2006, Páginas 1888–1892, <https://doi.org/10.2146/ajhp060182>

Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.2019. Consultado https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=71882686&PUBLICACOEsmo=2.

Judge, J. O. (2019). Distúrbios da Marcha no Idoso. (MDS, Ed.) USA, Connecticut. Consultado <https://www.msmanuals.com/ptpt/profissional/geriatria/dist%C3%BArbios-da-marcha-no-idoso/dist%C3%BArbios-da-marcha-no-idoso>

Lurie, J. D., Zagaria, A. B., Ellis, L., Pidgeon, D., Gill-Body, K. M., Burke, C., ... & McDonough, C. M. (2020). Surface perturbation training to prevent falls in older adults: a highly pragmatic, randomized controlled trial. *Physical therapy*, 100(7), 1153-1162.

Medical Research Council. Aids to the examination of the peripheral nervous system. [Online] 1943. <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros; 2016. Consultado Vera Nascimento Junho 2024 - Parede

23

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documentos/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa: OE.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE) – Health at a Glance: OECD indicators – Paris: OCDE Publishing, 2023. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fêmur: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4, 6-17. acedido <https://repositorio.ipbeja.pt/server/api/core/bitstreams/fac2b5bc-9024-4596-9cdb-ef94127c06d5/content>

Pinho, A. M., Pires, J., Façanha, J., & Cera, M. C. (2024). Impacto de um Projeto de Reabilitação na Comunidade: Estudo pré-experimental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1).

Ramiro, P. C. L. (2022). *Reabilitação do doente com fratura do colo do fêmur após alta hospitalar-Importância dos cuidados e reabilitação domiciliários* (Master's thesis, Universidade de Évora). Acedido <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/33845>

Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 2017;89:218-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>

Salomão, KL (2020). Testes mais utilizados para avaliar o equilíbrio em idosos: uma revisão de literatura. Acedido <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/38008>

Silva, A., Almeida, G., Cassilhas, R., Cohen, M., Peccin, M., Tufik, S., Mello, M. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 14(2): 88-93. [Online] 2008. <https://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>

Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Tendências epidemiológicas das fraturas do fêmur proximal na população idosa em Portugal. *Acta medica portuguesa*, 31(10), 562-567. consultado <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/10464>

Sousa, L. & Carvalho, M. Pessoa com fratura da extremidade superior do fêmur. [Marques-Vieira, C. & Sousa, L.]. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta; 2017: 421.431.

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico

Ylikoski, P.; Zahle, J. Case study research in the social sciences. *Studies in History and Philosophy of Science*. 2019: doi:10.1016/j.shpsa.2019.10.003;

Vera Nascimento
Junho 2024 - Parede

25

APENDICE II – Relato de Caso Clínico: “Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação para os ganhos em independência no andar na pessoa com acidente vascular cerebral”



2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem no ramo de Reabilitação

RELATO DE CASO

CENTRO DE MEDICINA FÍSICA DE ALCOITÃO

Contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para os ganhos em independência no Andar na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Relato de Caso

Elaborado por

Vera Nascimento, n.º 2023012

Professor Orientador

Nelson Guerra

Enfermeiro Orientador

Ana Monteiro

Barcarena

Novembro de 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem no ramo de Reabilitação

RELATO DE CASO – ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

CENTRO DE MEDICINA FÍSICA DE ALCOITÃO

**Contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para os
ganhos em independência no Andar, na Pessoa com Acidente
Vascular Cerebral: Relato de Caso**

Elaborado

Vera Nascimento, n.º 2023012

Professor Orientador

Dr. Nelson Guerra

Enfermeiro Orientador

Enfermeira Ana Monteiro

Barcarena

Novembro de 2024

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

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

Vera Nascimento – novembro de 2024 - Atlântica

ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - atividades de vida diária

CIPE - Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESO - *European Stroke Organization*

FAC - Functional Ambulation Categories

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

MIF - Medical Independence Functioning

MRC- Escala do Medical Research Council

TUG - *Time Up and Go*

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Vera Nascimento – novembro de 2024 - Atlântica

RESUMO

Introdução: a pessoa que sofre um acidente vascular cerebral (AVC) pode apresentar alteração da força muscular, coordenação e equilíbrio e consequentemente o autocuidado andar comprometido.

Método: estudo de abordagem qualitativa, tipo relato de caso. É apresentado o caso de uma pessoa com o andar comprometido, após acidente vascular cerebral, admitida no serviço de reabilitação de adultos. Foram garantidos os princípios éticos inerentes a investigação.

Resultados: foram evidenciados ganhos de força muscular, equilíbrio postural, funcionalidade e consequente capacidade para andar após 16 intervenções.

Conclusão: os cuidados de enfermagem de reabilitação revelaram-se capazes de contribuir para a independência no andar.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral, enfermagem de reabilitação, força muscular, equilíbrio postural, andar.

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Vera Nascimento – novembro de 2024 - Atlântica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1. MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
1.1 Apresentação do Caso.....	13
1.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação.....	14
1.3 - Diagnósticos de Enfermagem.....	19
1.4 - Programa de reabilitação da Função Motora.....	20
2. RESULTADOS.....	24
3. DISCUSSÃO.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	34
APÊNDICES.....	I
APÊNDICE I.....	II
ANEXOS.....	IV
ANEXO I.....	V
ANEXO II.....	VI

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Avaliação dos pares cranianos.....	14
Quadro 2: Avaliação da espasticidade através da Escala de Ashworth.....	16
Quadro 3 - Avaliação do movimento muscular no hemicorpo direito e hemicorpo esquerdo através da Escala MRC Modificada.....	17
Quadro 4: Avaliação da Medida de Independência Funcional (MIF).....	18
Quadro 5 - Programa de reabilitação funcional motora.....	20
Quadro 6: Avaliação do risco de úlcera de pressão através da escala de Braden.....	25
Quadro 7 - Avaliação do movimento muscular no hemicorpo direito 1/10 e 17/10.....	25
Quadro 8: Evolução do equilíbrio sentado e em pé, estático e dinâmico.....	27
Quadro 9 - Avaliação do equilíbrio corporal através da escala de Berg na avaliação, inicial (D1) e na última sessão (D16)	27
Quadro 10 - Avaliação da dimensão conhecimento e aprendizagem.....	28
Quadro 11 - Avaliação <i>Time Up and Go</i> (TUG)	29

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) encontra-se enquadrado nas doenças cardiovasculares e resulta da interrupção do aporte de sangue no cérebro conduzindo a um decréscimo ou ausência de oxigénio e nutrientes, originando lesões no tecido cerebral. Esta interrupção pode ser de origem isquémica, quando causada por uma oclusão súbita das artérias devido à presença de um trombo formado localmente ou ser de causa hemorrágica, denominando-se de intracerebral, quando acontece no tecido cerebral ou subaracnoídea, se a alteração ocorre entre as meninges. (Organização Mundial de Saúde, 2005).

