

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto  
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes  
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Trabalho de Projeto

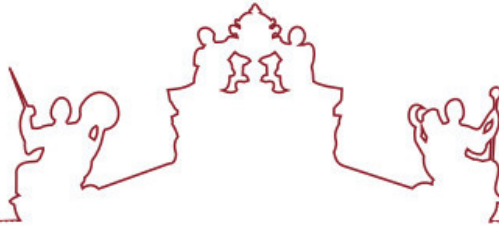
**Promoção do Autocuidado na Pessoa Idosa com Hemiplegia:  
Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de  
Reabilitação**

André Filipe Gonçalves da Silva Gordo

Orientador(es) | César Fonseca

Évora 2022





**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**  
**Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

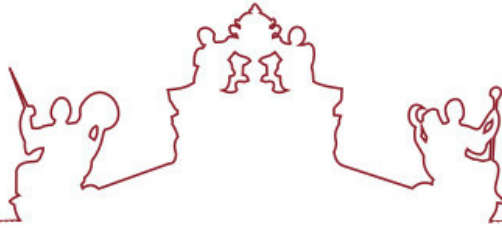
Trabalho de Projeto

**Promoção do Autocuidado na Pessoa Idosa com Hemiplegia:  
Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de  
Reabilitação**

André Filipe Gonçalves da Silva Gordo

Orientador(es) | César Fonseca

Évora 2022



O trabalho de projeto foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | César Fonseca (Universidade de Évora) (Orientador)  
Luís Manuel Mota Sousa () (Arguente)

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que sempre me apoiaram no meu percurso pessoal e académico.

Aos meus colegas de trabalho, José Garcia e Sónia Maximiano. Agradeço o apoio, motivação e coragem.

Aos supervisores clínicos que enriqueceram a minha prática clínica e me mostraram os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação.

A todos que me ajudaram a estar aqui e que não se encontram mencionados.

Um muito obrigado!

## RESUMO

Com o aumento da esperança média de vida, o aparecimento de doenças crónicas tem vindo a aumentar, assim como a perda capacidade funcional das pessoas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é detentor de competências acrescidas, sendo responsável por diagnosticar défice na capacidade funcional da pessoa que, por sua vez, vão provocar uma notória escassez no autocuidado. Com isto, é evidente a necessidade de haver Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em todos os contextos de saúde. **Objetivo:** Desenvolver as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, baseados na pessoa com mais de 65 anos, com hemiplegia e com défice de autocuidado. **Metodologia:** Realização de planos de reabilitação em várias áreas (Respiratória, Neurológica e Ortopédica) de acordo a Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), com os Estudos Caso de Yin (2018), com a utilização de instrumentos de recolha de dados: *A Elderly Nurse Core Set* de Fonseca (2013) e a MIF. **Resultados:** Aumento da funcionalidade em todos as pessoas no projeto, assim como a redução do défice do autocuidado. **Conclusão:** Desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e observação de ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

**Palavras-chave:** Autocuidado, Hemiplegia, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

## ABSTRACT

### Promotion of Self-care in the Elderly Person with Hemiplegia: sensitive gains of rehabilitation nursing care

With the increase of the average life expectancy, the emergence of chronic diseases has also been increasing. With these consequences on people's functional capacity. The Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing has increased competences, thus being responsible for diagnosing deficits in the person's functional capacity, which in turn will cause a deficit in self-care. With this, it is evident the need for Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing in all health contexts. **Objective:** To develop skills of a Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, based on the person over 65 years of age, with hemiplegia and self-care deficit. **Methodology:** Implementation of rehabilitation plans in various areas (Respiratory, Neurological and Orthopedic) according to the Medium Range Theory of Lopes (2006), the Case Studies of Yin (2018) with the use of data collection instruments: The Elderly Nurse Core Set by Fonseca (2013) and the FIM. **Results:** Increased functionality in all groups of the project, as well as a reduction in the self-care deficit. **Conclusion:** Development of competences as a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and observation of sensible gains in rehabilitation nursing care.

**Keywords:** Self-care, hemiplegia, Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing.

## ÍNDICE FIGURAS

Figura 1- Proporção de óbitos por doenças cerebrovasculares, doença isquêmica do coração e enfarte agudo do miocárdio.....	22
Figura 2- Padrão Espástico .....	25
Figura 3- Metodologia de pesquisa desenvolvida através do Prisma 2009 Flow Diagram .....	30

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1-Questão de investigação PICOD .....	29
Tabela 2- Foro Respiratório .....	48
Tabela 3-Foro Neurológico .....	50
Tabela 4- Foro Ortopédico.....	52
Tabela 5- Avaliação inicial global e final global da população alvo .....	57
Tabela 6- Avaliação global das pessoas com alterações do autocuidado do foro respiratório	58
Tabela 7- Avaliação global das pessoas com alterações do Autocuidado do Foro Neurológico .....	59
Tabela 8- Avaliação global das pessoas om alterações do Autocuidado do foro Ortopédico ..	60



## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ABVD- Atividades Básicas de Vida Diárias;

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde;

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diárias;

AIT- Acidente Isquémico Transitório;

AVC - Acidente Vascular Cerebral;

AVD – Atividades de Vida Diárias;

CF- Capacidade Funcional;

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade;

CSP - Cuidados de Saúde Primários;

DGES- Direção Geral do Ensino Superior;

DGS – Direção Geral da Saúde;

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;

DR- Diário da República;

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

EGA- Equipa de Gestão de Altas;

ENCS – *Elderly Nursing Core Set*;

ER – Enfermagem de Reabilitação;

IC- Insuficiência cardíaca;

INE- Instituto Nacional de Estatística;

MIF-Medida de Independência Funcional

nº - Número;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro;

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória;

RSL – Revisão Sistemática da Literatura;

SNS- Sistema Nacional de Saúde;

TDAE – Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem;

TEDA- Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado;

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade;

UCSP- Unidade de Saúde Personalizados;

USF- Unidade de Saúde Familiar;

WHO – *World Health Organization*.

# ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	12
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO .....	17
1.1 . Hospital.....	17
1.2 . Agrupamento dos Centros de Saúde.....	19
2 . ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL .....	21
2.1. Enfermagem de Reabilitação na pessoa com défice de autocuidado por alterações Neurológicas- Revisão Sistemática da Literatura.....	28
2.2. Estratégia de Intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação: A Pessoa com Hemiplegia	35
2.3. Modelo do Autocuidado de Enfermagem de Reabilitação .....	40
3 . METODOLOGIA.....	44
3.1. População Alvo do Projeto de Intervenção .....	46
3.2. Plano de Intervenção.....	47
3.3 . Instrumentos de Avaliação clínica .....	54
3.4. Considerações Éticas .....	56
4 . APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....	57
5. DISCUSSÃO .....	62

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....	73
6.1. Competências de Mestre.....	73
6.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	74
6.3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação 77	
7. CONCLUSÃO.....	81
Bibliografia.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## 0. INTRODUÇÃO

Surge como uma fase da realização do relatório final de estágio, incorporado no curso de Mestrado em Enfermagem, na especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, da Universidade de Évora a realização de um projeto de intervenção com o título de “Promoção do Autocuidado na Pessoa com Hemiplegia: Ganhos sensíveis de Enfermagem de Reabilitação”.

Fazendo uma breve referência á história de Enfermagem de Reabilitação em Portugal, o 1º curso de Especialização em Enfermagem surge em outubro de 1965, com a elaboração de um programa provisório com 34 semanas de duração, dividido em disciplinas teórico-práticas e estágios, sendo que em 1983 surgiu um novo plano de estudos, com duração de 18 semanas e que habilitou os Enfermeiros para a prestação de cuidados, a gestão dos mesmos e para a docência (OE, 2003).

No presente curso de Mestrado em Enfermagem é pretendido o desenvolvimento de conhecimentos não só teóricos, como históricos e epistemológicos, contribuindo assim para a aquisição de competências científicas que se alicerçam na investigação, aprofundando assim o conhecimento científico (Universidade de Évora, 2022), “ através da especialização de natureza académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais, dirigido à compreensão e resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, proporcionando uma sólida formação cultural e técnica e uma aprendizagem ao longo da vida” (Universidade de Évora, 2022, p. 1).

A Reabilitação pode então ser definida como um processo cuja finalidade é permitir que o utente recupere uma função ou uma atividade que tenha perdido como consequência de uma doença ou tratamento (Freitas, 2020). Segundo o mesmo autor a Enfermagem de Reabilitação é uma especialidade que detém uma forma particular de cuidar em Enfermagem, em que toda a sua ação e sentido visam a prevenção de incapacidades e maximizar as capacidades da pessoa para o seu futuro.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (OE, 2010, p. 1), orientando-se para a promoção do diagnóstico precoce, promovendo ações no âmbito da prevenção, de forma a manter as capacidades funcionais dos seus clientes (OE, 2010).

Assim para adquirir estas competências, a formação visou a “aquisição e desenvolvimento de conhecimento de novas técnicas e tecnologias no âmbito da enfermagem de reabilitação” (Parecer nº13/2014, p. 3), que se traduziram em resultados dos cuidados de enfermagem com ganhos para as pessoas a quem foram prestados os cuidados (Parecer nº13/2014). A aquisição e desenvolvimento destas competências foram possíveis através de todo o percurso académico e na elaboração deste projeto final.

O percurso académico até chegar a este relatório final iniciou-se com uma formação teórico-prática até aos respetivos ensinamentos clínicos, sendo que estes foram divididos em dois.

O primeiro ensino clínico foi realizado em contexto hospitalar, num serviço de medicina interna onde se trabalhou sobretudo doentes do foro cardiorrespiratório, com duração de 6 semanas. O segundo ensino clínico, onde foi implementado o presente projeto, decorreu no mesmo serviço de medicina interna, em doentes do foro neurológico (sobretudo doentes vítimas de AVC com hemiplegia), com uma duração de cerca de 10 semanas. Posteriormente, dentro do mesmo ensino clínico foi realizado o do foro ortopédico, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), em contexto domiciliário, com duração de 6 semanas, assim como o primeiro ensino clínico.

Durante as várias práticas clínicas foram surgindo oportunidades para a implementação de conhecimentos teóricos e práticos de enfermagem de reabilitação, tanto em contexto de enfermaria como em contexto domiciliário, baseando sempre a prática na evidência científica.

O serviço de medicina onde foi implementado o projeto, faz parte de um centro hospitalar que presta cuidados de saúde, numa extensão de cerca de 16 concelhos, a uma população de cerca de 450.000 habitantes, podendo esta triplicar, dependendo da época do ano. É composto ainda por três unidades de saúde, com um total de 4079 funcionários, divididos pelas respetivas unidades funcionais.

Dentro do foco principal deste trabalho, em Portugal, o crescimento da população idosa tem vindo a aumentar, provocado também pelo estreitamento da base pirâmide etária, justificado pela diminuição da população jovem, baixa natalidade e pela diminuição acentuada dos agregados familiares (Menoita, et al., 2012).

Com o aumento da idade ocorrem numerosas alterações fisiológicas, aumentando também, o risco de desenvolvimento de doenças crónicas e, conseqüentemente, o aumento da dependência de terceiros. Assim, a partir da idade dos 60 anos, a maior parte da dependência e mortes estão relacionadas com alterações na audição, problemas músculo esqueléticos, problemas cardíacos e Acidentes Vasculares Cerebrais (WHO, 2017). É sobre estes últimos e sobre uma das suas conseqüências, a hemiplegia, que provoca incapacidade funcional, que vai incidir o projeto final.

A hemiplegia contralateral é uma alteração motora prevalente nos casos de sequela de AVC. Para além do défice motor, pode-se ainda observar distúrbios de sensibilidade, aumento do tónus muscular, que ocorre depois de um período de hipotonia, alterações dos padrões dos movimentos seletivos, alteração do equilíbrio, problemas de cognição (Teles, & Gusmão, 2011).

Esta disfunção é assim, responsável pela perda de capacidade funcional (CP), provocando um grau de dependência elevado, pois diminui as habilidades da pessoa lesada para realizar as suas Atividades de Vida Diárias (AVD), sendo necessário a ajuda de terceiros para a realização das mesmas (Reis, Marinho, & Lima, 2016).

A atuação do EEER visa, então, capacitar as pessoas com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação, maximizando as suas funcionalidades desenvolvendo as suas capacidades (OE, 2010).

As intervenções de enfermagem seguiram o Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, onde o EEER “concebe implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento n.º 392/2019 , p. 1).

É ainda concebido um grau elevado de competências e conhecimentos acrescidos que lhe permite tomar decisões em relação à promoção de saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamentos e reabilitação (Regulamento n.º 392/2019).

Para ser concedido o Grau de Mestre é previsível que este possua conhecimentos e capacidade a um nível superior ao conhecimento obtido o 1º ciclo, mas sustentando os níveis de conhecimento sempre neles de maneira a aprofundá-los de tal modo que permitam e constituam a base para o desenvolvimento ou aplicações originais, várias vezes em contexto de uma investigação científica (Decreto-Lei n.º 74/2006).

O Mestre deve ainda saber aplicar esses conhecimentos, integrá-los e lidar com questões mais complexas sabendo comunicar as suas conclusões. O mesmo decreto refere ainda que o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo estas serem abertas em áreas de especialização.

Perante isto, podemos definir como objetivo geral deste projeto de intervenção desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de mestre. Como objetivos específicos referem-se os seguintes:

- Adquirir competências na apreciação clínica em Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa idosa, com défice de autocuidado;
- Implementar um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, para a promoção do autocuidado na pessoa idosa com hemiplegia;
- Descrever ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Este relatório final foi, portanto, dividido em 6 capítulos: no primeiro é realizada uma contextualização dos campos do ensino clínico; de seguida, um enquadramento teórico, em que é realizada uma Revisão sistemática da literatura compreendendo a intervenção do EEER; no terceiro capítulo inicia com uma descrição da metodologia utilizada, através da descrição geral da população e respetivos planos de intervenção; o quarto capítulo caracteriza-se pela apresentação dos dados obtidos; o quinto capítulo pela discussão dos resultados e o sexto pela opinião do autor acerca das competências adquiridas ao longo do percurso académico.



Importa referir, que este trabalho foi redigido com base no novo acordo ortográfico, e nas diretrizes de referência bibliográfica da *American Psychological Association* [APA] 7ª edição.

## 1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo vai-se descrever os serviços/ instituições onde decorreram os ensinamentos clínicos, sob orientação dos respetivos supervisores clínicos, os quais proporcionaram experiências dos seus serviços, contribuindo assim para a formação. Os locais descritos referem-se a um serviço de medicina interna, onde se realizaram dois ensinamentos clínicos (Cardiorrespiratório e neurológico), no mesmo hospital. Foi neste serviço que foi desenvolvido o projeto de intervenção profissional. No segundo ensinamento clínico foi correspondente às alterações do foro neurológico. O segundo local diz respeito a uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente a um Agrupamento de centros de Saúde (ACES), na qual foi desenvolvido o último estágio.

### 1.1 . Hospital

O Hospital onde decorreram os dois primeiros ensinamentos clínicos, pertence a uma capital de distrito é composto por três unidades hospitalares, abrangendo 16 concelhos e uma população de cerca de 450.000 habitantes. Os ensinamentos clínicos ocorreram numa das unidades, que é composta por 666 camas, divididas pelos vários serviços.

O serviço onde se realizaram os ensinamentos clínicos é um serviço que acolhe doentes destinados a tratamentos médicos (e não cirúrgicos). É uma especialidade dedicada unicamente a doentes com idade adulta, e por ser vocacionada para a complexidade de patologias (Barreto, 2022). As patologias tratadas nestes serviços variam, principalmente por razões organizacionais, sendo as pneumonias da comunidade (PAC), os acidentes vasculares cerebrais (AVC) e a insuficiência cardíaca (IC), as patologias mais frequentes (Rede de Referência Hospitalar, 2016). O tempo de internamento dos doentes varia, dependendo da sua proveniência, evolução da doença e destino de alta.

Este serviço é constituído por cerca de 40 enfermeiros, dois deles enfermeiros especialistas em ER. Estes prestam cuidados especializados de forma alternada, estando sempre um por turno. O planeamento dos cuidados é realizado diariamente, de acordo com a informação recolhida da passagem de turno do doente, inclusive novas admissões.

Os doentes são admitidos, essencialmente, vindos do serviço de urgência do mesmo hospital. Concomitante à admissão é realizada uma avaliação inicial, através de instrumentos de avaliação, o que permitia medir objetivamente os progressos da pessoa, o impacto do programa de reabilitação implementado (Rodrigues, & Vanda, 2017). Todas as informações recolhidas junto do doente são importantes para determinar o tipo de intervenção a realizar.

A colheita de dados pelo ER é essencial para a formulação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação, implementação de planos de cuidados diferenciados, de acordo com as necessidades de cada doente.

Sendo um serviço onde a média de idades dos doentes era cerca de 70 anos, por vezes portadoras de várias comorbilidades, não tendo capacidade para responder a todas as questões sobretudo aquando da entrevista, que se define como um momento de interação entre o doente e o enfermeiro e pode ter diversos objetivos, tais como: colheita de dados, apoio psicológico e/ou resolução de problemas, com vista a assistir o doente perante uma situação que lhe é difícil (Sequeira, 2020), nem sempre era fácil a colheita de dados junto do doente, sendo necessário recorrer a observação e, posteriormente, aguardar informações dos familiares.

Esta informação com a família fornece informações essenciais, sobretudo para o momento da alta, para assim perceber as condições sociais e habitacionais, de maneira a permitir que o ER procure solucionar estratégias adequadas, tais como as ajudas técnicas após a alta. Esta avaliação, na maioria das vezes, é realizada em conjunto com a assistente social e restante equipa multidisciplinar.

Apesar deste projeto incidir na área neurológica, neste serviço o ER intervém em doentes de outras áreas, nomeadamente doentes do foro respiratório e ortopédico.

## 1.2 . Agrupamento dos Centros de Saúde

O último ensino clínico decorreu numa UCC, unidade funcional de um ACES, que pode ser definido como “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde” (Decreto-Lei n.º 28/2008, p. 1182). Segundo o mesmo decreto “em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviço desta”. A UCC onde se realizou o respetivo ensino clínico tem capacidade para 60 doentes, abrangendo uma área com cerca de 46 000 utentes.

A UCC tem como objetivo prestar “cuidados de saúde, apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento mais próximo” (Decreto-Lei n.º 28/2008, p. 1184), sendo que estas pessoas não estão possibilitadas de se deslocarem ao centro de saúde.

A ida ao domicílio está sempre dependente da presença física de um prestador de cuidados (Decreto-Lei n.º 28/2008). A UCC atua ainda como intermediário da educação para a saúde, na integração social em redes de apoio familiares e na implementação de unidades móveis para a intervenção fora do centro de saúde.

A mesma iniciou a sua atividade no ano de 2010 e é composta por uma equipa multidisciplinar: 12 Enfermeiros (1 do qual EEER), 3 secretários clínicos, 5 assistentes operacionais, 1 nutricionista e 1 psicólogo Clínico e de saúde.

Na UCC, onde se realizou o ensino clínico do foro ortopédico, os doentes eram referenciados para a rede sobretudo pelo Hospital através da Equipa de Gestão de Altas (EGA), após serem submetidos às respetivas intervenções cirúrgicas. Esta sinalização pode ainda ser feita pelo familiar ou prestador de cuidados ou até pelo Médico de saúde familiar.

Assim que o doente do foro ortopédico é admitido na UCC, o ER desloca-se ao domicílio do doente para assim poder fazer a sua avaliação inicial, onde são recolhidos todos os dados acerca do doente e das suas condições habitacionais, tais como, barreiras arquitetónicas, sendo depois possível adequar as ajudas técnicas necessárias. Estando o familiar ou prestador de cuidados sempre presentes, desde o início estes são envolvidos, não só durante a entrevista e avaliação inicial do doente, assim como na prestação de cuidados e ensinamentos sobre a condição de saúde.

O EEER tem cada vez mais um papel preponderante na comunidade, não só na reabilitação, como na prevenção das mesmas, pois “identifica a problemática, prescreve, implementa, monitoriza e avalia intervenções que: promovam ações preventivas; assegurem a capacidade funcional; previnam complicações e evitem incapacidades ou minimizem o impacto das suas incapacidades” (Regulamento n.º 350/2015, p. 16656).

## 2 . ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo pretende-se esclarecer a escolha do tema, de acordo com o respetivo enquadramento teórico e conceptual, abordando o AVC e principalmente uma das suas sequelas, a hemiplegia, o que provoca um défice de autocuidado e incapacidade na pessoa.

No decorrer dos vários ensinamentos clínicos, surgiram oportunidades para a implementação de conhecimentos teórico-práticos de enfermagem de reabilitação, tanto em contexto de enfermagem, como na comunidade, baseando sempre a minha prática na evidência científica.

O aumento da esperança média de vida é uma questão social emergente e exigente. Viver mais anos requer um conjunto de respostas coerentes e equitativas para a população não parar de aumentar (Costa, 2009).

O envelhecimento e a qualidade de vida estão diretamente ligados, e podem ser vistos de acordo com várias perspetivas, contudo para Ribeiro & Paúl devem incluir três componentes: o baixo risco de doença e o conhecimento acerca dela um alto nível de funcionamento mental e físico e um envolvimento ativo no ciclo vital.

Com o aumento da idade, o aumento de alterações fisiológicas é evidente, aumentando também o risco de desenvolver doenças crónicas. Estas podem ser definidas como uma doença de longa duração e progressão, geralmente lenta, exigindo cuidados prementes (OMS, 2003). Para além destas características, são capazes de produzir graus de incapacidade ou deficiências residuais, causadas por alterações irreversíveis, exigindo longos períodos de cuidados (DGS, 2010).

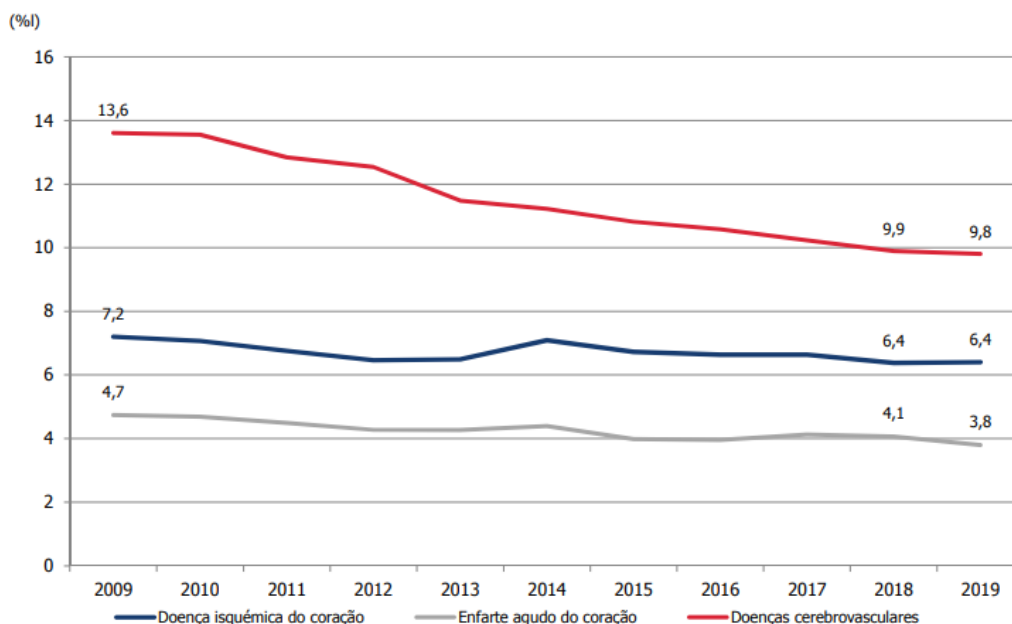
Com frequência a doença crónica e suas comorbilidades representam a causa de episódios de internamento, por descompensação da doença e/ ou, das suas consequências (Bastos, 2013).

Estas doenças, para além de outras, podem incluir tradicionalmente as doenças cardiorrespiratórias, diabetes, asma e doença pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e todas elas estão ligadas, como foi dito anteriormente, a uma sociedade envelhecida, mas também a estilos

de vida como o tabagismo, dieta exercício físico assim como as predisposições genéticas (Busse, et al, 2010).

Pela análise da figura 1, o AVC, continua a estar na origem do maior número de mortes em 2019 (10975), representando 9,8% da mortalidade e uma taxa de 106,5 mortes de residentes por 100 mil habitantes, resultados que mostram uma ligeira melhoria, comparativamente ao ano de 2018, onde se registaram 11235 óbitos (INE, 2021). Segundo a mesma fonte, os AVC continuam a atingir principalmente mulheres, com uma relação de 78 óbitos de homens por 100 óbitos de mulheres.

*Figura 1- Proporção de óbitos por doenças cerebrovasculares, doença isquémica do coração e enfarte agudo do miocárdio*



(INE, 2021, p. 4)

Ainda assim continua a ser uma patologia preocupante sendo, como foi referido anteriormente, a principal causa de morte (Rede de Referência Hospitalar, 2016).

Segundo a OMS (OMS, 2006), o AVC pode ser entendido como um comprometimento neurológico que focal quer global, que ocorre subitamente e com duração de mais de 24 horas e provavelmente de origem vascular.

Podendo o AVC levar à morte ou deixar os doentes que sobrevivem com sequelas físicas, sensoriais ou cognitivas, este são uma ameaça para a saúde e bem-estar das pessoas (Menoita, et al., 2012).

Perante as características já referidas, podemos excluir o Acidente Isquémico Transitório (AIT), que se define como alteração transitória da perfusão de determinada região, durante um tempo insuficiente para provocar enfarte, ou seja, os sinais neurológicos estão presentes durante um curto espaço de tempo (Cambier, Masson, & Dehen, 2005). Estes episódios são de aparecimento súbito e duração não superior a vinte e quatro horas, com uma recuperação completa (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

Existe ainda alguma semelhança nos mecanismos que conduzem ao AVC, podendo, contudo, distinguir-se dois tipos: o AVC Isquémico e o AVC hemorrágico, onde cerca de 15% têm origem hemorrágica e dos 85% de AVC isquémicos (OE, 2009).

O AVC Isquémico, que representa cerca de 85% dos AVC, podem ser classificados como: trombótico (o processo patológico responsável pela obstrução de um vaso se desenvolve no próprio local da oclusão), embólico (a oclusão arterial ocorre quando se verifica a oclusão arterial de um corpo estranho (êmbolo) em circulação) e lacunar (representa cerca de 10% de todos os AVC e a oclusão de pequenos vasos penetrantes, produzindo pequenos enfartes, com vários diâmetros entre 3 a 4mm, que depois cativam, formando lacunas (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

A mesma fonte refere ainda que o AVC Hemorrágico é o mais grave, com mortalidade cerca de 50% e a sua ocorrência está associada a uma população mais jovem, sendo definido como o derrame de sangue no tecido cerebral, na sequência de uma rutura vascular, provocados por vários fatores.

Assim, no AVC isquémico, a isquemia é induzida por uma obstrução de um vaso ou diminuição da pressão cerebral, seja esta provocada por redução do débito cardíaco ou por hipertensão grave e sustentada, originando défices definitivos (O' Sullivan, Schmitz, & Fulk, 1993).



O AVC Hemorrágico, sendo o mais grave, as suas sequelas variam consoante a quantidade de sangue que extravasa para o tecido cerebral, desde perdas sensoriais graves até estados de estupor, coma ou podem mesmo levar à morte (Striebel, 2018).

Das principais alterações geradas pelos AVC, a mais frequente, é a paralisia ou fraqueza de um hemicorpo, distúrbios do tônus muscular, presença de reações associadas, perda do mecanismo de controle postural, além de alterações na fala, na deglutição, na visão, na memória, na marcha, deficit de equilíbrio e coordenação motora (Striebel, 2018). Em ambos os AVC, uma das principais consequências relacionam-se com a mobilidade, sendo a hemiplegia um problema frequente (Ricardo, 2012).

A hemiplegia contralateral é uma alteração motora prevalente nos casos de sequela de AVC, levando a uma incapacidade dos membros afetados e mesmo a alterações secundárias e conseqüentemente a défice do autocuidado (Freitas, 2011; Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017).

Para além do défice motor, pode-se ainda observar distúrbios de sensibilidade (Xiao, et al., 2020), aumento do tônus muscular (espasticidade), que ocorre depois de um período de hipotonia, alterações dos padrões dos movimentos seletivos, alteração do equilíbrio, problemas de cognição (Teles, & Gusmão, 2011).

Num estágio inicial, a hemiplegia pode-se caracterizar por um estado de baixa tonicidade muscular ou flacidez, que se identifica pela falta da função voluntária (Friedrich, Mannetti, & Martins, 2004). As alterações podem não só envolver a capacidade motora (força Muscular) como também alterações sensitivas (sensibilidade) (Abreu, 2015).

Após esta fase inicial, que pode ir até meses, há o retorno de algumas funções dos músculos e há instalação de um quadro hipertónico (aumento da resistência ao movimento passivo das articulações) (Souza, et al., 2011).

Aumentando o tônus muscular, aumenta mais rapidamente a espasticidade, sendo esta definida como a exacerbação da contração muscular (Abreu, 2015). A velocidade do aumento da

espasticidade está não só relacionada com o local e gravidade da lesão como também com a não adesão a um programa de reabilitação adequado (Branco, & Santos, 2010).

O padrão espástico caracteriza-se nos membros superiores principalmente nos músculos flexores, que adotam uma posição de adução e rotação interna do ombro, flexão do cotovelo, pronação do punho e flexão dos dedos (figura 2) (Ribeiro, & Dultra, 2015).

Também representado na figura 2, o tronco apresenta-se em flexão lateral para o lado lesado; o membro inferior apresenta-se em rotação externa e extensão da coxofemoral, o joelho em extensão, flexão plantar da tibiotársica e o pé em inversão (Johnstone, 1979).

Figura 2-Padrão Espástico



(Johnstone, 1979, p. 18)

A espasticidade do ombro é também uma das principais causas para a instalação do ombro doloroso na pessoa com hemiplegia (Kim, et al., 2014). Segundo os mesmos o ombro doloroso consiste numa das mais comuns complicações no doente com AVC, interferindo no processo de reabilitação, aumentando o tempo de hospitalização e reduzindo a qualidade de vida.

Pode-se afirmar então que pessoas vítimas de AVC, onde a espasticidade está presente são, conseqüentemente, portadoras de incapacidade funcional (OE, 2009), limitando a realização das suas tarefas diárias (Raposo, et al., 2020).

Segundo ao Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros as AVD, no contexto de enfermagem de reabilitação, podem ser definidas como um

“conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (Parecer nº12/2011, p. 1).

Estas atividades podem ainda dividir-se em dois grupos: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Neo, et al., 2017).

As primeiras são 6 e fazem referência às funções, às estruturas corporais envolvidas e á sua participação na sua execução, são elas a higiene pessoal, controlo dos esfíncteres e uso do sanitário, vestuário, alimentação, locomoção e transferência (Parecer nº12/2011, pp. 1-2).

As AIVD referem-se á capacidade de o idoso autogerir a sua rotina quotidiana e inclui atividades como: confeção de refeições, lavar roupa, gestão de dinheiro, uso do telemóvel, gestão de medicação, fazer compras e utilização dos meios de transporte (Parecer nº12/2011, p. 2; Araújo, et al., 2019).

A incapacidade funcional no idoso, pode ser definida como a dificuldade ou necessidade de um indivíduo para executar as suas Atividades de Vida diárias (AVD) (Alves, Leite, & Machado, 2008). Esta pode ser ainda descrita como uma diminuição na realização de autocuidados (Ribeiro, 2018), onde a sua avaliação é realizada por diferentes instrumentos de medida, através da avaliação das ABVD e AIVD (Morgado, 2017).

Abordando o autocuidado, este foi um termo que começou a ser estudado em 1958, por Orem. Define-o como o exercício de atividades que cada pessoa inicia e desempenha pessoalmente, para seu próprio bem, na manutenção da vida, saúde e bem-estar, que está diretamente relacionada com as habilidades, as limitações, os valores e as respetivas regras culturais e científicas de cada individuo ou dos seus cuidadores (a pessoa que toma a ação) (Dupas, et al., 1994).

Assume-se assim que quanto maior for o grau de incapacidade na realização das AVD, maior o grau de incapacidade funcional (e vice-versa), refletindo-se diretamente no autocuidado, uma vez que há comprometimento da autonomia para o desenvolvimento dessas tarefas (Reis, Marinho, & Lima, 2016) .

Neste sentido foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura de maneira a alcançar resultados com evidência científica (Donato, & Donato, 2019) com o objetivo de investigar, e

conhecer as principais recomendações para pôr em prática nos respetivos ensinios clínicos e perceber quais os ganhos sensíveis das intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras de autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas.

## 2.1. Enfermagem de Reabilitação na pessoa com déficit de autocuidado por alterações Neurológicas- Revisão Sistemática da Literatura

O envelhecimento da população é hoje um fenómeno universal característico, tanto a nível europeu como a nível dos países em desenvolvimento (WHO, 2019). Este fenómeno originou mudanças repentinas em termos demográficos nas populações em todo o mundo; causado pelo aumento abrupto num curto período (WHO, 2017; WHO, 2019).

Com o aumento da idade, desenvolvem-se numerosas alterações fisiológicas, com o aumento do risco de desenvolvimento de doenças crónicas e dependência de terceiros, com declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo (WHO, 2017). Concomitantemente, o envelhecimento da população poderá levar ao aumento da proporção e número de pessoas com necessidade de cuidados de longa duração em todos os países com diferentes níveis de desenvolvimento.

A doença neurológica é cada vez mais prevalente, com um impacto social e económico, sobretudo nos países desenvolvidos, onde a tendência tende a aumentar, em consequência do envelhecimento da população e índice de desenvolvimento socioeconómico (Teixeira, & Araújo, 2020; Deuschl, et al., 2020). Segundo Deuschl et al (2020), as doenças neurológicas tornaram-se a principal causa de incapacidade no mundo e a segunda causa de morte, atrás das doenças cardiovasculares.

Esta RSL assume-se como um artigo de investigação que utiliza métodos sistemáticos pré-definidos para identificar todos os documentos relevantes publicados ou não publicados relativamente a uma questão de investigação, avaliando a qualidade dos artigos e, concomitantemente, extrair os dados e sintetizar os resultados (Coutinho, 2020). No decurso da realização da revisão sistemática foram utilizadas como estratégias de investigação, o desenho metodológico da Joanna Briggs Institute [JBI] e o modelo PICOD [*Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Design*].

Obteve-se um total de 9 estudos, com descrição de três dimensões onde se espelham ganhos sensíveis dos cuidados dos EEER na pessoa com alterações neurológicas. Foram

identificadas intervenções e *outcomes* nas dimensões cognitivas, sociais e funcionais do EEER no autocuidado às pessoas com patologia neurológica. O Enfermeiro Especialista de Reabilitação tem um papel essencial na intervenção a pessoas com défice de autocuidado com patologia neurológica. Foram identificadas intervenções e *outcomes* nos domínios cognitivos, literacia do autocuidado e funcionais com vista à maximização da capacidade funcional.