Segundo os dados do *Global Burden of Disease Study*, relativos ao ano de 2019, constata-se uma incidência de 12,2 milhões de casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em todo o mundo. Representa a segunda causa de morte no mundo e a terceira causa de morte e incapacidade combinadas. Para além disso, verifica-se uma prevalência global de 101 milhões de casos, resultando em 143 milhões de *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs), indicador que reflete o total de anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura e ao tempo vivido com incapacidade. (Feigin *et al.*, 2021)

Em Portugal, o AVC constitui a principal causa de mortalidade e de incapacidade permanentes. (Ribeiro 2023, Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2021). Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2022 o AVC esteve na origem do maior número de óbitos, 9 616, o que representa 7,7% do total de óbitos de residentes em Portugal. A taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares foi de 92,1 mortes de residentes por 100 mil habitantes, o que traduz um acréscimo em relação ao ano anterior. (Instituto Nacional de Estatística, 2024)

A *European Stroke Organization* (ESO), elaborou o Plano de Ação para o AVC na Europa (2018-2030), onde dá conta das profundas desigualdades no acesso a programas de reabilitação nos doentes com AVC na Europa. Segundo esta organização, todos os países devem ter como objetivos para 2030: garantir que pelo menos 90% da população tem acesso a reabilitação precoce na unidade de AVC; proporcionar altas precoces apoiadas a pelo menos 20% dos sobreviventes de AVC em todos os países; oferecer programas de preparação física a todos os sobreviventes de AVC; providenciar um plano documentado para a reabilitação na comunidade e apoio ao autocuidado para todos os doentes que ainda tenham dificuldades no

momento da alta do hospitalar e garantir que todos os doentes que sofreram um AVC e cuidadores recebem uma reavaliação das necessidades de reabilitação e de outras necessidades 3-6 meses após o AVC e anualmente a partir dessa altura (European Stroke Organization, 2019).

A Direção Geral de Saúde criou em 2020, o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares que tem como missão o decréscimo do risco cardiovascular mediante o controlo rigoroso dos fatores de risco modificáveis, com especial atenção à hipertensão arterial e à dislipidemia; assegurar a implementação de terapêuticas apropriadas em eventos críticos, como o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o AVC, por meio de uma articulação interinstitucional que promova a utilização das Vias Verdes e ainda, otimizar o desempenho do sistema de emergência pré-hospitalar (INEM), visando a redução do risco de mortalidade antes da admissão hospitalar. (Direção geral de Saúde, 2024).

As manifestações clínicas do AVC variam consoante os territórios vasculares atingidos (Menoita, 2012). Um de Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresenta, habitualmente, consequências neurológicas significativas, manifestadas através de sinais e sintomas como redução da força muscular (paresia ou paralisia), descoordenação motora, alterações da linguagem (afasia motora e/ou sensorial) e comprometimentos visuais ao nível campimétrico (hemianopsia) ou desvio do olhar conjugado. Adicionalmente, podem surgir apraxia, ataxia, disartria e disfagia, bem como alterações na função cognitiva e do estado de consciência. (Organização Mundial de Saúde, 2020)

Esses comprometimentos impactam significativamente a realização das atividades de vida diária (AVD), reduzindo a funcionalidade e a autonomia do indivíduo. (Araújo et al., 2021).

A enfermagem de reabilitação constitui uma área de intervenção especializada no âmbito da enfermagem, centrando-se na manutenção e promoção do bem-estar, na qualidade de vida e na recuperação da funcionalidade. Foca-se na promoção do autocuidado, na prevenção de complicações e na otimização das capacidades individuais. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) concebe, implementa e monitoria programas de reabilitação diferenciados com o objetivo de minimizar o impacto das incapacidades (Ordem os Enfermeiros, 2015).

É consensual que o exercício profissional da enfermagem de reabilitação deve estar alicerçado em referenciais teóricos. (Martins et al., 2018).

Na Enfermagem de Reabilitação, destaca-se a relevância da Teoria do Déficit de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem. Essa abordagem teórica, concebida inicialmente em 1959, é amplamente utilizada referencial para promover o autocuidado em situações em que a capacidade individual está comprometida devido a condições de saúde. Seu objetivo central é ajudar as pessoas a alcançar a maior independência funcional possível, atuando na satisfação de necessidades essenciais. A teoria combina três componentes interligados: o autocuidado, o déficit de autocuidado e os sistemas de enfermagem, fornecendo uma estrutura abrangente para a prática de reabilitação (Orem, 2001; Queirós, 2010).

O autocuidado é entendido como uma forma de preservar a saúde e gerir a doença. Trata-se de um processo inato ou aprendido que permite que a pessoa adquira capacidade de tomada de iniciativa, responsabilidade e eficácia na potenciação da sua própria saúde. (Petronilho, 2023).

A restauração da independência implica o envolvimento ativo e a motivação da pessoa ao longo de todo o processo de reabilitação. Esta teoria explana 5 métodos de ajuda fundamentais: agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, oferecer suporte físico e emocional e manter um ambiente educativo e propício ao envolvimento individual. (Alligood 2022).

A capacidade de locomoção independente é uma das expressões mais significativas da autonomia funcional e está diretamente associada à percepção de qualidade de vida do indivíduo. (Patla, 1995). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o termo andar concretiza a capacidade da pessoa para se mover: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada. (ICN, 2011) Na ontologia, o autocuidado andar concretiza-se na capacidade de “*mover-se através da marcha*”. (Ordem dos Enfermeiros, 2024)

As alterações da marcha conduzem à restrição da liberdade pessoal e ao decréscimo da qualidade de vida. São também percussores de quedas e, portanto, de lesões potencialmente graves. A marcha ou o andar constitui-se como uma atividade de vida diária complexa, no sentido em que envolve que o sistema nervoso, o sistema músculo-esquelético e o sistema

cardiorrespiratório trabalhem de forma orquestrada. Existem fatores que podem condicionar o modo de andar da pessoa, tais como a idade, personalidade e humor (Pirker & Katzenschlager, 2017).

A marcha humana é uma sequência coordenada de movimentos cíclicos dos membros inferiores, que permite a movimentação do corpo enquanto mantém a postura estável. Este processo divide-se em dois períodos principais: o período de apoio, durante o qual um dos pés permanece em contato com o solo para suportar o peso do corpo, e o período de balanço, quando o pé é elevado para permitir a progressão do membro. Esses períodos alternam-se de forma rítmica, garantindo a eficiência na locomoção. (Kuo, 2010).

A hemiparesia contralateral no AVC é reconhecida como a principal limitação motora decorrente deste evento. Este comprometimento, reduz significativamente a capacidade funcional do membro inferior, afetando o início e o controlo dos movimentos, bem como o equilíbrio, o que resulta em alterações da marcha, caracterizadas por assimetria e redução da sua eficácia. (Maje et al., 2023)

A reabilitação desempenha um papel preponderante em diversos âmbitos, incluindo a recuperação funcional, cognitiva e psicossocial, a integração social, a melhoria da qualidade de vida, a manutenção da atividade profissional e a redução do grau de dependência. (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2021).

Menoita (2012), descreve como objetivos da reabilitação evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e a estimulação do lado afectado, recorrendo a técnicas/attitudes terapêuticas como a facilitação cruzada, indução de restrições, posicionamento anti-espástico, estimulação sensorial, programa de mobilizações e attitudes terapêuticas. (Menoita, 2012)

Em Portugal, a prática do Enfermeiro de Reabilitação fundamenta-se frequentemente nos princípios teóricos propostos por Margaret Johnstone. (Santos et al., 2020) Esta abordagem defende uma reabilitação centrada na prevenção da espasticidade, alcançada por meio de posicionamentos no leito com padrão anti-espástico, e na recuperação das funções do lado afetado, utilizando exercícios de reeducação sensoriomotora, baseados nas etapas do desenvolvimento motor do lactente. A teoria enfatiza a relevância do início das intervenções

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

ainda no leito, com a aplicação contínua das técnicas de posicionamento antiespástico ao longo das 24 horas, especialmente na fase aguda, complementadas por exercícios de automobilização, seguidos de progressões como o rolar, a quadrupedia, o sentar e, finalmente, a marcha. (Johnstone, 1979). Embora desenvolvida há várias décadas, a abordagem de Margaret Johnstone continua a demonstrar resultados positivos na recuperação funcional de pacientes após eventos gravemente incapacitantes, como o AVC (Santos et al., 2020).