*Tabela 1-Questão de investigação PICOD*

<b>P</b>	<b>População</b>	<b>Quem foi estudado?</b>	<b>Pessoas com 65 e mais anos de idade</b>	<b>Palavras-chave:</b> Enfermagem; Reabilitação; Neurologia; Autocuidado  <b>Keywords:</b> Nursing; Rehabilitation; Neurology; Selfcare.
<b>I</b>	<b>Intervenção</b>	<b>O que foi feito?</b>	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	
<b>C</b>	<b>Comparações das Intervenções</b>	<b>Comparações entre resultados</b>	Não se aplica	
<b>O</b>	<b>Outcomes/ Resultados</b>	<b>Quais foram os resultados?</b>	Promoção do autocuidado	
<b>D</b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>Como é?</b>	Estudos quantitativos publicados integralmente	

Inicialmente formulou-se a questão: *“Quais os ganhos sensíveis das intervenções de ER promotoras de autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas?”* De seguida, foi levada a cabo uma pesquisa de estudos recorrendo à base de dados EBSCO *Host Web*, com os seguintes descritores extraídos do vocabulário “Medical Subjects Heading” (MeSH): (outcome) or (intervention) or (education) AND (nursing) or (nursing care) or (nursing interventions) AND (neurology) or (neurological assessment) or (neurological rehabilitation). A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2021, recorrendo ao friso cronológico 2015-2021, com o limitador linguístico de artigos em língua inglesa e portuguesa.

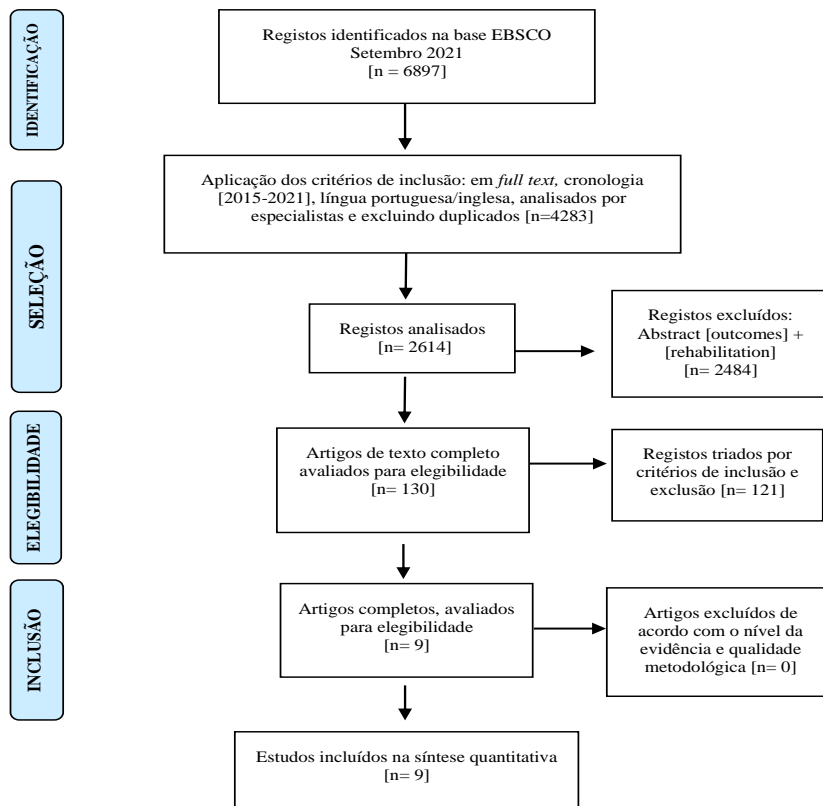


Figura 3-Metodologia de pesquisa desenvolvida através do Prisma 2009 Flow Diagram

É observável, através de Prisma 2009 Flow Diagram- Manual 215 JBI (figura 3), que inicialmente foram identificados 6897 artigos. Após a realização de uma triagem referente a artigos publicados no friso cronológico dos últimos 5 anos, escritos em língua portuguesa ou inglesa, não duplicados e revistos por especialista, resultaram um total de 2614 artigos. Em seguida, foram pesquisados artigos cujo resumo (*abstract*) exibia a palavra (*outcome*) e (*Rehabilitation*), obtendo-se um resultado de 130 artigos.

Posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão: incluir pessoas com 65 e mais de idade com patologia do foro neurológico, estudos de carácter quantitativo e relacionados com o tema em questão, correlacionando intervenções de EEER na promoção do autocuidado. Como critérios de exclusão: estudos com abordagem qualitativa e sem enquadramento na pertinência do tema.

Após a análise dos 9 artigos selecionados, foi possível observar evidenciar ganhos resultantes da intervenção do EEER direcionada para as pessoas com mais de 65 anos de idade com patologia neurológica espalhada em três domínios: cognitivo, social e funcional, com diferentes *outcomes* desenvolvidos a seguir.

No domínio cognitivo, são realçados ganhos sensíveis da intervenção do EEER na melhoria da função cognitiva (Xiao, et al., 2020; Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017; Lin, et al., 2020); Yin, et al., 2021). Através do plano de intervenção do EEER, com base na comunicação interpessoal, procurou-se esclarecer e informar sobre o estado de saúde, por forma a ganhar a confiança e estabelecer uma relação de ajuda entre EEER-pessoa (Xiao, et al., 2020; Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017; Lin, et al., 2020). Considerou-se também essencial para a garantia da melhoria a nível cognitivo, a implementação de exercícios de treino de raciocínio e capacidade de atenção (Xiao, et al., 2020; Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017; Lin, et al., 2020). A revisão sistemática desenvolvida por (Rogers, et al., 2018) corrobora a necessidade da estimulação da função cognitiva, respetivamente, na atenção, na memória e nas funções executivas, que apresentam melhorias mais significativas, destacando a necessidade de orientar a prática para as atividades de vida diária. Outra das intervenções que se incluem neste domínio é a diminuição de sintomas de depressão e ansiedade das pessoas e dos familiares relativamente ao processo de doença/incapacidade. Denotou-se uma diminuição do aparecimento destes sintomas após a implementação do plano de reabilitação do EEER (Xiao, et al., 2020; Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017; Lin, et al., 2020). Segundo (Medeiros, et al., 2020) a reabilitação cognitiva deverá ser considerada o pilar na intervenção em estádios de depressão pós-AVC.

Ao nível da dimensão social, a intervenção do EEER em pessoas com alterações patológicas neurológicas urge na adequação do cuidado de enfermagem, tendo em conta as necessidades individuais de cada pessoa, o seu contexto núcleo-familiar, inserido numa comunidade (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016). O presente estudo apontou a falta de resposta no que concerne às necessidades de reabilitação da população. Assim caberá ao EEER identificar as necessidades, individualizando, humanizando o cuidado a cada pessoa, podendo influenciar, ativamente, na melhoria da qualidade de vida não só da pessoa como dos membros da família (Xiao, et al., 2020; Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016). Grosso modo, a intervenção do EEER procura relacionar-se com a concretização da inclusão da pessoa na sociedade, desenvolvendo um



processo adaptativo, potencializando as suas capacidades funcionais (Petronilho & Machado, 2016).

Nesta dimensão é observável que a intervenção do EEER potencia ganhos de mobilidade, aumento de funcionalidade durante as AVDs, o aumento de força muscular e o equilíbrio (Xiao, et al., 2020; Radu, et al., 2021; Matos & Simões, 2020). Existe uma forte evidência, nos artigos incluídos nesta revisão sistemática da literatura, que o EEER consegue promover na pessoa um aumento da mobilidade global, através de treino motor consistente com treino de equilíbrio (Xiao, et al., 2020; Lin, et al., 2020; Yin, et al., 2021); levantar-sentar (Xiao, et al., 2020; Yin, et al., 2021) e treino de marcha (Xiao, et al., 2020; Hassett, et al., 2020; Yin, et al., 2021). Melhoria da mobilidade do membro afetado (Lin, et al., 2020; Yin, et al., 2021), ganhos na participação das AVDs (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016; Radu, et al., 2021; Yin, et al., 2021). Simultaneamente, procura diminuir ou eliminar complicações através de alteração de fatores modificáveis. Desenvolve programas de intervenção com vista à diminuição do sedentarismo, possibilitando o desenvolvimento de diversas atividades ao ar livre. Note-se que estes *outcomes* potenciam a qualidade de vida de cada pessoa.

A realidade virtual demonstrou ser uma ferramenta útil na melhoria da mobilidade e diminuição do sedentarismo a pessoas idosas com défices neurológicos e limitações de mobilidade (Hassett, et al., 2020). Contudo, foi necessário adequar a realidade virtual às comorbilidades e características da população idosa. Resultados semelhantes foram encontrados por (Lee & Park, 2019) através da utilização da realidade virtual no programa de reabilitação, onde observou melhorias na força muscular e fortalecimento muscular, com melhor performance na execução de atividades de vida diária, e, por isso, melhoria da mobilidade e qualidade de vida. Consequentemente, este efeito pode evoluir para melhores resultados se o programa de reabilitação apresentar uma duração perto das 8 semanas. Numa *scoping review* estabelecida por (Magalhães, et al., 2020) foi corroborada a utilização de jogos em contextos de reabilitação na pessoa com AVC na função motora global e função cognitiva. Os três grandes grupos de jogos encontrados foram: jogos de realidade virtual imersiva e não imersiva; videojogos e jogos tradicionais, sendo que a maioria foram utilizados para reabilitação do membro superior. Estes programas de reabilitação direcionados para o fortalecimento muscular, equilíbrio estático e dinâmico, com foco na mobilidade e AVD, podem contribuir para resultados significativos na

capacitação da pessoa para o autocuidado e realização de exercício físico em segurança (Hassett, et al., 2020; Lee & Park, 2019). O ensino das técnicas adaptativas para melhoria do autocuidado objetiva a melhoria da qualidade de vida e a máxima funcionalidade (Matos & Simões, 2020).

Matos e Simões denominaram o papel determinante do EEER na equipa interdisciplinar para a elaboração, implementação, avaliação e reformulação de programas de treino motor. Estes concluíram que os programas de reeducação funcional motora devem integrar dimensões psicológicas, cognitivas e físicas, a dependência e o desenvolvimento de AVD. Este papel revela a importância do EEER, que através da educação para a saúde e capacitação da pessoa/família/cuidador, potencia a melhoria da reeducação funcional. Num estudo quantitativo, exploratório, descritivo e retrospectivo por (Neusa, Oliveira, & Brandão, 2020) ficou explanada a importância da continuidade dos cuidados de reabilitação, mesmo após a alta, permitindo detetar precocemente complicações, objetivando a maximização do potencial funcional e integração social. Este é um tópico extremamente preocupante dado o contexto pandémico global, conforme nos indica (Chaves, 2020) visto ter ocorrido uma diminuição nas consultas, nas sessões de educação para a saúde e tratamentos incluindo os de reabilitação, pelo que existem necessidades individuais que não estão a ser atendidas. Ainda existe outra variável importante sobre as doenças neurológicas, de grande importância para o EEER e para comunidade, a dimensão económica. (Rajsic, et al., 2018) determinou que os cuidados de reabilitação são os mais dispendiosos nos cuidados de saúde pós-AVC e que o seu custo varia consoante a severidade do próprio. Os próprios determinaram também que as pessoas, que beneficiam de reabilitação mais precocemente, alcançam critérios de alta mais cedo e que tem assim uma relação custo-benefício a favor das unidades hospitalares.

Em tom de conclusão, esta RLS contribui para a evolução da enfermagem especializada em reabilitação na pessoa com alterações neurológicas, através da análise e comparação de vários artigos para determinação do estado da arte. Durante a presente revisão encontrou-se grande quantidade de informação sobre a pessoa acometida com AVC, mas existe muitas lacunas e falta de investigação na pessoa com outras alterações neurológicas. Isto indica que o trabalho dos EEER ainda não está terminado e ainda existe muito caminho a percorrer. Mesmo assim, com base nos resultados, foi possível encontrar que a pessoa que recebe cuidados dos EEER tem um acesso privilegiado de reabilitação multidimensional: cognitiva, com a melhoria na atenção e raciocínio e

menores níveis de ansiedade e depressão; social, com maior participação dos familiares/cuidadores, adequação dos cuidados as necessidades individuais, diminuição no sedentarismo e conseqüentemente reintegração social; e a nível funcional, com maior mobilidade, ganhos na realização das AVD, maior força muscular e equilíbrio, capacitando a pessoa e garantindo a máxima capacidade funcional.

## 2.2. Estratégia de Intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação: A Pessoa com Hemiplegia

É proposto neste capítulo falar da estratégia de intervenção dos cuidados de ER e assim como no desenvolvimento de competências na pessoa vítima de AVC com hemiplegia.

Durante os últimos anos tem vindo a existir uma melhoria nas taxas de mortalidade associada ao AVC, contudo existe ainda um importante impacto social resultante da morbilidade associada a este evento (Araújo, et al., 2021).

Com isto a reabilitação neurológica visa promover a independência funcional nos vários contextos que a pessoa se insira (OMS, 2003). O plano de intervenção foi executado num serviço hospitalar, onde a intervenção precoce está recomendada (DGS, 2011).

Como foi referido anteriormente, a hemiplegia é uma das principais causas de incapacidade funcional na sociedade. As alterações motoras estão relacionadas com as alterações na força e no tónus muscular e do mecanismo de controlo postural (Marques- Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

Durante todo o processo de reabilitação, a pessoa deve ser incentivada e reeducada na realização das suas AVD, usando padrões de movimento próximos da realidade e da normalidade (Parecer nº13/2014). Estes movimentos devem sempre realizados, numa fase precoce, sem esforço e, sempre que exequível, com condução do movimento para assim evitar o aumento do tónus muscular (Araújo, et al., 2021).

Para a avaliação do tónus muscular foi utilizada a Escala de Ashworth Modificada. Esta escala tem como foco a espasticidade (OE, 2016). E a sua avaliação efetua-se mobilizando passivamente os membros e avaliando-se a resistência que os mesmos apresentam (OE, 2016; Luvizutto & Gameiro, 2011).

A avaliação passiva da extremidade é realizada com a avaliação da amplitude articular quando surge a resistência ao movimento (Marques- Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

Esta mesma escala é ordinal e tem uma pontuação variável entre 0 e 4, onde 0 corresponde a um tônus muscular normal e 4 corresponde a um tônus muscular exacerbado (partes afetadas rígidas na flexão ou extensão) (Sebastião, 2016).

Para a quantificação da força muscular foi utilizada a escala Medical Research Council. É uma escala que tem como objetivo avaliar a força muscular, também gradada por níveis (de 0 a 5) onde o 0 corresponde a um nível de contração nulo e o 5 corresponde a um nível de força normal (OE, 2016).

Concomitante com o aumento do tônus muscular(espasticidade) e a ausência de força muscular no doente com hemiplegia, surge a diminuição da capacidade de equilíbrio postural, o que conduz a uma diminuição dos limites de estabilidade, nomeadamente na sua capacidade de se levantar ou andar (Rocha, et al. 2020), provocando assim uma diminuição nas suas capacidades funcionais.

Sendo a hemiplegia uma condição provocadora de incapacidade funcional é consequentemente uma condição limitadora para a realização das AVD (Petronilho, & Machado, 2016). Sendo estas últimas definidas como “todas as atividades ou tarefas comuns que as pessoas realizam de forma autónoma e rotineira no seu dia- a dia” (OE, 2018a, p. 17), a intervenção do EEER passa por tornar a pessoa o mais independente possível nessas mesmas AVD (Araujo, et al., 2021).

A Capacidade para andar, é um processo fundamental no processo de reabilitação da pessoa, pois para a pessoa significa não estar dependente de outros (Menoita, et al.,2012). É a capacidade de a pessoa suportar o próprio corpo na posição de pé, equilibrado e para percorrer pequenas a moderadas distâncias (Araujo, et al., 2021).

Este autocuidado é um tipo de locomoção que se pode definir como uma habilidade inata e primordial, sendo eu quanto mais precocemente for superada a incapacidade mais rapidamente recupera a sua capacidade e independência noutras atividades de vida diárias (Marques- Viera & Caldas, 2017).

Neste sentido, a ausência de mobilidade conduz a uma alteração no equilíbrio e da coordenação (OE, 2013). O EEER numa fase inicial tem em conta os seguintes focos: capacidade cognitiva; alterações da visão; capacidade de mobilizar-se no leito; equilíbrio corporal; força muscular; dor e avaliação de sinais vitais (Alcobia, Ferreira, & Vieira, 2019). Segundo os mesmos, o treino de marcha deve ser planeado pelo EEER precocemente, iniciando sempre com atividades no leito, benéficas relacionadas com o desempenho das AVD.

A capacidade de transferir-se é a capacidade do indivíduo para a realização de um movimento pelo qual se move de uma superfície para a outra (OE, 2013). Segundo a mesma fonte esta técnica deve ser sempre executada de modo que seja garantida tanto a segurança do EEER como da pessoa a transferir.

Importa realçar que neste autocuidado, caso seja realizado a primeira vez (neste caso a transferência do leito para a cadeira de rodas, por exemplo) e o doente tenha estado um período de repouso no leito deve-se ter em atenção a possível hipotensão ortostática, sendo imprescindível a avaliação constante da pressão arterial (Soares, 2019).