Outro aspeto a ter em conta na reabilitação da pessoa com AVC é neuroplasticidade do cérebro. Trata-se da promoção de processos de reestruturação, resultando na capacidade do sistema nervoso central em modificar-se e reorganizar-se a nível estrutural e funcional, na recuperação da região de penumbra e no recrutamento de outras áreas cerebrais não afetadas para assumirem funções das áreas lesadas (Maia, Correia e Leite, 2009). Esta competência do sistema nervoso central é mencionada como um elemento basilar na recuperação funcional da pessoa com AVC. (Teasell, 2012)

Pelo exposto formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos ganhos em independência para o andar na pessoa com a AVC? Prende-se com este relato de caso identificar os ganhos efetivos e sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na recuperação do andar na pessoa após AVC.

1. MATERIAIS E MÉTODOS

Para atender ao objetivo proposto neste trabalho, e considerando a natureza acadêmica da investigação, optou-se pela utilização do relato de caso como método de estudo. Este método caracteriza-se como um estudo de natureza descritiva, permitindo uma análise detalhada de um fenômeno específico no seu contexto real, com vista a compreender as suas particularidades e implicações. (Néné e Sequeira, 2022; Yin, 2017)

O presente relato de caso foi elaborado em conformidade com as orientações definidas no documento orientador do estágio profissionalizante, bem como com as diretrizes internacionais *Case Report* (CARE), reconhecidas como padrão de qualidade para a redação de relatos de caso. Estas diretrizes, conforme evidenciado na literatura, asseguram que relatos de caso de alta qualidade são produzidos quando os investigadores seguem recomendações específicas baseadas em evidências. Gagnier et al. (2014)

A redação deste estudo de caso iniciou-se com uma pesquisa bibliográfica de forma a apoiar a tomada de decisão acerca dos aspetos relacionados do a patologia, a avaliação da pessoa, bem como os instrumentos a utilizar na avaliação de enfermagem de reabilitação. Os dados foram obtidos no contexto da prática em ensino clínico, bem como pela consulta de processo clínico da pessoa em questão.

A admissão da Pessoa no CMRA foi a 26/09/2024, sendo que programa a seguir descrito teve início a 1/10/2024 (D1) a 17/11/2024 (D16), com uma cadência de 2 a 3 sessões por semana. Para a realização deste estudo, foi solicitado e obtido o consentimento informado da pessoa, inicialmente um consentimento verbal e posteriormente um consentimento escrito (Anexo I). Além disso, foi garantido o anonimato da pessoa envolvida, sendo esta referida ao longo do texto de forma genérica como “Pessoa”. Importa referir que existiram outros profissionais que intervieram no processo de reabilitação da Pessoa.

Com o intuito de quantificar os ganhos alcançados com o programa de enfermagem de reabilitação implementado, e em conformidade com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros no documento “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação” e integrando os conhecimentos decorrentes da pesquisa bibliográfica, foram selecionadas as seguintes escalas: Escala de Morse (avaliação do Risco de queda), a Escala de Berg (para avaliação do equilíbrio corporal), Escala de

Ashwooth modificada (avaliação do tônus muscular), Escala de Coma de Glasgow (avaliação do estado de consciência), escala *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) que permite a avaliação da deglutição (Ferreira, 2027), a Escala do *Medical Research Council* (MRC) modificada (para avaliação do movimento muscular). Além disso, foi utilizada a *Medical Independence Functioning* (MIF) para avaliar a independência funcional, fornecendo uma visão integral do progresso da pessoa no processo de reabilitação. Para a avaliação da marcha/andar recorreu-se também ao método das *Functional Ambulation Categories* (FAC)/ Categorias Funcionais da marcha (Holden et al., 1986).

Após o diagnóstico realizado no primeiro momento de avaliação (D1), foram identificados os diagnósticos de enfermagem, com foco nos cuidados especializados do EEER, utilizando como base a linguagem da e a Ontologia. O programa de reabilitação foi estruturado de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, na Ontologia, e na pesquisa bibliográfica dirigida à temática em questão. A avaliação dos resultados da implementação do programa (D16) foi realizada numa segunda fase de avaliação, cumprindo desta forma os pressupostos do processo de enfermagem.

1.1 Apresentação do Caso

Pessoa com 69 anos, género masculino, natural de Cabo Verde. Reside com a esposa e 2 dos 4 filhos num apartamento, no segundo andar sem elevador, WC com poliban. É construtor civil de profissão encontrando-se ainda no ativo. Em relação à lateralidade, é dextro.

Tem como antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2 (inaugural), hipertensão arterial, dislipidemia, hiperplasia gengival tendo sido submetido a gengivectomia, hábitos etanólicos (1 a 2 litros/dia) e tabagismo. Sem alergias ou intolerâncias alimentares conhecidas.

Previamente ao episódio seria autónomo e independente na satisfação das AVD.

A 20/07/2024 saiu de casa no seu estado habitual, tendo sido encontrado posteriormente caído na via pública, com alteração do discurso e da força muscular no hemicorpo direito, foi ativada a via verde AVC extra hospitalar, tendo sido encaminhado ao SU-ULSO. Após realização de meios complementares de diagnóstico contacta-se oclusão da carótida primitiva esquerda, tendo sido submetido a trombectomia mecânica com colocação de stent no Hospital Garcia da Horta, sendo transferido posteriormente para a Unidade de AVC do Hospital São

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Francisco Xavier Ficou com o diagnóstico de AVC isquêmico esquerdo, *Total Anterior Circulation Infarct* (TACI) com oclusão da artéria cerebral média. Ainda em termos imagiológicos são descritos posteriormente “sinais de evolução expectável para cronicidade do enfarte isquêmico frontal parassagital esquerdo, no território da artéria cerebral anterior não sendo identificados sinais de transformação hemorrágica nem lesões isquêmicas de novo. Durante o internamento teve como intercorrência uma queda, sem consequências aparentes. No momento da alta para a unidade de reabilitação, mantém quadro motor de hemiparesia direita.

1.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

De acordo com Gil e seus colaboradores, a implementação de um programa de reabilitação exige a integração de dados provenientes da anamnese, da observação dos exames complementares de diagnóstico e da aplicação de instrumentos de medida. Esses elementos são fundamentais para a avaliação precisa da pessoa, permitindo o desenvolvimento de intervenções adaptadas às suas necessidades específicas. (Gil et al., 2020)

No momento da avaliação (D1), no que respeita ao estado de consciência a pessoa encontra-se vígil score 15 na Escala de Coma de Glasgow com abertura ocular espontânea, resposta verbal orientada e obedece a comandos. (Tasdale & Jennett, 1974). Quanto ao estado de orientação encontra-se orientado no tempo, espaço de pessoa e é capaz de manter vigilância. No que respeita linguagem apresenta discurso espontâneo apresentando alteração da voz (disfonia), é capaz de executar ordens simples e demonstra dificuldade na compreensão de algumas ordens complexas. Não apresenta erros de repetição e nomeou 15 dos 16 objetos apresentados corretamente. A escrita não foi testada por incapacidade motora. Não existe comprometimento das capacidades práticas. Não apresenta negligência hemiespacial unilateral.

Procedeu-se também à avaliação dos pares cranianos, cujo resultado se descreve no quadro abaixo:

Quadro 1 - Avaliação dos pares cranianos

Par Craniano	Avaliação
Olfativo (I)	Sem alterações bilateralmente

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Ótico (II)	Acuidade visual mantida, sem alterações a nível dos campos visuais e sem presença de nistagmo.
Oculo Motor (III), Patético (IV), Oculo Motor Externo(VI)	Sem ptose identificada, resposta pupilas isocóricas e isorreativas e movimento conjugado do globo ocular preservado.
Trigémio (V)	<u>Avaliação Sensitiva</u> Sensibilidade superficial mantida (algodão), térmica mantida (objeto frio/quente) e profunda mantida (ponta de lapis). <u>Avaliação motora:</u> Encerramento da mandíbula sem alterações, com encerramento adequado e lateralização sem alterações.
Facial (VII)	Mimica facial sem alterações (Sinal positivo para enrugamento da testa, encerramento dos olhos, elevação das sobrancelhas, expressão de tristeza, aproximação de lábios para “dar beijinho”)
Estató- Acústico Vestibulococlear (VIII)	Não apresenta alterações da acuidade auditiva (Sistema coclear), reconhece os sons bilateralmente <u>Equilíbrio estático sentado</u> - Eficaz; <u>Equilíbrio dinâmico sentado</u> – Não eficaz, com oscilações, usando a mão como apoio.; <u>Equilíbrio Ortostático estático e dinâmico</u> – Não Eficaz
Glossofaríngeo (IX)	<u>Avaliação sensitiva:</u> Reconhece o sabor doce e salgado <u>Avaliação Motora:</u> Consegue executar a abertura da boca sem alterações pronunciando “Aaaahhh” ou “CACACACA” para avaliação da motricidade laringea.
Vago (X)	Reflexo de vômito presente e ligeira hipofonia
Espinhal ou acessório (XI)	Força muscular Grau 3 do músculo esternocleidomastóideo à direita (força mantida à esquerda); Força muscular Grau 3 do músculo trapézio.
Grande Hipoglosso (XII)	Sem desvio da língua conseguindo executar propulsão da língua e afastamento da linha média, com a respetiva elevação, lateralização

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica
15

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Para a avaliação da coordenação motora, foi aplicada a prova Index-nariz e prova calcanhar joelho. Não se observa dismetria na prova index-nariz. Prova calcanhar joelho não foi avaliada.

Com o intuito de verificar a existência de deglutição comprometida, procedeu-se à aplicação da escala *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) (Ferreira, 2017). O score obtido foi 20 o que indica ausência de deglutição comprometida e risco mínimo de aspiração.

Entendendo que a existência de dor pode condicionar a adesão ao programa de reabilitação e sendo o controle da dor um direito da pessoa procede-se à avaliação da dor através da escala de avaliação numérica da dor (END) (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A pessoa referiu dor a nível da articulação do ombro à direita nos movimentos acima dos 90 graus. A intensidade referida foi END 4, o que indica dor moderada, que pode interferir nas atividades diárias.

Não se observaram alterações da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa). No que respeita à sensibilidade profundas não se observou barasterias ou alteração da sensibilidade postural ou esteriognosia (a pessoa identificou a banana colocada na sua mão). Por ausência no momento da avaliação de diapasão não foi realizada a avaliação da sensibilidade vibratória. (Menoita, 2012)

Quanto ao risco de úlcera de pressão, recorrendo à escala de Braden (Direção Geral de Saúde, 2011), a pontuação obtida foi 19 o que indica baixo risco de úlcera de pressão.

O tónus muscular foi avaliado com recurso à Escala de Ashworth modificada cujos resultados da avaliação sequeem o quadro abaixo:

Quadro 2: Avaliação da espasticidade através da Escala de Ashworth (Legenda – Anexo I)

Segmento corporal	Grau
MSD	0
MID	1
MSE	0
MIE	0

Verifica-se presença de espasticidade grau 1 na escala de Ashworth durante a flexão plantar.

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

A força muscular foi avaliada com recurso à escala *Medical Research Council modificada* (MRC modificada). Esta escala tem a pontuação de 0 a 5 **graus** (Ordem dos Enfermeiros, 2026). Observou-se diminuição da força em todos os segmentos avaliados no hemicorpo direito. No que respeita ao hemicorpo esquerdo não existe alteração em nenhum segmento.

Quadro 3 - Avaliação do movimento muscular no hemicorpo direito e hemicorpo esquerdo através da Escala MRC Modificada.

Segmentos Hemicorpo Direito	Movimento	D1	Segmentos Hemicorpo Esquerdo	Movimento	D16
Escapulo-umeral	Flexão	3-/5	Escápulo-umeral	Flexão	5/5
	Extensão	3-/5		Extensão	5/5
	Adução	3-/5		Adução	5/5
	Abdução	2+/5		Abdução	5/5
	Rotação Externa	3/5		Rotação Externa	5/5
	Rotação Interna	3/5		Rotação Interna	5/5
Cotovelo	Flexão	3+/5	Cotovelo	Flexão	5/5
	Extensão	3/5		Extensão	5/5
Antebraço	Pronação	3/5	Antebraço	Pronação	5/5
	Supinação	3/5		Supinação	5/5
Punho	Flexão	3/5	Punho	Flexão	5/5
	Extensão	3/5		Extensão	5/5
Dedos	Flexão/Extensão	3/5	Dedos	Flexão/Extensão	5/5
	Adução/abdução	3+/5		Adução/abdução	5/5
Coxo-Femoral	Flexão	3/5	Coxo-Femoral	Flexão	5/5
	Extensão	3/5		Extensão	5/5
	Adução	3+/5		Adução	5/5
	Abdução	3-/5		Abdução	5/5
	Rotação externa	3/5		Rotação externa	5/5
	Rotação interna	3-/5		Rotação interna	5/5
Joelho	Flexão	3+/5	Joelho	Flexão	5/5
	Extensão	3/5		Extensão	5/5
Tibio-társica	Flexão plantar	3/5	Tibio-társica	Flexão plantar	5/5
	Flexão dorsal	2+/5		Flexão dorsal	5/5

Para avaliar o equilíbrio postural optou-se pela Escala de equilíbrio de Berg, que na sua versão original, foi desenvolvida em 1992, sendo posteriormente traduzida e validada para a população portuguesa. Este instrumento tem como objetivo avaliar o equilíbrio funcional,

tanto estático quanto dinâmico. Além disso, a escala é eficaz ao predizer risco de queda na população adulta e idosa. (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Na primeira avaliação foram

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica

obtidos 19 pontos o que prediz risco de queda elevado. Foi ainda avaliado o risco de queda através da escala de Morse, cuja pontuação obtida foram 60 pontos que indica alto risco de queda. A pessoa apresenta equilíbrio estático sentado eficaz e equilíbrio dinâmico comprometido. Quando ao equilíbrio em posição ortostática, ambos apresentam alterações.

Para diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade da pessoa recorreu-se à escala Medida de Independência Funcional (MIF) avalia o desempenho e necessidade de cuidados exigida para a realização de determinadas tarefas predizendo o grau de capacidade/incapacidade da pessoa. (Granger, 1986). O resultado obtido nesta avaliação foi 83 o que indica um grau de dependência moderada. As pontuações mais baixas relacionam-se com a avaliação da dimensão motora, nomeadamente, com os itens relacionados com a locomoção:

Quadro 4: Avaliação da Medida de Independência Funcional - MIF

Transferências	Pontuação
Marcha/Cadeira de rodas	3
Escadas	1

Avaliação da marcha foi realizada com recurso ao método das Funcional Ambulation Categories (FAC). Este instrumento permite a categorização detalhada do suporte físico necessário às pessoas que executam a marcha (Holden et al., 1986). Na avaliação inicial a Pessoa encontrava-se na Categoria 2 (o indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio).