Tal como mencionada acima no autocuidado “Andar”, antes do doente se transferir e enquanto se encontra sentado no leito deve ser avaliado o equilíbrio.

Para a avaliação dos autocuidados acima mencionados, andar e transferir-se, tem como referência a Escala de Equilíbrio de Berg (OE, 2016). Esta tem como objetivo avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e o risco de queda, através de 14 tarefas funcionais específicas de dificuldade variada, em que o score é determinado através da habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente englobando 3 dimensões: manutenção de posição, ajuste da postura corporal e movimentos voluntários (OE, 2016; Paiva, 2016).

Outro autocuidado comprometido é o banho. Este último, enquanto instrumento de cuidados, pode ser caracterizado como vetor no processo de transformação na limpeza ou higienização do corpo (Fonseca, 2013).

O banho deve ser um processo simples baseado num momento de conforto da pessoa entre as suas crenças e valores sobre a higiene e sendo capaz de atender às necessidades imediatas da

pessoa (Fonseca, Penaforte, & Martins, 2015). Neste autocuidado importa realçar que, dado o elevado número de pessoas que após AVC apresentam compromisso sensitivo, estas devem ser consciencializadas para a necessidade de testar a temperatura da água no lado não afetado (Araújo, et al., 2021).

A capacidade para vestir-se/ despir-se é outro autocuidado comprometido. Este pode ser definido como uma necessidade funcional de conforto e proteção, assumindo-se também como expressão social e cultural, na medida em que protege a intimidade e revela a identidade do indivíduo e de um grupo (Almeida, & Moura, 2018). Este autocuidado é uma das tarefas é uma das mais importantes para as pessoas com défices e das primeiras a ficar comprometida (Ferreira, 2020).

O Uso do sanitário, como autocuidado, refere-se à capacidade da pessoa se despir, capacidade de se sentar e erguer-se da sanita, capacidade para se posicionar de forma adequada na sanita, capacidade para fazer a higiene íntima após urinar ou evacuar e a capacidade para se vestir (Araújo, et al., 2021).

Por último, a capacidade para se arranjar. Este último aspeto assume um conjunto de capacidades: capacidade para pentear os cabelos; para cuidar das unhas; aplicar desodorizante; manter a higiene oral; capacidade para cuidados complementares de conforto como, por exemplo, trocar a roupa da cama (Araújo, et al., 2021; Veiga, et al., 2011).

Para a intervenção do EEER foi utilizada uma escala de avaliação de autocuidados, a escala de Medida de Independência Funcional (Silva, et al., 2012).

Esta escala avalia todos os autocuidados acima mencionados, com o objetivo de fazer o diagnóstico do grau de capacidade/incapacidade funcional de pessoas idosas, avaliando o seu desempenho e a sua necessidade de cuidados exigida na realização desses mesmos autocuidados sendo que a pontuação desta escala é efetuada através da atribuição de pontos, 1 a 7, onde 7 corresponde a uma independência completa e o 1 corresponde a uma ajuda total, onde o doente tem de ser substituído em toda a tarefa (OE, 2016).

Assim, a atuação do EEER visa a promoção da autonomia, através da capacitação da pessoa, onde a capacidade de aprendizagem e adesão ao programa terapêutico implementado são primordiais (Freitas, 2015).



### 2.3. Modelo do Autocuidado de Enfermagem de Reabilitação

A disciplina de enfermagem, enquanto ciência humana prática, é responsável por criar e utilizar um conjunto de conhecimentos exclusivos, afirmando-se como uma disciplina científica com características próprias (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

A ciência de enfermagem constrói-se através de um processo dinâmico nasce da prática e que se revela na pesquisa, sobretudo por meio de análise e desenvolvimento de conceitos e teorias (Bouso, Poles, & Cruz, 2014).

Com isto, para a realização deste projeto optamos por selecionar um modelo de enfermagem, chamado Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado (TEDA) (Petronilho, & Machado, 2016). Para Queirós et al. o autocuidado é o foco na TDAE. Esta teoria reporta que as causas das intervenções de enfermagem ao doente estão associadas à intenção de o tornar o mais possível capaz de saber regular os seus próprios cuidados ou para os seus dependentes (Vitor, Lopes, & Araujo, 2010).

O Autocuidado reporta-se então a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença através de práticas positivas (Petronilho, 2012). Para o mesmo autor, o autocuidado pode ser visto não apenas como uma forma racional para promover a saúde, mas de forma mais alargada, como uma preocupação do individuo consigo próprio relativamente às suas rotinas de vida diária. Assim, as AVD são usadas para a avaliação dos autocuidados.

Orem considera assim, a TDAE uma teoria generalizada, que incorpora três teorias: a Teoria do autocuidado, a Teoria do défice do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Tomey, & Alligood, 2004).

Segundo os mesmos autores a Teoria do Autocuidado aborda o autocuidado, a atividade do autocuidado e a exigência terapêutica do autocuidado. Nesta Teoria observamos as necessidades do autocuidado assentam em três categorias: as necessidades universais de autocuidado; as

necessidades de desenvolvimento e as necessidades de autocuidado, provocadas pela ausência de saúde (Fonseca, 2013, p. 47).

Os primeiros estão relacionados com os processos da vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Os de desenvolvimento são mudanças mais especializadas dos requisitos universais, que foram provados por processos de desenvolvimento associados a algum evento. Por último, os de desvio da saúde aparecem em condições de saúde, ferimento, ou mesmo como consequência de medidas médicas exigidas para certos diagnósticos (Pereira, et al. 2011).

Nesta teoria, Orem parte do princípio que todo o indivíduo possui capacidades de se cuidar, por possuir “habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida” (Petronilho, 2012, p. 19). Esta denomina-os de “agente cuidador”. Quando os indivíduos não têm ou perdem essa capacidade, necessitando que esse cuidado seja realizado por pessoas com responsabilidades sociais e que aceitem a responsabilidade por esses cuidados, denomina-se de “agentes dependentes de cuidados” (Petronilho, 2012, pp. 19-20).

A Teoria do Déficit de Autocuidado abrange a sua percepção, assim como o planejamento dos enfermeiros face aos défices que o indivíduo apresenta a nível psicológico, fisiológico, de suporte e do envolvimento e do ensino (Fonseca, 2013).

Esta teoria exprime e desenvolve a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem. Assim, Orem identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e por último ensinar (Petronilho, 2012).

A ideia central desta teoria é que a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade dos indivíduos em relação à incapacidade de realizar as ações relacionadas com a sua saúde ou com os cuidados de saúde.

Esta ideia identifica a necessidade da intervenção de enfermagem quando as exigências para o autocuidado são superiores que a capacidade da pessoa para se cuidar (Tomey, & Alligood, 2004).

O individuo pode oscilar nas limitações do autocuidado, nas capacidades autónomas para se satisfazer e nas necessidades de apoio perante situações de transição e o défice ocorre quando o mesmo não se consegue adapta (Queirós, 2010).

A Teoria dos Sistemas de enfermagem articula as características do quem presta os cuidados com as características do doente, assumindo este uma necessidade terapêutica de autocuidado do respetivo prestador de cuidados (enfermeira) (Petronilho, 2012).

É composta por “sistemas de suporte e educacionais, sistemas compensatórios parciais e sistemas totalmente compensatórios” (Fonseca, 2013, p. 62).

O mesmo autor escreve que o primeiro ocorre quando o individuo é capaz de realizar o autocuidado, contudo há necessidade de ajuda do enfermeiro para o ensinar ou supervisionar, no sistema parcialmente compensatório o doente apenas necessita de apoio de enfermagem para o ajudar naquilo que ele não é capaz de fazer e no sistema totalmente compensatório o enfermeiro substitui o individuo no autocuidado (Tomey, & Alligood, 2004).

Concomitante desta teoria surge a Teoria de médio alcance que é composta por duas componentes, que se complementam e interrelacionam: a natureza da relação e o processo da relação (Lopes, 2005). Segundo o mesmo autor a natureza da relação compreende o Processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção de enfermagem.

O processo de relação de relação compreende três etapas sequenciais: o princípio da relação; corpo da relação e o fim da relação, sendo que o primeiro ocorre no momento da admissão, onde o enfermeiro desenvolve o Processo de avaliação diagnóstica (Lopes, 2005).

O corpo da relação” é constituído pelo essencial do processo de intervenção terapêutica de enfermagem” (Lopes, 2005, p. 339). O Fim da relação ocorre aquando do fim do tratamento ou pela morte do doente (Lopes, 2005).

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) o principal foco de atenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação é a realização de projetos de saúde em que a pessoa e as suas crenças são a principal fonte. Assim, “procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e

promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (OE, 2001, p. 11).

### 3 . METODOLOGIA

No decorrer dos vários ensinamentos clínicos, surgiram oportunidades para a implementação de níveis de conhecimento teóricos e práticos de enfermagem de reabilitação, tanto em contexto de enfermaria, como na comunidade, baseando sempre a minha prática na evidência científica.

Na realização deste projeto de intervenção pretendeu-se aproximar o máximo possível a prática com a teoria e, nesse sentido, desenvolveu-se um tratamento de dados de forma descritiva onde a principal finalidade foi descrever com as características da população em estudo (Oliveira, 2011) de forma organizada e com a sintetização dos dados, e exploratória com a finalidade de obter um maior número de informação, para de seguida serem aplicados os planos de intervenção (Medri, 2011).

Foi usada então, uma Teoria de Médio Alcance (TMA), para abordar um conjunto de conceitos menos abstratos e mais específicos para os detalhes da prática de enfermagem fazendo a ligação entre o conhecimento teórico e empírico, e são definidas como um conjunto de ideias relacionadas que estão focalizadas numa dimensão específica e num fenómeno, incluindo conceitos e proposições, que estão diretamente ligados à prática (Leandro, et al., 2018).

Para a descrição dos casos foi utilizada a metodologia da Teoria de Media Alcance de Lopes. Esta teoria, como referido anteriormente, baseia-se na inter-relação de duas componentes: o Processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica de enfermagem e ainda o processo da relação, sendo este a segunda componente e que incorpora o princípio, corpo e fim da relação (Lopes, 2005).

Para as intervenções do EEER, foi utilizado como suporte o Regulamento do Padrão de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação de 2018.

Este considera os cuidados de ER uma área especializada que incorporam conhecimentos e procedimentos específicos e tem como principal atenção “a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida restaurando a funcionalidade quando possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades” (OE, 2018a, p.7). Este regulamento refere ainda que a tomada de decisão dos Enfermeiros EEER deve ser baseada na

formulação, respetiva implementação e monitorização nos planos terapêuticos de reabilitação, baseando a sua formulação na identificação de problemas específicos da pessoa, sendo estes diferenciados.

Por sua vez a utilização de estudos casos de investigação podem ser uma mais valia na oferta de benefícios e em termos de objetivos específicos da investigação, permitindo a colheita de vários dados como documentos, intervenções específicas para cada caso, entre outros (Yin, 2018).

A prática do exercício profissional baseou-se sempre no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE).

### 3.1. População Alvo do Projeto de Intervenção

População Alvo pode ser caracterizada como a quantidade de pessoas que atuam na pesquisa (Martins, et al., 2016).

Esta pode ser composta por elementos distintos que possuem um certo número de características comuns, sendo estes elementos unidades de análise sobre as quais serão recolhidas informações (Universidade Santa Cecília, 2008).

A população Alvo deste estudo foi intencional, e foram selecionados indivíduos com características semelhantes, dentro da população proposta a estudar (Fortin, 2009).

Foram usados como critérios de inclusão: pessoa com idade superior ou igual a 65 anos, internadas num serviço de Medicina, vítima de AVC, com sequela de Hemiplegia e com défice de autocuidado de acordo com os instrumentos de recolha de dados referidos a seguir, que apresentem necessidade de cuidados de ER, esclarecida pelo supervisor.

Assim contabiliza-se 8 participantes, com idades compreendidas entre os 64 e 81 anos, assumindo-se assim uma média de idades de 69 anos. Destes 8 participante, 2 foram do foro respiratório, 4 do foro neurológico onde incidiu o projeto de intervenção e 2 do foro ortopédico.

Em relação ao género, o projeto contabiliza 4 pessoas do género feminino (50%) e 4 pessoas do género masculino (50%). Quanto ao estado civil, existe uma disparidade, existido 5 pessoas casadas (62,5%), 1 pessoa solteira (12,5%) e 2 pessoas viúvas (25%).

Durante todo o processo foi realizada uma avaliação inicial, antes da intervenção do EEER e outra avaliação após a intervenção do EEER, sendo que todos os participantes eram previamente saudáveis e funcionalmente independentes.

### 3.2. Plano de Intervenção

Ao EEER é-lhe reconhecida um conjunto de capacidades que o deixam capaz de implementar intervenções terapêuticas, não farmacológicas, no sentido de promover a recuperação das funções residuais e recuperação da independência nas AVD, minimizando desta forma o impacto causado pelas respetivas incapacidades, sejam elas ao nível neurológico, respiratório ou ortopédico (OE, 2011).

A avaliação inicial foio primeiro passo em todos os contextos clínicos, servindo esta “para documentar a planificação de cuidados do enfermeiro, enriquecendo, fundamentando, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem “(Simões, & Simões, 2007, p. 13). Os mesmos autores referem também que para ser efetuada a avaliação deve-se realizar uma pesquisa de todos os recursos disponíveis, incluído a própria família da pessoa.

Com isto e sabendo que o EEER previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de um processo crónico (OE, 2011), e ainda deve definir os planos de intervenção apropriados a cada pessoa de forma simples segura e eficaz (Raposo, & Sousa, 2022), foram elaborados os planos de intervenção a seguir apresentados.



Tabela 2- Foro Respiratório

Indicadores de resultados	Intervenções	Resultados esperados
<b>Conhecimento sobre as pessoas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar ambiente calmo e acolhedor á pessoa com alterações do foro respiratório, para assim explicar todos os procedimentos relativos ao Plano de intervenção em RFR (Cordeiro &amp; Menoita, 2012);</li> <li>-Obtenção da história clínica do doente em 2 fases: a entrevista e a documentação de dados (Barkauskas, et al, 1998);</li> <li>-Realizar uma avaliação objetiva e subjetiva da pessoa;</li> <li>-Avaliação subjetiva deve ser realizada através da entrevista e deverá mencionar os principais sintomas respiratórios: tosse, expetoração, dispneia e torocalgia (Cordeiro, &amp; Menoita, 2012); temos ainda em conta, para além dos já mencionados: dados sociodemográficos, interação social e expectativas da pessoa quanto ao programa de reabilitação;</li> <li>-Avaliação objetiva do doente baseada no exame físico, onde se recorre várias vezes a exames complementares de diagnóstico. Esta avaliação engloba: inspeção (presença de cianose, hipocratismo digital), observação e auscultação de todas as regiões do tórax e palpação (Cordeiro, &amp; Menoita, 2012);</li> <li>-Utilização de instrumentos de medida e escalas já mencionadas anteriormente: ENCS (Fonseca, 2013), Escala de Borg Modificada e a FIM (OE, 2016).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Seleção e organização dos dados recolhidos e documentação dos mesmos, de forma a serem recuperados (Cruchinho, 2009), para assim selecionar o programa mais adaptado á pessoa.</li> </ul>
<b>Capacitação para os Autocuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar, ensinar e instruir sobre estratégias de gestão de energia;</li> <li>-Preparar antecipadamente todo o material, antes de iniciar o autocuidado, de modo a haver o menos gasto de energia possível, utilizando sempre que possível, materiais de apoio (banco, escova de cabo longo, uso de roupão atalhado) (Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacitação para o autocuidado efetivo;</li> <li>- Conhecimento sobre as técnicas de gestão de energia durante o autocuidado (Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021);</li> </ul>
<b>Melhoria da Ventilação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adequar o posicionamento corporal de modo a otimizar a ventilação (Branco, et al., 2012);</li> <li>-Ensinar sobre o controlo e conscientização dos tempos respiratórios, através da reeducação diafragmática e a reeducação costal (Cordeiro, &amp; Menoita, 2012), de modo que a pessoa execute uma inspiração profunda e dirigida e uma expiração lenta com os lábios semicerrados (OE, 2018b). A inspiração deve ser realizada pelo nariz, contando até 3 segundos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de sinais de dificuldade respiratória, que comprovam a eficácia das intervenções;</li> <li>-Conhecimento de técnicas para ventilação melhorada (Couto, Silva, Mar, &amp; Gomes, 2021);</li> </ul>
<b>Melhoria da capacidade respiratória</b> (Limpeza das vias aéreas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ensinar e treinar técnicas para limpeza da via aérea, como a tosse (Couto, Silva, Mar, &amp; Gomes, 2021);- Execução da técnica de expiração forçada, combinado com <i>huffs</i> e com exercícios de controlo respiratório (OE, 2018b);- Ciclos de drenagem autogénica, utilizando inspirações em diferentes volumes, sustendo a inspiração (aproximadamente 3 segundos), seguindo de expirações lentas e controladas (Cordeiro, &amp; Menoita, 2012);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manter a permeabilidade das vias aéreas, eliminando as secreções brônquicas;</li> <li>- Redução da progressão da doença respiratória (Cordeiro, &amp; Menoita, 2012);</li> </ul>
<b>Intolerância a atividade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Treino físico envolvendo membros superiores e inferiores, para além dos exercícios respiratórios que ajudem na capacitação da tosse (Moreira, 2012): fortalecimento muscular dos bícípites, e dos tricípites, fortalecimento muscular dos ombros, dos peitorais, fortalecimento muscular dos quadrícípites, dos bícípites femorais e dos músculos adutores/abdutores dos membros inferiores (Couto, Silva, Mar, &amp; Gomes, 2021);</li> <li>-Assistir nas técnicas de exercitação muscular e articular (2 a 4 series de 6 a 12 repetições);</li> <li>-Planear repouso;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhorar a intolerância á atividade;</li> <li>-Conservação de energia melhorada (Couto, Silva, Mar, &amp; Gomes, 2021);</li> </ul>