1.3 - Diagnósticos de Enfermagem

Tendo em conta a avaliação inicial realizada que permitiu aferir também o potencial de reabilitação, bem como as expectativas da pessoa em relação ao programa de reabilitação, cuja ambição mais manifestada foi a capacidade para a andar de forma independente, e na impossibilidade de neste trabalho explanar todos os focos inerentes à complexidade dos cuidados de enfermagem de enfermagem, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem relacionados com os focos “movimento muscular”, “equilíbrio corporal” e “andar”:

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

- Movimento muscular diminuído [no corpo direito];
- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular [no corpo direito];
- Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular [no corpo direito];
- Equilíbrio corporal comprometido;
- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;
- Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal;
- Andar comprometido;
- Potencial para melhorar conhecimento sobre andar;
- Potencial para melhorar capacidade para andar.

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Quadro 5 - Programa de reabilitação funcional motora

Diagnóstico de Enfermagem Movimento muscular diminuído [corpo direito];	Intervenções de Enfermagem - Monitorizar força muscular através de escala [MRC modificada]. - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativa-assistida e ativa-resistida correspondente à força muscular avaliada [em padrão inibitório de espasticidade, no sentido distal-proximal, respeitando o limiar da dor e amplitude articular, planos e eixos] (1 série de 10 repetições) » membro inferior direito: Flexão/extensão dos dedos do pé; Inversão/eversão tibiotársica; Dorsiflexão/flexão; plantar; Flexão/extensão do joelho; Rotação interna e externa, adução/abdução flexão/extensão, circundação da coxofemoral; rotação interna e externa com flexão do joelho e coxofemoral (1 série de 10 repetições); - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativa-assistida e ativa-resistida correspondente à força muscular avaliada [em padrão inibitório de espasticidade, no sentido distal-proximal, respeitando o limiar da dor e amplitude articular, planos e eixos] (1 série de 10 repetições) » membro superior direito: Flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oposição do polegar; flexão/hiperextensão do punho, com desvio radial/cubital; Supinação/pronação do antebraço; flexão/extensão do cotovelo flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa, circundação, elevação/depressão do ombro (1 série de 10 repetições). - Atividades terapêuticas: Rolamentos para o lado afetado e para o lado sã; exercícios de ponte sem bola (fase inicial, com bola posteriormente); flexão/ extensão controlada da anca; automobilização do membro superior e inferior; facilitação cruzada com carga no cotovelo (1 série de 10 repetições).
(Sistema de enfermagem parcialmente compensatório)	

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

(Sistema de enfermagem parcialmente compensatório)	- Estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural), com utilização de espelho quadriculado favorecendo a autocorreção; - Executar técnica de treino de equilíbrio deitado (exercício do gancho e ponte, incluindo ponte com apoio unilateral, dissociação de cinturas, rolar, balancear dentro dos eixos anatômicos e retomar à posição de origem) (1 série, 10 repetições) - Exercícios de coordenação de movimento (bater palmas, entrelaçar os dedos das mãos, atirar e receber uma bola) - Estimular a proprioceptividade (permanência na cadeira de balanço, com os pés apoiados no chão sem calçado; exercícios de chutar a bola, 1 série, 10 repetições); - Executar técnica de treino de equilíbrio sentado dinâmico (induzir ligeiro balanço no tronco da pessoa (Menoita, 2012), extensão do tronco, alcance para a frente, alcance lateral e extensão do tronco com a região lombar apoiada na bola suíça (Whagh et al., 2017 citado por Saraiva, 2024; Crieckinge, 2017)), elevação da bacia (pessoa senta-se na cadeira, levanta a bacia do lado afetado e lado são, de forma alternada (1 série, 10 repetições); - Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico ortostático: levantar para posição ortostática sem apoio de braços (1 série, 10 repetições), flexão do joelho unilateral (10 segundos), flexão, extensão da coxofemoral, adução/abdução da coxofemoral mantendo o apoio unipodal sem fletir o joelho, alinhamento dos pés em linha reta (Rocha, 2020), flexão e dorsiflexão do tornozelo (1 série, 10 repetições) Time up and go, marcha para os lados, alternância de carga dos membros inferiores, treino de dupla tarefa (marcha enquanto segura um copo de água. (Saleh et al., 2019 citado por Saraiva, 2024) [aumento de intensidade do exercício: redução da base de apoio, aumento do braço de alavanca, aumento dos limites de estabilidade, aumento do número de repetições, feedback visual executando os exercícios de olhos abertos e olhos fechados Crieckinge, 2017)
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal dinâmico sentado, equilíbrio estático de pé e dinâmico de pé;

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica

	- Ensinar sobre técnicas de atividades terapêuticas [Rolamentos para o lado afetado e para o lado são; exercícios de ponte e ponte com bola; flexão/ extensão controlada da anca; automobilização do membro superior e inferior; carga sensitiva no cotovelo; facilitação cruzada] 1 série de 10 repetições]. (Rocha et al, 2019)
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular [no corpo direito];	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [Exercícios ativos: técnica de automobilização do hemitórax direito (membro superior: entrelaçar as mãos com as palmas em contacto; estender o cotovelo, elevar as mãos acima da cabeça, obtendo a protração do ombro; membro inferior: colocar a perna afetada por cima da perna não afetada e promover a flexão e extensão) 1 série de 10 repetições]; - Instruir sobre técnicas de atividades terapêuticas [(Rolamentos para o lado afetado e para o lado são; exercícios de ponte e ponte com bola; flexão/ extensão controlada da anca; automobilização do membro superior e inferior; carga sensitiva no cotovelo; facilitação cruzada] 1 série de 10 repetições]; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular [Exercícios ativo: técnica de automobilização do hemitórax direito (membro superior: entrelaçar as mãos com as palmas em contacto; estender o cotovelo, elevar as mãos acima da cabeça, obtendo a protração do ombro; membro inferior: colocar a perna afetada por cima da perna não afetada e promover a flexão e extensão), 1 série de 10 repetições]; - Treinar técnicas de atividades terapêuticas [Rolamentos para o lado afetado e para o lado são; exercícios de Ponte e ponte com e sem bola; flexão/ extensão controlada da anca; automobilização do membro superior e inferior; carga sensitiva no cotovelo; facilitação cruzada] 1 série de 10 repetições].
Equilíbrio corporal comprometido	- Monitorizar equilíbrio corporal através de escala [Escala de Berg]; - Avaliar equilíbrio corporal [equilíbrio estático e dinâmico sentado];

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica

para usar técnica de equilíbrio corporal	- Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal [correção postural, facilitação cruzada, exercício de equilíbrio dinâmico sentado; equilíbrio estático de pé e dinâmico de pé]; - Treinar técnica de equilíbrio corporal.
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar/	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar. - Avaliar conhecimento sobre técnicas de adaptação para andar; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar; - Ensinar sobre técnica de adaptação para andar [Ensinar sobre andar: subir e descer escadas (Subir: apoiar a mão sã no corrimão; 1º membro inferior sã; 2º membro inferior parético; Descer: Apoiar a mão sã no corrimão; 1º membro inferior parético; 2º membro inferior sã)]; - Assistir a pessoa na autoavaliação do andar.
Potencial para melhorar capacidade para andar	- Avaliar a evolução da capacidade para andar: [força muscular, equilíbrio corporal, coordenação motora, mobilidade articular, integridade sensorial, motivação e confiança (Vieira e Caldas, 2017); Anda com passadas eficazes a diferentes ritmos (Rocha, 2020)]; - Instruir a andar; - Treinar o andar (enfermaria, treino de escadas, treino em piso irregular, exterior)
Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar	- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar; - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica

2. RESULTADOS

O programa de reabilitação foi implementado ao longo de 16 sessões com de cerca de 45/60 minutos. Apesar da cadência das sessões não ser constante, condicionada pela ida da Pessoa para o domicílio, foi cumprido o número de sessões previstas à prior. As sessões foram precedidas da monitorização dos sinais vitais, garantindo assim a estabilidade hemodinâmica. No sentido de compreender a intensidade do exercício recorreu-se ao *Talk Test*'' (baixa intensidade: a pessoa consegue falar frases completas sem dificuldade; intensidade moderada: consegue falar, mas com pausas para respirar.; alta intensidade: falar torna-se difícil ou impossível) (Foster, 2008).

Durante o programa a Pessoa manteve-se vígil, orientada no tempo, espaço e pessoa, motivada e colaborante, manifestando confiança e empenho no seu processo de reabilitação.

No que respeita á avaliação dos pares cranianos destaca-se a alteração referente ao VIII par, estato-acústico vestibulocloclear onde se observa a aquisição de equilíbrio dinâmico sentado e equilíbrio ortostático estático e dinâmico. Na avaliação do XI par craniano (espinhal ou acessório) verifica-se aumento da foça muscular do musculo esternocleidomastoideu à direita (3+ MRC modificada) bem como no musculo trapezesio (4-MRCmodificada). Na avaliação do nervo Vago (X), apesar de manter hipofonia, verifica-se melhoria da mesma.

Nesta fase, por melhoria da funcionalidade do membro inferior direito foi possível realizar a prova calcanhar Joelho avaliando os dois membros. A pessoa foi capaz de deslizar o calcanhar ao longo da crista da tibia partindo do joelho.

Com o intuito de verificar a existência de deglutição comprometida, procedeu-se á aplicação da escala Gugging Swallowing Screen (GUSS). O score obtido foi 20, tal como na avaliação inicial, o que prediz que a Pessoa não apresenta disfagia com risco mínimo de aspiração.

Durante a implementação do programa de reabilitação houve que preocupação em proporcionar conforto e alívio da dor à Pessoa. Inicialmente houve introdução de analgesia no esquema terapêutico, aplicação de calor (10 minutos) e massagem. A partir da segunda semana de programa a pessoa refere dor score 2 e na última avaliação a pessoa refere score de dor 0, na escala de avaliação numérica da dor (END). Quando á sensibilidade a Pessoa

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

mantém sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa). No que respeita à sensibilidade profundas não se observou barasterias ou esteriognosia.

A tabela seguinte mostra a evolução do risco de úlcera de pressão.

Quadro 6: Avaliação do risco de úlcera de pressão através da escala de Braden.

Escala de Braden	1/10/2021	17/10/2024
Pontuação	19	21

Pelos dados obtidos verifica-se que a pessoa mantém baixa risco de úlcera de pressão. A diferença do score obtido prende com o facto de na última avaliação a pessoa já andar fora do quarto várias horas durante o período em que permanece acordada.

Quando à avaliação do tónus muscular, após o programa de intervenção verificou-se a permanência de espasticidade grau 1 na escala de *Ashworth* durante a flexão plantar.

No que respeita à força muscular no hemicorpo esquerdo não se observaram alterações – movimento muscular mantido. Todas as mobilizações e exercícios foram realizados bilateralmente. O quadro seguinte permite observar os ganhos em força muscular da Pessoa no hemicorpo direito:

Quadro 7 - Avaliação do movimento muscular no hemicorpo direito 1/10 e 17/10

Segmentos Hemicorpo Direito	Movimento	D1	D16
Escapulo-umeral	Flexão	3-/5	3/5
	Extensão	3-/5	3/5
	Adução	3-/5	4/5
	Abdução	2+/5	3+/5
	Rotação Externa	3/5	4/5
	Rotação Interna	3/5	4/5
Cotovelo	Flexão	3+/5	4-/5

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

	Extensão	3/5	3+/5
Antebraço	Pronação	3/5	3+/5
	Supinação	3/5	3+/5
Punho	Flexão	3/5	3+/5
	Extensão	3/5	3+/5
Dedos	Flexão/Extensão	3/5	3+/5
	Adução/abdução	3+/5	3+/5
Coxo-Femoral	Flexão	3/5	4-/5
	Extensão	3/5	3+/5
	Adução	3+/5	4/5
	Abdução	3-/5	4-/5
	Rotação externa	3/5	4-/5
	Rotação interna	3-/5	3+/5
Joelho	Flexão	3+/5	4/5
	Extensão	3/5	4-/5
Tibio-társica	Flexão plantar	3/5	4-/5
	Flexão dorsal	2+/5	3+/5

Observa-se melhoria do movimento muscular nos diversos segmentos avaliados. Ao longo do programa foram implementados diversos exercícios de promotores do desenvolvimento da força muscular. A opção pela MRC modificada revelou-se uma opção metodológica fundamental para avaliar os ganhos de força muscular adquiridos pela implementação deste programa de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Durante o programa de reabilitação foram realizados prescritos e implementados diversos exercícios no sentido de melhorar o equilíbrio corporal. O objetivo neste campo foi melhorar o equilíbrio dinâmico na posição de sentado, competência adquirida no sinal da segunda

semana de intervenção, e promover o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática. A tabela seguinte constata essa evolução:

Quadro 8: Evolução do equilíbrio sentado e em pé, estático e dinâmico.

Equilíbrio	D1	D16
Equilíbrio Sentado	Eficaz/Não eficaz	Eficaz/Eficaz
Estático / Dinâmico		
Equilíbrio Pé	Não eficaz/Não eficaz	Eficaz/Eficaz
Estático / Dinâmico		

A preservação do equilíbrio na posição ortostática constitui-se como uma atividade exigente uma vez que requer a manutenção da postura corporal com o mínimo de oscilação. (Rocha, 2020). A tabela seguinte mostra evolução do equilíbrio através da aplicação da escala de Berg.

Quadro 9 - Avaliação do equilíbrio corporal através da escala de Berg na avaliação, inicial (D1) e na última sessão (D16)

Escala de Equilíbrio de Berg	D1	D16
Pontuação	19/56	40/56

O programa de reabilitação efetuado revelou-se eficaz na promoção do equilíbrio corporal e prevenção de quedas. Os resultados obtidos na segunda avaliação indicam a passagem do corte do alto risco de queda para o risco moderado de queda, onde a pessoa necessita de supervisão nas tarefas mais desafiantes. Esta diminuição do risco de queda da pessoa é também evidenciada na reavaliação de risco de queda pela escala de Morse onde na segunda avaliação se constata pontuação igual a 40 o que corresponde a risco de queda moderado.

No que diz respeito ao desempenho da pessoa e necessidade de cuidados requerida para a realização de determinadas tarefas, a interpretação do resultado da escala MIF na última avaliação revela melhoria da funcionalidade da pessoa evoluindo de um score de 83 para 109

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

pontos. Esta melhoria é mais expressiva na dimensão motora, nomeadamente, com os itens relacionados com a locomoção.

Quando á categorização detalhada do suporte físico necessário ás pessoas que executam marcha (FAC) a pessoa no final do programa de reabilitação enquadra-se ca categoria 4 (o suporte verbal é requerido para escadas e superfícies irregulares).