Indicadores de resultados	Intervenções	Resultados esperados
	Avaliar a intolerância a atividade, assim como os restantes parâmetros vitais (Simão, et al., 2019);	
Avaliação	- Avaliar resultados no início, durante e no final do programa de RFR no final das 6 semanas.	-Controlo dos sintomas, melhorando a qualidade de vida física e emocional, aumentando assim também a participação social nas atividades quotidianas; diminuir os gastos em saúde, estabilizando a doença (Rodrigues, et al., 2021)

Tabela 3-Foro Neurológico

Indicadores de resultados	Intervenções	Resultados esperados
<b>Conhecimento sobre as pessoas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação inicial tendo em conta a situação atual do doente, história clínica e familiar e comorbidades (Galamba, 2012);</li> <li>--Utilização de instrumentos de medida e escalas já mencionadas anteriormente: ENCS para avaliar a capacidade funcional, escala de ashworth modificada para avaliar a espasticidade a escala Medical research council para quantificar o grau de força de todos os eixos corporais e a escala de medida de independência funcional para a avaliação dos autocuidados (OE, 2016);</li> <li>- Elaborar registos de enfermagem de qualidade onde constem: avaliação inicial, planos de cuidados e notas de enfermagem (Silvestre, 2012);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selecionar programas de reabilitação diferenciados, dependendo do nível de incapacidade de cada pessoa (Galamba, 2012);</li> </ul>
<b>Melhoria Negligência Unilateral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estimulação da percepção sensorial através de técnicas como: varrimento visual (onde a pessoa é incentivada a explorar o campo visual negligenciado) e estimulação sensorial, nomeadamente estimulação térmica (Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021) e tátil</li> <li>-Estimulação através de <i>imputs</i> verbais, visuais e através de dicas auditivas (Grilo, 2018);</li> <li>-Treino bilateral dos membros superiores, incentivando e pessoa a praticar a mesma atividade com os dois membros (Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evolução da negligência unilateral, aquando da realização das AVD (Saikaley, et al., 2018);</li> </ul>
<b>Capacitação para o Autocuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino do autocuidado higiene, logo que possível, podendo ser utilizadas barras de apoio junto da sanita, chuveiro e lavatório, cadeiras de banho ou sanitárias e matérias antiderrapante; no vestuário é importante ensinar e instruir para a utilização de novas estratégias como: roupa larga, o hemisólo afetado é o primeiro a vestir e o último a despir; no uso do sanitário recorre-se, sobretudo, a barras de apoio (Trindade, 2020);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacitação para tomar banho e capacidade para envolver novas estratégias e ajudas técnicas;</li> <li>-Capacidade para vestir-se / despir-se melhorada;</li> <li>- Capacidade para realização da técnica de vestir-se(Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021);</li> </ul>
<b>Aumento da capacidade física (Força muscular)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Executar e incentivar a pessoa na técnica de exercício muscular e articular passivo (no membro lesado) e ativo (membro sã) (Guerreiro, 2019);</li> <li>-Exercício da Ponte, de maneira a restabelecer o movimento controlado e funcional da anca, onde o EEER solicita á pessoa que eleve a pelve enquanto este exerce pressão no tornozelo e com outra mão estimula a região glútea lesada (Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021);</li> <li>- Exercícios de dissociação pélvica, incentivando a pessoa a executar uma rotação do tronco de um lado para o outro, na posição deitado (Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhoria do movimento muscular, monitorizando a força muscular através da avaliação por escalas(Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021);</li> <li>- Melhorar a tolerância ao exercício (capacidade funcional);</li> </ul>
<b>Melhoria do estado funcional (Equilíbrio corporal)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Executar técnicas de correção postural, através do uso de espelho, estimulando também o equilíbrio corporal (Gil, Sousa, &amp; Martins, 2020);</li> <li>-Executar técnica de treino de equilíbrio deitado, sentado e em pé: ponte, dissociação de cinturas, rolar, coordenação de movimentos (Gil, Sousa, &amp; Martins, 2020);</li> <li>-Executar técnica de equilíbrio dinâmico sentado e em pé (Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equilíbrio sentado e dinâmico melhorado (Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021);</li> <li>-Aumento da capacidade de resistência e perseverança para realiza corretamente os exercícios (Gil, Sousa, &amp; Martins, 2020);</li> </ul>
<b>Melhoria da Espasticidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Executar técnica de exercícios musculares e articulares passivos;</li> <li>-Posicionar em padrão antiespástico;</li> <li>-Aplicar tala (orinsuflável) (Araújo, Soares, Ribeiro, &amp; Martins, 2021);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausência de espasticidade;</li> </ul>

<b>Indicadores de resultados</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados esperados</b>
<b>Avaliação</b>	- Avaliar resultados no início, durante e no final do programa de ER no final das 10 semanas.	- Ganhos em saúde, nomeadamente na mobilidade e autocuidado.

Tabela 4- Foro Ortopédico

Indicadores de resultados	Intervenções	Resultados esperados
<b>Conhecimento sobre as pessoas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliação de todas as barreiras arquitetónicas presentes nos domicílios (Rodrigues, 2012);</li> <li>-Colheita de dados subjetivos através da história clínica dos doentes e objetivos através do exame físico (Dias, Messias, &amp; Ferreira, 2021);</li> <li>-Avaliação funcional da pessoa através da utilização de instrumentos de medida e escalas já mencionadas anteriormente: ENCS (Fonseca, 2013) e a FIM (OE, 2016);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaborar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em conta os problemas reais e identificados pelo EEER (Dias, Messias, &amp; Ferreira, 2021);</li> </ul>
<b>Capacitação para o Autocuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar juntamente com o doente a necessidade do uso de dispositivos de apoio tanto para o banho, como para se vestir e despir (Lourenço, et al., 2021);</li> <li>-Nos doentes que habitam sozinhos, selecionar todos os produtos de apoio necessários para a realização de treinos específicos de AVDs (Oliveira, Couto, &amp; Silva, 2021);</li> <li>- Consciencializar o uso de dispositivos para apoio e autonomia no autocuidado (Lourenço, Faria, Ribeiro, &amp; Ribeiro, 2021);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhoria na proporção de doentes com défice de autocuidado (Oliveira, Couto, &amp; Silva, 2021);</li> </ul>
<b>Aumento do movimento muscular e articular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ensinar e instruir a pessoa a exercícios musculares isométricos em todas os segmentos musculares dos membros inferiores, nomeadamente: flexores e extensores da anca e abdutores da anca (Lourenço, et al., 2021);</li> <li>-Mobilizações passivas da articulação coxofemoral, posteriormente quando a pessoa conseguia realizar o movimento completo, execução de exercícios ativos-resistidos (Lourenço, et al., 2021);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Permitir o regresso á capacidade funcional normal/ basal da pessoa (OE, 2013);</li> </ul>
<b>Melhoria do Equilíbrio corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliação do equilíbrio através da escala de Equilíbrio de Berg (OE, 2016);</li> <li>-Ensinar, executar e instruir treino de equilíbrio estático e dinâmico: sentado, levantando-se e sentando-se numa cadeira fixa; e na posição ortostática iniciando com apoio numa superfície estável e posteriormente sem apoio executando exercícios de agachamentos, elevação dos calcanhars, realizando 8 a 10 repetições de cada exercício (Berg, et al., 2019);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacidade de equilíbrio e melhoria na postura corporal adequada (Lourenço, et al., 2021);</li> </ul>
<b>Melhoria no transferir-se</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Assistir a transferir-se para cadeira de rodas ou cadeirão: avaliação dos sinais vitais, aquando da posição sentada, solicitar ao doente que faça uma inclinação anterior do tronco para assim o seu peso ir para a frente e assumir a posição ortostática, assistir a pessoa durante o processo da transferência, cocando as mãos na região dorsolombar e por fim, caso esteja na cadeira de rodas, colocar os pés nos pedais da cadeira de maneira a manter a flexão da anca e joelho a 90 graus (OE, 2013);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir complicações como a imobilidade e preparar o treino de marcha (OE, 2013);</li> </ul>
<b>Melhoria do Andar com auxiliar de marcha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Antes de iniciar o treino, garantir que a pessoa tem o auxiliar de marcha indicado;</li> <li>- Ensinar e instruir a andar com auxiliar de marcha, no domicílio;</li> <li>-Avançar com as 2 canadianas; avançar com o membro operado e por fim avançar com o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacidade para deambular com auxiliar de marcha adaptado e de forma segura;</li> </ul>

Indicadores de resultados	Intervenções	Resultados esperados
	membro que não foi operado (Lourenço, et al., 2021); -Instruir a descer e subir os degraus com auxiliar de marcha. Subir: primeiro o membro não operado, depois o membro operado e por fim as canadianas; para descer: primeiro as canadianas, depois o membro operado e por fim o membro não operado (OE, 2013);	
<b>Avaliação</b>	- Avaliar resultados no início, durante e no final do programa de ER no final das 6 semanas.	-Promoção de uma evolução positiva na capacidade funcional das pessoas para integrarem de forma segura a sociedade (Oliveira, Couto, & Silva, 2021; OE, 2013).

### 3.3 . Instrumentos de Avaliação clínica

Desde 2001 que surgiu a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), em resultado da necessidade de adequação de um modelo que contemplasse uma relação linear entre o dano a uma estrutura ou função corporal, levando a uma incapacidade (Castaneda, Bergmann, & Bahia, 2014). Segundo os mesmos a CIF foi assim elaborada com múltiplos objetivos e de acordo com várias disciplinas.

Dos objetivos mais relevantes surgem a necessidade de proporcionar uma base científica para compreender as determinantes da saúde, estabelecer uma linguagem universal para a descrição da saúde, para assim melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, permitir a comparação entre dados de saúde nos vários países e proporcionar uma codificação para sistemas de informação em saúde esquematizadas (DGS, 2004).

Baseados na CIF, surgiram os Core Sets. Estes podem ser definidos como grupos de categorias da CIF que descrevem as funcionalidades das pessoas com determinadas condicionantes de saúde e, têm sido desenvolvidos de maneira a poderem ser representados de forma multiprofissional e internacional (Riberto, 2011).

Neste projeto optou-se assim por recorrer a um instrumento de avaliação clínica que resposta a problemática, o *Elderly Nursing Core Set* (ENCS) (Fonseca, 2013). Segundo o autor, este instrumento foi proposto com o objetivo de estabelecer uma correspondência entre perfis funcionais e as necessidades de cuidados de enfermagem.

É constituído por 25 itens, com o objetivo de avaliar a funcionalidade e as necessidades de cuidados, a pessoas com mais de 65 anos de idade (Lopes, & Fonseca, 2013).

Este instrumento utiliza assim os seguintes perfis funcionais: não há problema (nenhum, ausente, insignificante - 0-4%); Problema ligeiro (leve, pequeno - 5-24%); problema moderado (médio, regular - 25- 49%); Problema grave (grande, extremo - 50-95%); Problema completo (total - 96-100%) (Fonseca, 2013) e, é utilizada para avaliar quatro fatores: “o autocuidado, a aprendizagem e Funções mentais, Comunicação e Relação com Amigos e Cuidadores” (Lopes, & Fonseca, 2013, p. 123).

Segundo a mesma fonte, quanto á sua fidelidade apresenta um alfa global de 0.949, sendo que o Autocuidado apresenta um alfa mais elevado (0.971), a Aprendizagem e Funções mentais apresenta um alfa de 0.932, a comunicação 0.950 e a Relação com os Amigos e Cuidadores de 0.610, demonstrando este último uma consistência questionável, mas consensual.

Além da escala referida anteriormente, para este projeto recorreu-se a escala FIM. Esta é organizada através da atribuição de uma classificação, de acordo com a habilidade do doente em executar uma determinada tarefa, nomeadamente um autocuidado, versus o nível de ajuda que este precisa para a realização dessa mesma atividade ou recurso a ajudas técnicas (Borges, 2006). Esta escala está validada para as pessoas vítimas de AVC (DGS, 2011).

Permite ainda determinar o nível de incapacidade, avaliando e acompanhando os ganhos funcionais da pessoa, mensurando as respetivas áreas funcionais (Marques, 2012).

É um instrumento de avaliação, constituído por 18 itens, onde 6 se referem a Autocuidados (Alimentação, Higiene Pessoal, Banho, Vestir metade superior do corpo, Vestir metade inferior do corpo e Utilização do sanitário), 2 referem-se ao controlo de esfínteres (urinário e fecal), 3 referem-se a Mobilidade / Transferências, 2 a Locomoção (Marcha/ Cadeira de Rodas e Escadas), 2 referem-se á comunicação (Compreensão e Expressão) e por fim 3 referem-se a Cognição Social (Interação Social, Resolução de problemas e memória) (OE, 2016).

Ainda segundo a mesma fonte, a pontuação é atribuída segundo o nível de dependência, onde 7 corresponde a uma independência total, o valor 6 corresponde a uma independência modificada, o 5 á necessidade de supervisão na execução da tarefa, 4 uma ajuda mínima onde o doente realiza mais de 75% da tarefa, 3 uma ajuda moderada assumindo que o doente só realiza metade da tarefa, 2 uma ajuda máxima onde o doente realiza mais de 25% da tarefa e finalmente o 1 que corresponde a uma ajuda total, onde o doente tem de ser substituído durante toda a tarefa.

Ao nível da fiabilidade, a presente escala apresenta um alfa Cronbach de 0,97, demonstrando uma grande fiabilidade, dada a sua aproximação de 1 (Turner-Stokes, & Siegert, 2013).

Esta escala não se encontra disponível para uso livre, contendo o autor a sua validação para o uso da mesma.



### 3.4. Considerações Éticas

A integridade científica é constituinte de um princípio ético observável em toda a investigação, sendo que “os comportamentos reprováveis em ciência não são um fenómeno do nosso tempo. No entanto, a verdade é que há hoje um elevado nível de intolerância em relação a estas práticas, cujo escrutínio é muito mais rigoroso” (Soares, 2018, p. 2).

Considerando o mesmo documento, o objetivo da investigação científica é o encontro do conhecimento, usando métodos cientificamente e eticamente bem compostos, que tenham impacto para a comunidade científica, sendo que a verdade científica é primordial na ética e só poderá ser garantido com os mais exigentes padrões de ética e integridade.

Sendo assim, os princípios éticos fundamentais, incluem a confiabilidade (uso de métodos científicos), na honestidade (procura da verdade), o respeito (ética) e na responsabilidade (publicação para ter impacto na comunidade científica) (All European Academies, 2017).

No que diz respeito á prática de enfermagem, a investigação foi regida por regras internacionais e nacionais, relativas a proteção das pessoas, sendo o consentimento informado, livre, esclarecido e fundamentado a “pedra angular” de uma investigação eticamente sólida, tendo o profissional um dever de proteção das pessoas ao caso sujeitos do estudo (OE, 2015a).

Fazer uma investigação em Enfermagem implica, muitas vezes, estudar um grupo de pessoas, fragilizadas física ou psicologicamente, de uma forma temporária ou permanente, devendo estas, ser alvos de tratamentos cuidadosos, atendendo ao dever de proteção dos que se encontram mais fragilizados e vulneráveis (Nunes, 2013).

Assim durante o estudo, todos os dados foram tratados de forma a manter o anonimato dos intervenientes e a preservar a confidencialidade das fontes (Nunes, 2013).

## 4 . APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A apresentação dos dados é uma etapa importante do projeto de investigação, uma vez que permite identificar os ganhos obtidos e assim melhorar para o desenvolvimento de novos estudos (Teixeira, 2003).

Dado ser uma das técnicas “mais antigas e das mais universais técnica de recolha de dados usadas na investigação” (Lopes, 2005, p. 122) utilizamos a observação para a colheita de dados e posterior avaliação.

Neste capítulo procede-se então à apresentação e a análise dos dados para se concluir com os resultados da intervenção (Yin, 2018).

### População-Alvo Global

Para esta análise foi realizada através de um número aleatório para codificar cada interveniente, para a avaliação inicial e final (após intervenção do ER), nos vários setores da ENCS. A privacidade dos dados será mantida, assim como todos os dados serão avaliados de uma maneira geral, divididos por grupos de intervenção, como referida anteriormente (Lei n.º 156/2015).

*Tabela 5- Avaliação inicial global e final global da população alvo*

<b>ENCS</b>	<b>Avaliação Diagnóstica</b>	<b>Após Intervenção de ER</b>
<b>Score global de Funcionalidade</b>	54,29 %	41,21%
<b>Autocuidado</b>	66,63 %	53,75 %
<b>Cognição e funções da memória</b>	31,75 %	23,25%
<b>Comunicação</b>	59,38%	46,25%
<b>Relação com amigos e cuidadores</b>	41,63%	29,88%

Após análise dos dados apresentados na tabela acima exposta, onde se transcreve os resultados da média global de todos os intervenientes no projeto, damos conta que, após uma intervenção do EEER houve ganhos em todos as funções. Assim a nível do Score Global de Funcionalidade houve um ganho médio de 13,07%, o que significa que houve ganhos, passando de um problema grave para um problema moderado; no setor do Autocuidado verificou-se um ganho médio de 12,88 %, apesar de se manter num problema grave; a nível da cognição e Funções da memória obteve-se um ganho médio de 8.50%, tendo passado de um problema moderado a um problema ligeiro; Na comunicação foi onde se obteve mais ganhos, cerca de 13,13%, apresentando-se de um problema grave para um problema moderado; e por último, em relação com amigos e cuidadores houve um ganho médio de 11,75%, mantendo-se como um problema moderado, apesar dos ganhos médios.