Quanto ás dimensões do conhecimento e aprendizagem, estas foram trabalhadas desde a implementação do programa revelando-se essenciais para o desempenho da pessoa na realização dos exercícios e maximização das suas capacidades. Essa aquisição de conhecimentos é revelada na tabela seguinte:

Quadro 10 - Avaliação da dimensão conhecimento e aprendizagem

Diagnóstico de Enfermagem	1/10	17/1
		1
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular [no corpo direito]	ND	D
- Potencial para melhorar capacidade para executa técnicas de exercício muscular e articular [no corpo direito];	ND	D
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	ND	D
- Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal;	ND	D
- Potencial para melhorar conhecimento sobre andar;	ND	D
- Potencial para melhorar capacidade para andar.	ND	D

Legenda: D-Demonstra; ND- Não demonstra

Para avaliar o foco andar procedeu-se ainda á aplicação do teste *Time Up and Go* (TUG). Para além de um instrumento de avaliação, este procedimento revelou-se também um exercício de extrema importância no processo de reabilitação pela simplicidade da sua aplicação e cuja

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica

28

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

realização e resultados obtidos foram geradores de motivação na Pessoa e por isso impulsionadores do ser processo de reabilitação. Este teste não foi realizado na avaliação inicial por incapacidade da Pessoa, pelo que não é possível inferir a sua evolução de forma precisa. Reconhecendo esta limitação opta-se, ainda assim por apresentar os resultados:

Quadro 11 - Avaliação *Time Up and Go* (TUG).

Avaliação	2ªsemana	3ªsemana	17/11
Tempo	43''25'''	25''38'''	19''96'''

3. DISCUSSÃO

Como referido por diversos autores, o andar comprometido é uma consequência comum após o AVC que condiciona a independência funcional da pessoa (Boumer, 2019).

A análise dos dados apresentados permitem verificar a efectividade da intervenção do EEER na prescrição e implementação de exercícios que promovam a independência no autocuidado andar na pessoa com AVC.

Andar requer que o sistema nervoso, o sistema músculo-esquelético e o sistema cardiorrespiratório trabalhem em sinergia, (Pirker & Katzenschlager, 2017), requerendo, força muscular e equilíbrio corporal (Vieira e Caldas, 2017).

Tendo em conta o descrito anteriormente, foi prescrito um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação orientado para o incremento de força muscular e de equilíbrio corporal que, tal como descrito na literatura, favorece uma marcha eficaz.

A capacidade cognitiva preservada da pessoa aleada à sua motivação perante o programa de enfermagem de reabilitação proposto foi, sem dúvida, uma componente potencializadora dos ganhos obtidos. Esta motivação, esta em grande parte relacionada com o facto dos objetivos do programa de reabilitação irem de encontro às expectativas que a Pessoa apresentava em relação ao mesmo.

O programa foi dinâmico sendo a prescrição de exercício individualizado orientada pelos princípios do acrónimo FITT-VP, ajustado à evolução da Pessoa.

Na fase inicial do programa de reabilitação foram privilegiados exercícios com a Pessoa deitada, tais como exercício muscular e articular passiva, ativa-assistida e ativa-resistida bem como atividades terapêuticas. Também Santos e os seus colaboradores, ao investigarem os ganhos obtidos com a intervenção de enfermagem de reabilitação na pessoa com AVC, baseada nos princípios de Margaret Johnston, com o treino de força e equilíbrio corporal verificaram ganhos na funcionalidade da pessoa (Santos, 2020).

O programa de intervenção implementando revelou-se eficaz na melhoria da força muscular da Pessoa observando-se ganho de força em todos os segmentos corporais avaliados (Indicador de resultado), demonstrado pela avaliação da MRC modificada (indicador de

estrutura). Por outro lado, constata-se que as intervenções implementadas também contribuíram para a aquisição de equilíbrio corporal. Também Alcobia e os seus colaboradores (2019), estudaram o efeito do treino de força na pessoa com o andar comprometido, através da implementação de um programa de reabilitação motora que corrobora os resultados obtidos neste estudo.

Mwansa e os seus colaboradores (2021), num estudo alargado sobre o efeito do treino de força muscular na pessoa após acidente vascular cerebral evidenciam a importância do treino de força na melhoria da força muscular em membros inferiores, músculos do tronco, parâmetros da marcha e equilíbrio em pessoas com AVC. (Mwansa et al., 2021)

A perda de equilíbrio corporal constitui-se como uma consequência provável na pessoa após AVC (Antunes, 2016). O programa instituído permitiu a aquisição de equilíbrio corporal refletido nos resultados da avaliação da escala de Berg. Também Rocha e os seus colaboradores ao estudar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação com programa de atividades e exercícios terapêuticos na recuperação do equilíbrio corporal, concluem que estes são capazes de melhorar o equilíbrio corporal da pessoa com AVC e, deste modo, contribuem para a maximização da funcionalidade da pessoa. (Rocha, 2019). Esta melhoria da funcionalidade é resultado, entre outras componentes, da capacidade da Pessoa em andar.

A realização deste relato de caso constitui-se como uma ferramenta para o desenvolvimento de competências, uma vez que implicou percorrer todas as etapas inerentes à prescrição de um programa de enfermagem de reabilitação: avaliação, conceção, implementação e reavaliação dos resultados esperados. Conceber este programa de reabilitação motora requereu aprofundar conhecimentos referentes à seleção dos melhores instrumentos de avaliação e das intervenções de enfermagem de reabilitação capazes de maximizar a funcionalidade da pessoa, integrando os conhecimentos teóricos obtidos ao longo do curso e desenvolvendo novos conhecimentos e competências decorrentes da complexidade do caso clínico e do desenvolvimento do processo de autoformação.

Uma das principais dificuldades na realização deste trabalho prendeu-se com a gestão das

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

sessões de enfermagem de reabilitação enquadradas num programa de reabilitação multidisciplinar quando realizava turno da manhã, em que a pessoa tem a intervenção de vários profissionais. Para ultrapassar este constrangimento foi importante a organização previa das sessões

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica
32

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de caso descreve um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação implementado num serviço de reabilitação de adultos a uma pessoa com o andar comprometido após AVC.

O programa de enfermagem de reabilitação orientado para a aquisição de força muscular e equilíbrio corporal revelou-se capaz de produzir ganhos na funcionalidade, nomeadamente, no autocuidado andar.

Apesar de Pessoa estar inserida num programa de reabilitação multidisciplinar, este trabalho valida a intervenção do EEER no desenvolvimento e implementação de programas de reabilitação promotoras do andar.

A principal limitação deste trabalho prende-se com o cariz do estudo, uma vez que o programa foi aplicado a uma só pessoa e com a escassez de investigação sobre a temática.

Novas investigações apontam para a eficácia do treino de marcha com recurso a realidade virtual pelo que seria pertinente que os EEER desenvolvessem investigação sobre esta temática.

BIBLIOGRAFIA

Alcobia, A. F. M. (2019). *Programa de enfermagem de reabilitação a pessoas com andar comprometido* (Doctoral dissertation). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32853>

Antunes J, Justo F, Justo A, Ramos G, Prudente C. Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Rev Fisioter S Fun. Fortaleza*, 2016 Jan-Jul; 5(1): 30-41. Disponível em <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/19343>

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021) - Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 164-233). Lisboa: Lidel

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2014. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadroDocumental_EER.pdf

Boumer TC, Firmino TC, Devetak GF, et al. Efeitos do Treino de Marcha com Suporte Parcial de Peso Corporal Associado a Fisioterapia Convencional sobre o Equilíbrio Funcional e a Independência da Marcha Pós-AVC: Estudo Clínico Randomizado. *Revista Inspirar Movimento e Saúde* [revista em linha]. 2019 [citado em 21 julho 2020]; 19 (4). Disponível na Internet: <https://www.researchgate.net/publication/>

Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2, 2011. Lusodidata, Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

COIMBRA, N. Trauma Cranioencefálico. In: COIMBRA, N. *Enfermagem de Urgência e Emergência*. 2. ed. Lisboa: Lidel, 2021. p. 287-297. Disponível <https://m.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-enfermagem/enfermagem/enfermagem-de-urgencia-e-emergencia/>

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Ribeiro, O. M. P. L., Pinto, C. A. S., & de Sousa Regadas, S. C. R. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. Disponível na Internet: <https://scholar.google.com.br/scholar>

Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18, OE. Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista. Disponível <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>

Diário da República, n.º 65/2018, Série I de 2018-08-16 Alteração do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior Disponível <https://diariodarepublica.pt/dr/>

Diário da República, n.º 85/2011, Série II de 2019-05-03, OE. Regulamento Competências Específicas Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação. superior Disponível <https://diariodarepublica.pt/dr/>

Diário da República, n.º 85/2011, Série II de 2019-05-03, OE. Regulamento Competências Específicas Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação. superior Disponível <https://diariodarepublica.pt/dr/>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Orientação da Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/58966314/Escala-de-Braden-Normativa-DGS>

Direção-Geral da Saúde. (n.d.). Doenças cérebro-cardiovasculares. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>

Ferreira, A. M. D. S. (2017). *Avaliação da deglutição com a aplicação da escala GUSS: Contribuição da enfermagem de reabilitação* (Doctoral dissertation, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar>

Foster, C., Porcari, J. P., Anderson, J., Paulson, M., Smaczny, D., Webber, H., ... & Doberstein, S. T. (2008). The talk test as a marker of exercise training intensity. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 28(1), 24-30. <https://doi.org/10.1097/01.HCR.0000311504.41775.78>

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica
35

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., & CARE Group. (2014). The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(1), 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.003>

Gil, A., Sousa, F., & Martins, M. M. (2020). Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso—Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 27-35. Acedido <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/6>

Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielesny, M., & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in geriatric rehabilitation*, 1(3), 59-74.

Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically. Disponível

http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13637/1/>

Impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530-1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>

Instituto nacional de Estatística. Causas de Morte 2022 - Statistics Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2024)
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2

Maia, L., Leite, R. & Correia, C. (2009) Avaliação e Intervenção Neuropsicológica - Estudos de casos e instrumentos. Lisboa: Lidel Editora. ISBN: 9789727575220
scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-

Maje, A. U., & Ibrahim, A. A. (2023). Effectiveness of an 8-week overground walking with paretic lower limb loading on spatiotemporal gait parameters and motor function among chronic stroke survivors: a protocol for randomised controlled trial. *Trials*, 24(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-07057-3>

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica
36

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Margaret Johnstone MCSP. Restauração da Função Motora no Paciente Hemiplégico. 1 ed. São Paulo: Editora Manole LTDA.; 1979.

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42-48.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros; 2016. Consultado https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documentos/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Fin_al_2017.pdf

Modelos y Teorías en Enfermería. (10ª ed.). Elsevier. Consultado em: <https://books.google.com.br/books?hl=ptPT&lr=&id=ekqGEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA198&dq=teoria+do+d%C3%A9ficit+do+autocuidado&ots=89Sn4RvuLS&sig=6exbAqGs9Afn5stikhPmZmh6TJU#v=onepage&q&f=true>

Mwansa, M. R., et al. (2021). Functional gait of patients with stroke after strength training: A systematic review of randomised controlled trials. *International Journal of Health Sciences and Research*, 11(7), 148-158. <https://www.ijhsr.org>

Nené, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática* (1ª ed.). Lisboa: Editora Lidel.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação. www.ordemdosenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2014). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. www.ordemdosenfermeiros.pt

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica
37

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). Dor: Guia orientador de boas práticas. Cadernos OE, Série I, Número I. Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.

Organização Mundial da Saúde. Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Genebra: Organização Mundial da Saúde [citado em 21 julho 2020]. Disponível na Internet: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

Patla A. A framework for understanding mobility problems in the elderly. In: Craik RL, Oatis CA, editors. Gait Analysis: theory and application. 1 ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1995 <https://scholar.google.com.br/>

Petronilho, S., Magalhães, A., Machado, V. & Vieira, M. (2007). Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. Revista Sinais Vitais, (88): 41–47. Retrieved from: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13637/1/>

Pirker W, Katzenschlager R. Gait disorders in adults and the elderly : A clinical guide. Wien Klin Wochenschr. 2017 Feb;129(3-4):81-95. doi: 10.1007/s00508-016-1096-4. Epub 2016 Oct 21. PMID: 27770207; PMCID: PMC5318488 <https://www.inspirar.com.br/revista/277287/>

Queirós, P. (2010). Teoria do défice de autocuidado: Reflexão crítica e aplicabilidade prática. Revista de Enfermagem Referência, 3(2), 157–166. Disponível em SciELO Portugal

Quintal, B. (2020). Função cognitiva global e independência funcional da população com traumatismo crânio-encefálico e acidente vascular cerebral alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na região autónoma da Madeira: Um estudo descritivo-correlacional (Doctoral dissertation <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32853>). .

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica
38

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio Profissionalizante

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relato de Caso

Ribeiro, R. M. M. (2023). *Boas práticas no cuidado à pessoa com espasticidade após AVC – Contributos da Enfermagem de Reabilitação*. (Relatório de estágio). Disponível na Biblioteca Digital IPB

Rocha, I. D. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(Sup 1), 5-17. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/62>

Safe Implementation of Treatments for Stroke (SITS). (2019). SAP Portugal: Stroke treatment guideline. Safe Stroke. Disponível em <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36-43 <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/62>

Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36-43. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/62>

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2021.). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>

Teasell, R., Mehta, S., Pereira, S., & McIntyre, A. (2012). The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR) (15th ed.). London, ON: Heart and Stroke Foundation. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12970830/>

World Health Organization. WHO STEPS stroke manual: the WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Geneva: World Health Organization; 2005.

Yin, R. K. (2017). Case Study Research and Applications: Design and Methods. 6ª ed. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/106905310/Artikel_Yustinus_Calvin_Gai_Mali-libre.pdf

Vera Nascimento – novembro de 2024 – Atlântica
39

APÊNDICES

APÊNDICE 1

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o consentimento.

Título do estudo: Impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos ganhos em independência no autocuidado Andar na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral.

Enquadramento: ... O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer no Centro de Medicina Física de Reabilitação de Alcoitão, no âmbito do Mestrado de enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Nelson Guerra e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Ana Monteiro.

Explicação do estudo: Solicita-se a participação no estudo de Caso de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e serão utilizados instrumentos/testes de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A sua participação no estudo de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre o autocuidado andar comprometido, contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

Agradeço desde já a sua participação, Vera Cláudia Nunes Nascimento, 2023012@academia.ualantica.pt, 938514497

Assinatura/s:

Vera Nascimento

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/~~Não autorizo~~ (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários ao meu estado de interesse e justificação. Estou ciente das consequências das minhas decisões.

Nome:

Assinatura:

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE:/...../.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA ☐

¹ <https://www.vsbm.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaraconhelsinquia.pdf>

² <http://dre.pt/pdf/impres/2001/01/002A00/00143036.pdf>

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

ANEXOS

ANEXO I

Legenda da Escala Ashworth Modificada.

Grau	Observação Clínica
0	Nenhum aumento no tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (ADM), quando a região é movida em flexão ou extensão
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da ADM, mas a região é movida
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
5	Parte afetada rígida em flexão ou extensão

MSD – Membro Superior Direito; MID – Membro Inferior Direito; MSE – Membro superior Esquerdo;
MIE – Membro Inferior Esquerdo

ANEXO II

Legenda Escala 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 resistência de moderada a máxima
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 a 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

Anexo I – NER-CMRA: “Conectando saberes: Fortalecer vínculos entre unidades de saúde para um sistema integrado e eficiente”



Anexo II - NER-CMRA: “A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na adaptação das instalações sanitárias / produtos de apoio”.