#### Pessoas com alteração do autocuidado do foro respiratório

Durante o ensino clínico do foro respiratório, aplicou-se de igual modo a ENCS, fazendo uma avaliação cuidada dos dados recolhidos e recorrendo á utilização de números para codificar cada individuo através dos vários setores da ENCS.

Este grupo é constituído por duas pessoas, ambas do género masculino, uma solteira e outra casada, tendo uma média de idades de 69 anos.

*Tabela 6- Avaliação global das pessoas com alterações do autocuidado do foro respiratório*

<b>ENCS</b>	<b>Avaliação Diagnóstica</b>	<b>Após Intervenção de ER</b>
<b>Score global de Funcionalidade</b>	20%	17%
<b>Autocuidado</b>	26%	20%
<b>Cognição e funções da memória</b>	10%	9%
<b>Comunicação</b>	22,5%	20%
<b>Relação com amigos e cuidadores</b>	20%	20%

Analisando os dados da tabela 6, referentes aos ganhos dos doentes do foro respiratório, observa-se que a média inicial do Score Global da Funcionalidade foi de 20% (Problema ligeiro), havendo um ganho de 3% quanto à média final que foi de 17%. Quanto ao Autocuidado houve um ganho médio de 6%, mantendo-se num Problema ligeiro. A Cognição e Funções da Memória passou de 10% para 9% havendo 1% de ganhos e mantendo-se como problema ligeiro. Quanto à comunicação há um ganho de 2,5%, passando de 22,5% para 20% e mantendo-se como problema ligeiro. Por último, a relação com os amigos manteve a sua percentagem de 20% (Problema ligeiro).

### Pessoas com alterações do autocuidado do foro Neurológico

Durante o ensino clínico do foro neurológico, aplicou-se a ENCS, fazendo uma avaliação cuidada dos dados recolhidos e recorrendo à utilização de números para codificar cada individuo através dos vários setores da ENCS.

Este grupo é constituído por quatro pessoas, duas do género masculino e duas do género feminino, duas solteiras e duas casadas, tendo uma média de idades de 68 anos.

*Tabela 7- Avaliação global das pessoas com alterações do Autocuidado do Foro Neurológico*

<b>ENCS</b>	<b>Avaliação Diagnóstica</b>	<b>Após Intervenção de ER</b>
<b>Score global de Funcionalidade</b>	69,44%	54%
<b>Autocuidado</b>	90%	76,25%
<b>Cognição e funções da memória</b>	44%	31,5%
<b>Comunicação</b>	88,75%	70%
<b>Relação com amigos e cuidadores</b>	55%	38%
<b>MIF</b>	16	52

No Score Global da Funcionalidade na pessoa com alterações do autocuidado no foro neurológico, podemos observar um ganho percentual de 15,44%, onde, apesar de se manter

num problema grave, houve ganhos. Quanto ao Autocuidado podemos observar uma percentagem positiva de 13,75%, apesar de se manter no problema Grave. Na Cognição e funções de memória a média global destas pessoas passou de 44% para 31,5%, apesar de haver ganhos também se manteve no Problema Moderado. Na Comunicação houve um ganho medio de 18,75% e na Relação com os amigos e cuidadores houve um ganho percentual de 17%, passando de Problema Grave a Problema Moderado.

Em relação à MIF, podemos observar na tabela um valor inicial de 16 pontos, e um valor final de 52 pontos. Estes valores representam ganhos funcionais, que segundo a média foram de 36 pontos.

### Pessoas com alterações do autocuidado do foro ortopédico

Durante o ensino clínico do foro ortopédico, aplicou-se a ENCS, fazendo uma avaliação cuidada dos dados recolhidos e recorrendo á utilização de números para codificar cada individuo através dos vários setores da ENCS.

Este grupo é constituído por quatro pessoas, duas do género feminino, sendo as duas casadas e tendo uma média de idades de 68,5 anos de idade.

*Tabela 8- Avaliação global das pessoas om alterações do Autocuidado do foro Ortopédico*

<i>ENCS</i>	<i>Avaliação Diagnóstica</i>	<i>Após Intervenção de ER</i>
<b>Score global de Funcionalidade</b>	41%	27,75%
<b>Autocuidado</b>	60,50%	42,50%
<b>Cognição e funções da memória</b>	30%	20%
<b>Comunicação</b>	37,50%	25%
<b>Relação com amigos e cuidadores</b>	36,50%	23,50%

Observamos que no Score Global de Funcionalidade apesar de se manter num problema Moderado, houve um ganho de 13,38 %, passando de 41% para 27,75%. No Autocuidado foi

onde se notou um maior ganho de 18%, passando de um Problema grave (60,50%) para um Problema Moderado (42,50%). Quanto a Cognição e funções da memória passou de um Problema Moderado (30%) para um Problema Ligeiro (20%), havendo um ganho de 10%. Na Comunicação manteve o Problema moderado, contudo houve um ganho percentual de 12,50%. Por último, na Relação com amigos e cuidadores Passou de Problema moderado (36,50%) a um Problema Ligeiro (23,50%), havendo assim um ganho de 13%.

## 5. DISCUSSÃO

A Discussão dos resultados obtidos torna-se imprescindível para comparar diferentes contextos em diferentes dimensões, que no final podem ter o mesmo resultado (Yin, 2018), que, neste caso, foi o encontro de resultados que evidenciassem ganhos para a ER, no aumento da capacidade do autocuidado.

Assim, neste capítulo iremos relacionar os resultados da RSL com os ganhos obtidos através da aplicação da ENCS e da MIF, podendo-se afirmar que de uma maneira global, foi possível observação de ganhos funcionais em todas as dimensões.

Perante isto o EEER para além de um leque de competências que lhe são inerentes, como capacitar e cuidar de pessoas com necessidades/ limitações da atividade, ainda “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019 , pp. 13567-13568).

Na realização da RSL para este projeto foram encontrados quatro domínios a ser identificados de seguida, para a discussão dos respetivos estudos caso.

### Domínio cognitivo

No decorrer do primeiro ensino clínico, quando do grupo do foro respiratório, constatamos que as expectativas dos doentes estavam dentro do expectável: (“quero voltar a fazer as minhas coisas”, “quero voltar a conseguir andar sem me cansar muito”). Um dos doentes tinham uma família pouco presente, sendo que um deles se encontrava institucionalizado. A família do outro doente, pela elevada idade, nunca se encontrou muito presente, apesar da tentativa de contacto via telefónica onde referia: (“Não quero que o meu marido morra com falta de ar”).

Após ser realizada uma avaliação inicial e funcional, através da recolha de dados pessoais para implementar as intervenções específicas (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). A alta é preparada desde o início do internamento (Morais, 2010), sendo que foi necessário também uma avaliação das necessidades da pessoa no seu domicílio.

Todos os indicadores de resultados obtiveram os resultados esperados, através das intervenções específicas do EEER.

Na melhoria da Ventilação, os doentes permaneceram sem sinais de dificuldade respiratória (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021), através da conscientização dos tempos respiratórios e da reeducação diafragmática (Cordeiro, & Menoita, 2012).

Após realizada a avaliação das intervenções do EEER os ganhos foram comprovados, melhorando a qualidade de vida e estabilizando a doença de ambas as pessoas (Rodrigues, et al., 2021) e diminuindo assim os sintomas de ansiedade em relação ao processo de reabilitação (Xiao, et al., 2020; Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017; Lin, et al., 2020).

Em relação aos *outcomes encontrados* no domínio cognitivo para ER foram melhoria da capacidade de atenção e raciocínio e diminuição do nível de ansiedade e depressão da pessoa em estudo.

Quanto aos ganhos médios, ao nível da Aprendizagem e Funções de Memória neste grupo de pessoas, através da ENCS, passou de 10% para 9% havendo 1% de ganhos e mantendo-se como Problema Ligeiro.

No grupo do foro neurológico foi possível encontrar vários níveis de cognição. As pessoas selecionadas para o projeto foram avaliadas através de escalas, principalmente a ENCS. De acordo com os défices de cada uma foi possível obter várias respostas quando abordadas acerca dos planos de intervenção, muitas vezes desvalorização dos défices: (“ah eu não preciso de nada, quero é ir para casa!”); (“Dê-me, mas é comida que estou cheio de fome”). Foi importante consciencializar as pessoas quanto os défices apresentados, elaborando programas de reabilitação de acordo com os respetivos défices.

Tal como no grupo do foro respiratório foi importante uma correta avaliação diagnóstica, não só através da observação como através da recolha de todas as informações clínicas pertinentes (Lopes, 2005; Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017).

Como resultados desta avaliação podemos obter uma seleção de programas de reabilitação diferenciados, de acordo com a incapacidade de cada pessoa em estudo (Galamba, 2012), de



maneira que a intervenção pudesse dar respostas a todos os níveis de atuação (Xiao, et al., 2020).

Na melhoria da negligência unilateral foram realizadas técnicas de estimulação sensorial, varrimento visual e estimulação tátil, assim como treino através de *inputs* verbais (Grilo, 2018). Neste indicador o treino bilateral demonstrou-se importante, no sentido de incentivar a pessoa a praticar o mesmo exercício com ambos os membros ((Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021; Navdeep, et al., 2020). Como resultados, foi possível observar uma diminuição da negligência unilateral (Saikaley, et al., 2018).

A avaliação das intervenções do EEER foi realizada através da aplicação de escalas (OE, 2016), tendo se verificado ganhos nas amplitudes articulares e no autocuidado.

Na RSL realizada para este projeto, para este domínio foi possível observar que os planos de cuidados de ER diminuem os problemas de ansiedade e vão estimular positivamente os doentes, com ganhos na cognição (Xiao, et al., 2020; Lin, et al., 2020).

Os *outcomes* encontrados neste grupo foram a diminuição e controlo dos níveis de ansiedade.

Segundo avaliação com a escala ENCS na Aprendizagem e Funções de Memória, a média global destas pessoas passou de 44% para 31,5%, apesar de haver ganhos também se manteve no Problema Moderado.

No grupo do foro ortopédico, apesar de não haver nenhuma alteração da cognição, as intervenções eram precedidas de alguma ansiedade e medo, sobretudo devido à dor: (“Aí Enfermeiro, dói-me tanto”) (“eu não consigo, quando me levantar vai-me doer”). Neste grupo, por ser em contexto domiciliário, havia mais aproximação da família, sendo as vezes, mais fácil para gerir e para a adesão aos ensinamentos. Neste contexto domiciliário, o EEER tem um papel preponderante no sentido de dar continuidade aos cuidados de reabilitação iniciados no meio hospitalar, tal como referido num dos artigos da RSL (Radu, et al., 2021).

Como indicadores de resultado, tal como em todos os domínios, foi realizada uma colheita de dados, para assim poder proceder a uma correta avaliação inicial e funcional dos intervenientes no projeto (Dias, Messias, & Ferreira, 2021; Bjartmarz, Jónsdóttir, &

Hafsteinsdóttir, 2017). Através desta colheita de dados foi realizada também uma avaliação das barreiras arquitetónicas existentes nos domicílios (Rodrigues, et al., 2021). Os resultados encontrados foram uma realização e implementação dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em conta os problemas reais e identificados pelo EEER (Dias, Messias, & Ferreira, 2021).

No movimento muscular e articular o ensino e instrução de exercícios musculares isométricos em todos os segmentos musculares dos membros inferiores e as mobilizações passivas e posteriormente ativas resistidas foram as intervenções executadas por ER (Lourenço, et al., 2021), resultado no regresso á capacidade basal da pessoa (OE, 2013).

Por fim, na avaliação, houve uma evolução positiva na capacidade funcional das pessoas para conseguirem integrarem a sociedade de forma segura (OE, 2013).

Na RSL podemos afirmar que como disseram (Lin, et al., 2020), ao diminuir a dor, o risco de ansiedade provocada por a mesma vai diminuir também, otimizando as intervenções do EEER.

Nos *outcomes* deste grupo apenas encontramos a diminuição da ansiedade.

Na Aprendizagem e Funções de Memória as pessoas do foro respiratório apresentavam um valor medio inicial de 30% e passando para um valor medio após intervenção do ER de 20% mantendo o Problema Moderado.

### Domínio literacia e autocuidado

Neste domínio o grupo respiratório a adesão ao plano de intervenção de ER foi grande: (“Eu quero andar rápido para ir para a minha casa”), (“Levante-me para eu ficar bom”), (“vamos até às escadas para eu mexer as pernas”) eram alguns dos argumentos mencionados pelas pessoas deste grupo, mostrando uma grande vontade de colaborar com o EEER e com o plano de intervenção proposto.

Para uma seleção das melhores intervenções, um dos indicadores selecionados foi o conhecimento sobre as pessoas, tal como em todas as outras dimensões (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). A nível de intervenções foi crucial manter um ambiente calmo realizando uma avaliação objetiva e subjetiva, através dos dados que o doente nos

transmitia e através dos sinais observados (Barkauskas, et al, 1998). Assim os resultados obtidos foram a organização de todos os dados, relacionando-os, para escolher o melhor programa direcionado para a pessoa (Cruchinho, 2009).

No indicador de resultados capacitação para o autocuidado as intervenções passaram por instruir e ensinar sobre estratégias para gestão de esforço e energia (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021), sendo essencial a preparação de todo o material necessário antes da realização do respetivo autocuidado, utilizando sempre que necessário materiais de apoio com o banco, escova de cabo longo, barras de apoio, cadeira de rodas sanitária, entre outro (Hassett, et al., 2020). Como resultados, encontramos a capacidade para o autocuidado melhorada, através do conhecimento de técnicas de gestão de energia durante a realização do autocuidado (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).

Importa referir que incluímos dentro do autocuidado o banho, o vestir-se/despir-se, o arranjar-se e o uso do sanitário.

Na avaliação foram avaliados os resultados de todos os indicadores, onde se obteve um aumento da participação em todas as atividades quotidianas das pessoas (Rodrigues, et al., 2021).

Neste grupo de pessoas do foro respiratório foram encontrados os seguintes *outcomes*: adequação dos cuidados de acordo com as necessidades humanas, menor sedentarismo e aumento da qualidade de vida da pessoa.

Através da avaliação com a ENCS, em relação ao Autocuidado houve um ganho médio de 6%, mantendo-se num Problema ligeiro.

Passando para o grupo do foro neurológico os autocuidados foram avaliados igualmente através da utilização de estalas, neste caso a ENCS e a MIF. Todos os resultados indicaram ganhos. Tal como referido anteriormente, os planos de intervenção foram elaborados de acordo com os défices das pessoas envolvidas no projeto, sendo que algumas desvalorizavam os défices aquando das intervenções do EEER.

Manteve-se o indicador de resultado conhecimento sobre as pessoas, intervindo-se através de uma avaliação inicial, com a recolha de todos os dados pertinentes sobre o estado de saúde

da pessoa em causa (Galamba, 2012; Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017), e através de uma avaliação funcional com o uso de escalas como a MIF para a avaliação dos autocuidados (OE, 2016). Com resultados foi possível a seleção de programas de reabilitação diferenciados, de acordo com o nível de dependência da pessoa (Galamba, 2012).

Na capacitação para o autocuidado (banho, vestir-se/despir-se, o arranjar-se e o uso do sanitário) onde a intervenção a nível do autocuidado banho, incidiu sobre o treino de AVDs, utilizando, logo que possível, todas as ajudas técnicas, sobretudo as barras de apoio cadeira de rodas sanitárias e materiais antiderrapantes; quando ao vestir-se/despir-se instruir e ensinar para a utilização de novas estratégias como o uso de roupa larga e o hemitórax afetado deve ser o primeiro a vestir-se; quanto ao uso do sanitário deve recorrer-se, sobretudo, a barras de apoio (Grilo, 2018; Hassett, et al., 2020). Como resultados, comprovou-se uma capacitação para os autocuidados melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Como *outcomes* neste grupo neurológico foram a Adequação do cuidado de acordo com as necessidades humanas e o aumento da qualidade de vida da pessoa.

Quanto aos ganhos qualitativos observados através da escala ENCS no Autocuidado podemos observar uma percentagem positiva de 13,75%, apesar de se manter no Problema Grave.

Em relação à escala MIF, podemos observar obter inicialmente de 16/126 pontos, e um valor final de 52/126 pontos. Estes valores representam ganhos funcionais e nos autocuidados, que segundo a media foram de 36 pontos.

O próximo grupo ortopédico foi um grupo onde a adesão e envolvimento da família/cuidadores foi maior, dado ter sido realizado em contexto domiciliário: (“A minha mãe hoje já tomou banhinho e antes foi a sanita”). Assim a educação não só da pessoa como da sua família são importantes no planeamento dos cuidados (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017).

O indicador de resultado conhecimento sobre as pessoas do foro ortopédico, onde a intervenção do EEER passa pela avaliação de todas as barreiras arquitetónicas presentes nos domicílios (Rodrigues, 2012; Hassett, et al., 2020), para além de a avaliação funcional das pessoas através de escalas, mencionadas anteriormente (OE, 2016; Fonseca, 2013). Os

resultados passaram pela elaboração de um plano de cuidados de ER, tendo em conta os problemas reais e identificados (Dias, Messias, & Ferreira, 2021).

Na capacitação para o autocuidado a avaliação e o instruir, juntamente com a família, a necessidade de produtos de apoio tanto para o banho, como para o arranjar-se, para o uso do sanitário e para o vestir-se/despir-se foi uma das principais intervenções do EEER (Lourenço, et al., 2021).

Como resultados obtivemos uma melhoria na proporção de doentes com défice de autocuidado em contexto domiciliário (Oliveira, Couto, & Silva, 2021).

A adequação do cuidado de acordo com a necessidades individuais, a diminuição do sedentarismo, a melhoria da qualidade de vida e a educação aos familiares foram os *outcomes* de enfermagem encontrados.

De acordo com a ENCS, no Autocuidado foi onde se notou um maior ganho de 18%, passando de um Problema grave (60,50%) para um Problema Moderado (42,50%).

## Domínio do Funcional

Neste domínio, o grupo respiratório teve ganhos significativos, evidenciados pelas próprias pessoas: (“No início nem me levantava”). Para este domínio obtiveram-se ganhos na função motora e funcional.

Assim, o indicador de resultado conhecimento sobre as pessoas manteve-se, onde o EEER teve como intervenções a avaliação objetiva e subjetiva da pessoa, sendo esta última realizada através da entrevista e da documentação de dados (Barkauskas, et al, 1998). A objetiva é realizada através do exame físico e com a utilização de instrumentos de medida e escalas (Cordeiro, & Menoita, 2012; OE, 2016). Obteve-se como resultado a seleção de de um programa adaptado par as condições da pessoa (Cruchinho, 2009; Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

Quando à melhoria da capacidade respiratória, houve intervenção através do ensino de técnicas de limpeza de via aérea, expiração forçada e exercícios de controlo respiratório (OE, 2018b; Cordeiro, & Menoita, 2012). Como resultados obtivemos uma melhor da

permeabilidade das vias aéreas, eliminando secreções quando presentes (Cordeiro, & Menoita, 2012), reduzindo a progressão da doença.

Aa tolerância a atividade também foi um indicador de resultado. O plano passou pela realização de um treino físico de todos os segmentos musculares, para além dos exercícios respiratórios (Moreira, 2012; Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021). Todas estas técnicas foram executadas com períodos de repouso com a avaliação dos sinais vitais (Simão, et al., 2019). A melhoria da intolerância a atividade e manutenção da energia foram resultados encontrados (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).

Na RSL também foi possível obter ganhos a este nível, relacionadas com a aptidão física global (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017; Lin, et al., 2020; Navdeep, et al., 2020).

Na avaliação dos resultados foi necessário monitorizar os ganhos através do acesso a escalas (OE, 2016), obtendo assim uma melhoria na qualidade de vida física e emocional das pessoas, aumentando a sua capacidade física e participação social das mesmas (Rodrigues, et al., 2021; Lin, et al., 2020; Yin, et al., 2021).

Assim foram alcançados os seguintes *outcomes* Maior mobilidade, ganho de força muscular e ganhos na realização das AVDs.

Nos ganhos quantitativos através das avaliações realizadas pela ENCS do Score Global da Funcionalidade inicial foi de 20% (Problema ligeiro), havendo um ganho de 3% quanto à média final que foi de 17%.

Quanto aos doentes do foro neurológico a estratégia de intervenção passou pela estimulação e pela reabilitação da função motora no hemicorpo lesado mostrou impacto na melhoria funcional das pessoas: (“Deixe-me estar de pé mais um bocadinho”), (“hoje já me sinto melhor, vamos andar”). Este plano de intervenção teve como objetivo principal a melhor mobilidade do membro afetado (Lin, et al., 2020; Yin, et al., 2021), assim como o reforço positivo da participação nas AVDs (Radu, et al., 2021).

O conhecimento sobre as pessoas ocorreu através da avaliação inicial da mesma, tendo em conta toda a história familiar e suas comorbilidades (Galamba, 2012; Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); através de instrumentos de medida escalas já mencionadas

anteriormente: ENCS (Fonseca, 2013), Escala de Ashworth modificada e escala medical research council (OE, 2016). Com estas intervenções foi possível obter programas de reabilitação diferenciados, conforme o nível de incapacidade da pessoa (Galamba, 2012).

Para o Aumento da capacidade física foram realizados exercícios musculares e articulares passivos (no membro lesado) e ativos (no membro são) (Guerreiro, 2019). Execução de exercícios com ao ponte e exercícios de dissociação pélvica, executando a rotação do tronco de um lado para o outro (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Obtivemos assim uma melhoria no movimento muscular e melhor tolerância ao exercício (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021; Radu, et al., 2021; Xiao, et al., 2020).

Na melhoria do equilíbrio corporal a execução de técnicas de correção postural, através do uso do espelho, estimulando o equilíbrio corporal, execução de técnicas de equilíbrio deitado, e técnicas de equilíbrio dinâmico sentado e de pé (Gil, Sousa, & Martins, 2020). O treino de equilíbrio foi como promotor da funcionalidade na RSL (Lin, et al., 2020; Yin, et al., 2021; Xiao, et al., 2020).

Como resultados foi possível a observação de uma melhoria do equilíbrio estático e dinâmico, assim como o aumento da capacidade de resistência e perseverança para a realização dos exercícios propostos (Gil, Sousa, & Martins, 2020).

Na melhoria da espasticidade executou-se igualmente exercícios musculares e articulares passivos, assim como o posicionamento antiespástico e, em 2 pessoas a aplicação de tala orinsuflável (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Verificou-se como resultado a ausência de espasticidade nos membros afetados, assim como uma melhoria na execução das AVDs (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016; Radu, et al., 2021).

Por fim para a avaliação, foram monitorizados os resultados através de escalas, anteriormente referidas, onde se verificou um ganho na mobilidade e conseqüentemente no autocuidado (Yin, et al., 2021).

Os outcomes encontrados foram a maior mobilidade, ganhos na realização das AVDs e ganhos na força e no equilíbrio.

Quanto aos dados estatísticos da ENCS, no Score da Funcionalidade na pessoa com alterações do autocuidado no foro neurológico, podemos observar um ganho percentual de 15,44%, onde, apesar de se manter num problema grave, houve ganhos.

No grupo de pessoas foro ortopédico, tal como referido no domínio cognitivo a dor interferiu na intervenção do EEER, surgindo a ansiedade e o medo em ambas as pessoas.

Deste modo, foi realizada uma colheita de dados, procedendo a uma correta avaliação inicial e funcional dos intervenientes no projeto (Dias, Messias, & Ferreira, 2021; Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Através desta colheita de dados foi realizada também uma avaliação das barreiras arquitetónicas existentes nos domicílios (Rodrigues, et al., 2021; Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

Os resultados encontrados foram uma realização e implementação dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em conta os problemas reais e identificados pelo EEER (Dias, Messias, & Ferreira, 2021).

Na melhoria do equilíbrio corporal, após realizada a devida avaliação com a escala de Equilíbrio de Berg (OE, 2016), a intervenção passou por executar e instruir técnicas de equilíbrio estático e dinâmico, levantando-se e sentando-se e na posição ortostática executando exercícios ativos de agachamentos com apoio e elevação dos calcanhares (Berg, et al., 2019; Xiao, et al., 2020; Yin, et al., 2021). Como resultados obteve-se uma melhoria na capacidade de equilíbrio e da postura corporal adequada (Lourenço, et al., 2021).

No indicador da melhoria no transferir-se, a intervenção passou pelo ensino e execução da técnica, mantendo todos os cuidados pós cirúrgicos: solicitar que a pessoa execute uma inclinação anterior do tronco; assistindo à pessoa com a mão na região dorsolombar e, por fim, ajustar todos as partes da cadeira de rodas, colocando os pés da cadeira de maneira a manter a flexão da anca e do joelho a 90º (OE, 2013). Como resultados obtivemos a prevenção de complicações com o a imobilidade.

Na melhoria do andar com auxiliar de marcha a intervenção do EEER inicia-se em garantir que a pessoa tem o auxiliar de marcha adequado. Posteriormente, ensinar a pessoa na correta utilização aquando da marcha: avançar com o auxiliar de marcha; de seguida, o membro operado e posteriormente o membro são (Lourenço, et al., 2021); instruir a descer e subir



escadas, subindo primeiro o membro sã, depois o membro operado e de seguida o auxiliar de marcha; para descer, inicialmente, o auxiliar de marcha, posteriormente o membro operado e por fim o membro sã (OE, 2013).

Como resultados foi possível a capacitação melhorada com o auxiliar de marcha, evitando complicações por más adaptações dos auxiliares de marcha (OE, 2013).

Por último, a avaliação foi realizada através de escalas, mencionadas anteriormente. Como resultados foi possível observar uma evolução positiva na capacidade funcional das pessoas para integrarem a sociedade (Oliveira, Couto, & Silva, 2021; OE, 2013), assim como uma maior capacidade em todos os indicadores: movimento muscular (Radu, et al., 2021), equilíbrio (Xiao, et al., 2020; Lin, et al., 2020; Yin, et al., 2021) e marcha (Xiao, et al., 2020; Hassett, et al., 2020; Yin, et al., 2021).

Os *outcomes* encontrados neste grupo foram o aumento da mobilidade, ganhos nos graus de força e melhoria nas atividades de vida diária.

Em relação aos dados estatísticos avaliados pela ENCS, no Score Global de Funcionalidade apesar de se manter num problema Moderado, houve um ganho de 13,38 %, passando de 41% para 27,75%.

## 6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo, incorporado numa fase final do mestrado em Enfermagem de Reabilitação, consta uma análise refletiva sobre todo o trajeto académico, desde a inscrição até à conclusão. Esta reflexão será elaborada do geral para o mais específico, ou seja, começar a analisar as competências de mestre, posteriormente as competências do enfermeiro especialista e, por último, uma análise das competências do EEER.

Dado que este mestrado foi dividido entre áreas de estudo teórico e áreas de prática clínica, foi sempre importante durante toda a aprendizagem efetuar uma seleção apropriado dos conceitos, para assim fazer uma conceção teórica e para pôr em prática essa mesma teoria (Faria, et al., 2021).

### 6.1. Competências de Mestre

O grau de mestre é associado a uma especialidade, o mesmo, deve possuir um nível de conhecimentos e compreensão acrescidos, sustentando sempre os conhecimentos obtidos no grau de licenciatura, desenvolvendo-os e aprofundando-os (DGES, 2022).

Como referido anteriormente, durante todo o trajeto académico surgiram oportunidades onde foi possível aplicar um conjunto de novas competências acrescidas, sempre supervisionadas, em todas as áreas de atuação: foro respiratório, neurológico e ortopédico, incidindo este projeto de intervenção no foro neurológico.

Assim compreende-se que para a obtenção do grau de mestre, este saiba pôr em prática todos os conhecimentos e capacidades de resolução de problemas adquiridos, em vários contextos dentro da sua área de atuação (Decreto- Lei nº107/2008). Segundo a mesma fonte este ainda tem a capacidade de incorporar novos conhecimentos sobre questões complexas, desenvolvendo soluções para as mesmas, ter a capacidade de emitir conclusões de forma clara e objetiva. Estas competências permitem ao mestre uma aprendizagem contínua e autónoma.

Durante todo este percurso fomos deparados com situações de doença novas e mais complexas, assumindo assim o EEER um papel fundamental para a solução dessas mesmas situações. Para a componente teórica, tendo por base disciplinas de Investigação em Enfermagem e Fundamentos em ER, foi realizada um RSL que contribui assim para a formulação e sistematização de todos os planos de intervenção.

Após todo o suporte teórico, foram aplicados todos os planos de intervenção em todas as áreas já referidas (Respiratória, Neurológica e Ortopédica), intervindo assim em condições complexas de saúde, em pessoas com défice de autocuidado, aplicando todo este conhecimento sempre com responsabilidade ética e social, obtendo sempre um conjunto de conclusões e ganhos em ER, tentando sempre conduzir a uma autonomia profissional (Decreto-Lei 65/2018, 2018).

Recorreu-se assim ao modelo de Autocuidado (Orem, 2003) de maneira a clarificar e dinamizar uma relação centrada no défice de autocuidados, quando relação do enfermeiro-doente usou-se a TMA de Lopes e utilizou-se a metodologia de estudos de caso de Robert Yin para a elaboração dos casos clínicos (Yin, 2018). Para recolha e análise/avaliação da informação utilizou-se a ENCS (Fonseca, 2013) e a MIF (OE, 2016).

Então, como já foi referido, o grau de metre pode ser associado a uma especialidade, podendo por sua vez a especialidade ser desdobrada em várias áreas de especialização (Decreto- Lei nº107/2008).

## 6.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Enfermeiro especialista é um enfermeiro com um leque de conhecimentos mais aprofundados numa determinada área de enfermagem, sendo este detentor de um leque de competências especializadas, que decorrem de um aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento Nº122/2011). Segundo a mesma fonte, independentemente da especialidade, todas partilham de um grupo de competências comuns.

**Domínio da Responsabilidade ética e legal:**

Dentro deste domínio, a atuação e desenvolvimento da prática profissional teve sempre em conta todos os princípios éticos, legais e segundo o código deontológico da profissão. Baseamos sempre a prática na construção de estratégias com o doente para a resolução de problemas, de maneira a tomar uma decisão final a cerca do melhor plano terapêutico, baseado sempre num leque de opções e tomando essa decisão em equipa (Regulamento nº 140/2019).

Aquando de toda o planeamento e recolha de dados para a formação dos estudos caso, foi sempre garantida a privacidade da pessoa em estudo, tal como o código deontológico esteve sempre presente (OE, 2015b).

A dignidade humana e a autonomia das pessoas estiveram sempre preservadas aquando das tomadas das decisões, mesmo quando as pessoas eram incapazes de tomar as suas decisões, estas foram protegidas através de medidas especiais, nunca pondo em causa o seu bem-estar e interesses individuais (Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2006).

Dado o planeamento, de seguida assumiu-se sempre o cumprimento das normas deontológicas, responsabilizando-se pelas decisões e pelos atos que praticamos, atualizando sempre que necessário todos os conhecimentos dando valor e enfase a ações de qualificação profissional (OE, 2015a).

### Domínio da melhoria continua da qualidade

É neste domínio que o papel do EEER pode ter mais preponderância, visto que este tem um papel fundamental na elaboração e realização de projetos na área de qualidade e melhoria continua (Regulamento nº 140/2019). Durante os ensinamentos clínicos, foi possível a operacionalização de planos de intervenção, específicos para cada área, onde no final se obteve resultados, após a intervenção do EEER. Foi desenvolvida uma RSL, onde foi possível extrair resultados para evidenciar esses ganhos e assim fundamentar a prática clínica.

Foi sempre desempenhada uma gestão do ambiente físico, centrado no doente, de maneira que este se sentisse seguro e protegido por toda a equipa multidisciplinar, evitando assim incidentes e gerindo todo o risco, não só ambiental como físico, psicossocial, cultural e espiritual (Regulamento nº 140/2019).

## Domínio da Gestão dos Cuidados

Neste domínio, o Enfermeiro especialista otimiza a gestão dos cuidados da equipa de saúde, garantindo não só a qualidade dos cuidados que presta, como também a qualidade das tarefas que delega, adequando os recursos existentes em cada meio, às necessidades de cuidados, garantindo sempre a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019).

Sendo o Enfermeiro especialista detentor de conceções teóricas e princípios científicos avançados, este encontra-se numa posição primordial para ser agente de mudança na gestão de cuidados, adequando-os face às necessidades de cuidados que defende (Soares, 2017).

Assim, e estando nós num ensino avançado, foi crucial durante todos os ensinamentos clínicos, adotar um espírito de liderança, onde fosse possível, dados o recurso existente, optar sempre pelo melhor método e melhores gestão dos cuidados prestados, de maneira a garantir toda a segurança não só do doente, como de toda a equipa de saúde envolvida na prestação de cuidados.

## Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio o especialista deve ser portador de um autoconhecimento, sendo capaz de o pôr em prática aquando da sua interação com os doentes durante todas as relações terapêuticas e multiprofissionais (Regulamento nº 140/2019).

Foi no decorrer dos vários ensinamentos clínicos, quer em meio hospitalar quer em meio domiciliário, que nos deparamos com as mais diversas experiências, como foi dito anteriormente sempre com a supervisão do supervisor clínico, conseguindo pôr em prática todos os processos teóricos, estudados anteriormente. Só assim conseguimos desenvolver competências pessoais e profissionais, satisfazendo assim o doente através da qualidade dos cuidados prestados (Carvalho, 2016).

Desta maneira, foi necessário durante todo o processo de formação, basear a prática em sólidos padrões de conhecimento, através de investigação na área de especialidade, tomando assim iniciativa para a implementação de processos de formação continua nos serviços onde decorreram os respetivos ensinamentos clínicos, contribuindo assim para o processo de formação continua.

### 6.3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O Enfermeiro especialista é um profissional de saúde “a quem foi reconhecido um conjunto de competências específicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados num campo de intervenção próprio, tendo por base um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem” (OE, 2009, p. 2).

O EEER, enquanto detentor de conhecimentos e matérias específicas, que permitem facilitar a recuperação de pessoas com doenças crónicas, assim como minimizar as suas sequelas, tem um papel preponderante no sentido da tomada de decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, após qualquer evento agudo (Regulamento nº 392/2019).

Assim desenvolvemos cada competência específica, de maneira a clarificá-las.

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

Sendo que qualquer pessoa, independentemente da idade, género ou etnia, tem direito a cuidado especializado do EEER, este avalia qualquer alteração (motora, cognitiva, sensorial,

cardiorrespiratório, alimentar, de eliminação e da sexualidade) da capacidade funcional da pessoa, aquando da realização das AVD's, diagnosticando e identificando as necessidades de intervenções específicas para otimizar o seu desempenho (OE, 2010).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, os cuidados prestados em ambos os contextos, hospitalar e domiciliário, abrangeram pessoas com diversas faixas etárias, apesar de o plano de intervenção incidir sobre pessoas com mais de 65.

Como já foi referido durante a elaboração do projeto, todas as pessoas eram previamente independentes, pelo que para a avaliação da funcionalidade foram aplicadas duas escalas, a ENCS (Lopes, & Fonseca, 2013) e a escala FIM (OE, 2016), onde estas se demonstraram eficazes, pois permitiram demonstrar os ganhos perante a intervenção do EEER, através da mensuração dos fenómenos avaliados (Chaves, et al., 2011).

Durante os mesmos ensinamentos clínicos foi ainda possível a implementação de planos de intervenção em todas as áreas, após uma avaliação inicial dos défices, posterior intervenção e monitorização dos resultados, de maneira a obter ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e mesmo social (OE, 2010).

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

Nesta competência específica, para além de analisar a deficiência específica, o défice de autocuidado, o EEER atua também de acordo a desenvolver e implementar ações que permitam á pessoa a sua reinserção no meio social onde pertence (OE, 2010).

Os EEER têm um papel crucial na identificação de barreiras arquitetónicas na comunidade onde o doente se insere (Pereira, & Martins, 2020).

Durante os respetivos ensinamentos clínicos foi possível deparar com situações em que o treino de AVD's nos remetia para a inclusão social, ou seja, a realização de treino de AVDs

específicos, utilizando ajudas técnicas e dispositivos de compensação específicos, não só de acordo com os défices encontrados na pessoa, mas também de acordo com as barreiras arquitetónicas que o doente referia encontrar quando fosse para o seu meio social, tendo sempre em vista a maximização da funcionalidade da pessoa.

Assim o EEER é detentor de um vasto conhecimento, de todas as normas e legislações que permitam esclarecer e reintegrar a pessoa no seu meio, de maneira a promover a acessibilidade, identificando e eliminando as barreiras arquitetónicas nesse mesmo meio, próprio da pessoa (Regulamento n.º 392/2019 ).

### Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

O EEER é responsável por implementar e desenvolver atividades terapêuticas que permitam o desenvolvimento das capacidades funcionais da pessoa, para assim esta ter uma melhoria quer a nível motor, respiratório e mesmo a nível do desenvolvimento pessoal (Regulamento n.º 392/2019 ).

Na prática clínica as atenções dos cuidados voltaram-se sempre para a máxima promoção do autocuidado, tal como referido anteriormente, elaborando sempre uma avaliação cuidada de todo o meio envolvente do doente, se possível junto de familiares ou pessoas mais próximas.

Esta avaliação era executada sempre antes da elaboração dos planos de intervenção das determinadas áreas, a fim de as intervenções serem dirigidas também para a adaptação às barreiras arquitetónicas, sendo que estas estão presentes em todos os espaços e contextos de seu dia-a-dia (Pereira, et al., 2018).

Assim o EEER para além de treinar e monitorizar o desempenho do doente a nível motor e cardiorrespiratório, ainda implementa planos de intervenção de forma a monitorizar os resultados em função dos objetivos propostos para a pessoa (OE, 2019), desenvolvendo



abordagens promotoras para potenciar a maximização da autonomia do doente (Maciel, 2013).

## 7. CONCLUSÃO

Chegando ao fim deste longo percurso acadêmico, este capítulo, marca também a última fase da elaboração do mesmo. Durante todo este percurso foi possível, não só pôr em prática um leque de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares, mas também desenvolver e adquirir novos conhecimentos práticos através das experiências nos respetivos campos dos ensinamentos clínicos. Estes últimos foram divididos em 2, sendo que no segundo tivemos oportunidade de vivenciar a reabilitação em contexto domiciliário. Ambos enriqueceram o meu percurso pessoal e profissional.

Desde alguns anos que o envelhecimento da população Mundial tem vindo a aumentar, sendo que se tem vindo a tornar um problema das sociedades atuais, havendo até vários projetos de intervenção para um envelhecer ativo, de maneira a envelhecer com qualidade.

Juntamente com esta problemática surgem as doenças crónicas, sendo estas portadoras, não raras vezes, de incapacidades funcionais. Estes aspetos, para além de interferir nas AVDs da pessoa, interferem com todo o meio envolvente da mesma, tanto no seio familiar, como social.

Como foi dito ao longo do desenvolvimento do projeto, o EEER detentor um conjunto de conhecimentos específicos e responsável por avaliar esses mesmos défices, monitorizando e adequando programas de reabilitação de acordo com os défices da pessoa. Esses défices podem ser ter vários domínios: físico, comportamental e cognitivo, tal como foi obtido através da RSL. Assim o EEER reabilita a pessoa com alterações, maximizando as suas funções.

Durante o percurso foi elaborada então uma RSL, com o objetivo de apurar os ganhos após a intervenção promotora do autocuidado do EEER em pessoas com mais de 65 anos de idade e com alterações neurológicas. Dos artigos que foram selecionados foram descritas três dimensões e respetivos *outcomes*: domínio cognitivo; domínio da literacia e autocuidado e domínio funcional. Em todos estes domínios foram encontrados ganhos, que refletem a produtividade intervenções da ER.

Em relação ao objetivo geral traçado, que passou por desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de mestre, foi atingido.

Progressivamente, adquirimos competências específicas de EEER a capacitar as pessoas envolvidas no projeto para o autocuidado.

Quanto aos objetivos específicos foram igualmente atingidos. Foi possível durante todos os ensinamentos clínicos avaliar os défices no autocuidado e implementar programas de reabilitação específicos, de acordo com os objetivos traçados. Tanto a avaliação diagnóstica como a avaliação final foram auxiliadas pela aplicação de escalas como a ENCS, de maneira a registar os dados e posteriormente evidenciá-los.

Na população-alvo deste projeto foi possível igualmente, implementar programas de intervenção, onde foram elaborados planos de cuidados de reabilitação para pessoas idosas com hemiplegia e alterações da capacidade funcional.

Os ganhos alcançados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação foram alcançados, e isso tornou-se evidente através dos domínios encontrados na realização da RSL e todos os ganhos evidentes através das avaliações finais realizadas através da ENCS e da MIF.

Com os resultados deste projeto surge a questão de que as doenças crónicas e as suas comorbilidades, apesar de terem vindo a diminuir nos últimos anos, ainda se apresentam como uma das principais causas de dependência funcional e conseqüente défice no autocuidado.

Assim, tal como este projeto partiu, foi elaborado, e acompanhando a pesquisa e trabalho de campo de outros autores, podemos afirmar que o trabalho de investigação na área do défice de autocuidado está longe de estar acabado, sendo importante dar continuidade aos estudos para assim construirmos um futuro melhor não só para a enfermagem como para toda a população.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, J. (2015). Programa de Melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de (Pereira & Martins, 2020) [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalMarmeleiros\\_MinimizarEpasticidadePessoaAcometidaAVC\\_Madeira.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalMarmeleiros_MinimizarEpasticidadePessoaAcometidaAVC_Madeira.pdf)
- Alcobia, A., Ferreira, R. S., & Vieira, J. (agosto de 2019). Enfermagem de reabilitação a pessoas. *Journal of aging and Innovation*, 28-43. Obtido de <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5252/1/Jo%C3%A3o%20Vieira%20-%20Idosos%20com%20Andar%20Comprometido.pdf>
- All European Academies. (2017). The European Code Of conduct for research integrity. The European Code Of conduct for research integrity- Revised edition. Obtido de <http://www.allea.org/wp-content/uploads/2017/03/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-1.pdf>
- Almeida, M. D., & Moura, M. (2018). O design inclusivo no vestuário e seus fatores dimensionais de conforto ao idoso contemporâneo. Em DET/2C2T - Livros e capítulos de livros: (75). Estação das Letras e Cores. doi:<https://hdl.handle.net/1822/58178>
- Alves, L. C., Leite, I. d., & Machado, C. J. (agosto de 2008). The concept and measurement of functional disability in the elderly population: a literature review. *Cien SAude Colet*. doi:10.1590/s1413-81232008000400016
- Araújo, G. K., Souto, R. Q., Alves, F. A., Sousa, R. C., Ceballos, A. G., Santos, R. C., . . . Nogueira, R. T. (junho de 2019). Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. *Acta Paulista de Enfermagem*. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900043>

- Araujo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação á pessoa adulta/ idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de reabilitação- Conceções e Práticas* (p. 164). LIDEL.
- Barkauskas, V. H., Stoltenberg- Allen, K., Baumann, L. C., & Darling-Fisher, C. S. (1998). *Health and physical assessment* (Segunda ed.). London: Mosby-Year Book.
- Barreto, V. (16 de 1 de 2022). Sociedade Portuguesa de Medicina Interna- O que é a Medicina Interna? Obtido de Sociedade Portuguesa de Medicina Interna: <https://www.spmi.pt/o-que-e-a-medicina-interna/>
- Bastos, F., (2013). *A Pessoa com doença crónica- Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem. Obtido de [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cronica\\_Tese%20Doutoramento\\_Reitoria.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf)
- Berg, U., Berg, M., Rolfson, O., & Erichsen- Andresson, A. (21 de junho de 2019). Fast-track program of elective joint replacement in hip and knee-patients' experiences of the clinical pathway and care process. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 14. doi:10.1186/s13018-019-1232-8
- Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nursing*. Obtido de <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0262-y>
- Borges, J., (2006). *Avaliação da medida de independência funcional- Escala MIF- e a percepção da qualidade de serviço- Escala Servqual- em cirurgia cardíaca*. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bases Gerais da Cirurgia. Obtido de [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/99907/borges\\_jbc\\_dr\\_botfm.pdf?f?sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/99907/borges_jbc_dr_botfm.pdf?f?sequence=1)

- Bouso, R. S., Poles, K., & Cruz, D., (fevereiro de 2014). Conceitos e Teorias na Enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. doi:<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>
- Branco, P. S., Barata, J., Cantista, M., & Lima, A. &. (2012). Temas de Reabilitação- Reabilitação reapiatória. Porto: Medesign.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). Reabilitação da pessoa com AVC. Formasau.
- Busse, R., Blumel, M., Scheller- Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). Tackling chronic disease in Europe- Strategies, intervencions and challenges. European observatory on Health Systems and Policies. Obtido de [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf)
- Cambier, J., Masson, M., & Dehen, H. (2005). Manuel de Neurologia (Décima primeira ed.). Guanabara.
- Carvalho, A. . (2016). A supervisão clínica no processo de integração de Enfermeiros. Dissertação de Mestrado. Obtido de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_An\\_a%20Carvalho%20VERS%C3%83O%20DEFINITIVA.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_An_a%20Carvalho%20VERS%C3%83O%20DEFINITIVA.pdf)
- Castaneda, L., Bergmann, A., & Bahia, L. (junho de 2014). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade me Saúde: Uma revisão sistemática de estudos observacionais. Revista brasileira de Epidemiologia, 437-451. doi:10.1590/1809-4503201400020012
- Chaudhuri, K., Bhidayasiri, R., & Laar, T. V. (2016). Unmet needs in Parkinson's disease: New horizons in a changing landscape. Parkinsonism & Related Disorders. Obtido de [https://www.prd-journal.com/article/S1353-8020\(16\)30463-1/pdf](https://www.prd-journal.com/article/S1353-8020(16)30463-1/pdf)
- Chaves, E., Carvalho, E., Beijo, L., Goyatá, S. L., & Pillon, S., (julho de 2011). Eficácia dos diferentes instrumentos para a atribuição do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4wnnxSpNyXkmHDrK6xNKtpz/?lang=pt&format=pdf>

Chaves, L. (2020). O impacto da Pandemia por Covid-19 nos doentes com Acidente Vascular Cerebral: Revisão Narrativa de Literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 29-33. doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.4.5785>

Cordeiro, M. C., & Menoita, E., (2012). Manual de Boas práticas na Reabilitação Respiratória- Conceitos, princípios e técnicas. Lusociência.

Costa, M. . (2009). Sexualidade e amor na terceira idade. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19638/2/29483.pdf>

Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação á pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorespiratório. Em O. Ribeiro, Enfermagem de reabilitação- conceções e Práticas. Lisboa: LIDEL

Cruchinho, P. (Abril de 2009). Modelo das dez etapas- um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado na utilização dos instrumentos básicos da profissão. Percursos, nº12.

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. (2006). UNESCO, 1-12. Obtido de [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por)

Decreto-Lei nº107/2008. (25 de junho de 2008). Diário da República, 3835-3853. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2008/06/12100/0383503853.pdf>

Decreto-Lei 65/2018. (16 de agosto de 2018). Diário da República. Obtido de <https://dre.tretas.org/dre/3435133/decreto-lei-65-2018-de-16-de-agosto>

Decreto-Lei n.º 28/2008. (22 de fevereiro de 2008). Diário da República, 1182-1183. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>

Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). Diário da República. Obtido de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440-75326677>

- Deuschl, G., Beghi, E., Fazekas, F., Varga, T., Christoforidi, K., & Sipido, E. (1 de outubro de 2020). The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health*. doi:[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30190-0)
- DGES. (26 de março de 2022). Graus e Diplomas do Ensino Superior- Mestrado. Obtido de DGES- Direção geral do Ensino Superior: <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/mestrado>
- DGS. (2004). CIF. Obtido de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-pdf.aspx>
- DGS. (setembro de 2010). Plano Nacional de Saúde. Definição de Doença Crónica. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>
- DGS. (27 de dezembro de 2011). Norma 054/2011. Norma da direção geral da saude. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Diário da República. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento nº 140/2019. Diário da República, 4746-4749. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Dias, P., Messias, P., & Ferreira, R. (3 de dezembro de 2021). A Pessoa submetida a artropatia total da anca por coxartrose. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. doi: 10.33194/rper.2021.167
- Direção-Geral da Saúde. (2011). 054/2011. 1-19. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na condução de uma Revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa*. doi:<https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Dupas, G., Pinto, I. C., Mendes, M. D., & Benedini, Z. (1994). Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de orem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19-26. Obtido de



[https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/1982-0194-ape-S0103-210019940007000119/1982-0194-ape-S0103-210019940007000119.pdf](https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-210019940007000119/1982-0194-ape-S0103-210019940007000119.pdf)

Faria, M., Silva, L., Brandão, M., Guedes, M., Pontes, K., & Lopes, R. (2021). Teoria de médio alcance para enfermagem em reabilitação cardiovascular. *Revista Brasileira de Enfermagem*. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0718>

Ferreira, A. (dezembro de 2020). Vestir e despir idosos: um cuidado do enfermeiro de reabilitação. Dissertação de Mestrado. Obtido de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35313/1/Disserta%20a7%20a3o%20de%20Mestrado\\_\\_Ana%20Filipa%20Ferreira.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35313/1/Disserta%20a7%20a3o%20de%20Mestrado__Ana%20Filipa%20Ferreira.pdf)

Fonseca, C. (2013). Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem. Tese de Doutoramento. Obtido de [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058\\_td\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058_td_tese.pdf)

Fonseca, E., Penaforte, M. H., & Martins, M. M. (2015). Cuidados de higiene- Banho: significados e perspetivas dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 37-45. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14066>

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação* (Primeira ed.). Lusodidacta.

Freitas, C. (novembro de 2015). Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações da espasticidade que interferem na marcha dos doentes com lesão neurológica. Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Obtido de <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1383>

Freitas, G. (abril de 2011). Reabilitação neuro funcional num paciente com hemiplegia espástica como sequela de AVC- Estudo de caso. *EFDeportes.com*. Obtido de <https://www.efdeportes.com/efd155/reabilitacao-neurofuncional-em-um-paciente-com-hemiplegia.htm>

- Freitas, L. (2020). Reabilitação - A eficiência que faz a diferença. Ordem dos Enfermeiros- Secção Regional Região autónoma da Madeira. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitas-rev\\_elvio\\_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitas-rev_elvio_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf)
- Friedrich, M., Mannetti, E., & Martins, S. (2004). Implementação da Terapia Trombolítica no Hospital São Lucas de PUCRS e no Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Revista Neurociências, 61-67. Obtido de <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/01/neurociencias12-2.pdf>
- Galamba, S. H. (janeiro de 2012). A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Pessoa com Doença Neurológica com alterações da comunicação. Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do Grau de Mestre na Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Obtido de <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1241/1/A%20interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20enfermeiro....pdf>
- Gil, A., Sousa, F., & Martins, M. (dezembro de 2020). Implementação de programa de enfermagem de reabilitação em idoso com fragilidade/ síndrome de desuso- Estudo caso. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3(2). doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>
- Grilo, J. (maio de 2018). Melhoria da eficácia das intervenções do enfermeiro Especialista de Reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC. doi:<http://hdl.handle.net/10174/23268>
- Guerreiro, L. (maio de 2019). Enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se. Relatório de Estágio . doi:<http://hdl.handle.net/10400.26/28936>
- Hassett, L., Berg, M., Lindley, R. I., Crotty, M., McCluskey, A., Ploeg, H. P., . . . Dorsch, S. (2020). Digitally enabled aged care and neurological rehabilitation to enhance outcomes with Activity and MObility UsiNg Technology (AMOUNT) in Australia: A randomised controlled trial. PLOS Medicine.

- Imaginário, C., Rocha, M., Machado, P., Antunes, C., & Martins, T. (31 de maio de 2019). Functional capacity and self-care profiles of older people in senior care homes. *Wiley Online Library*, 34(1), 69-77. doi:<https://doi.org/10.1111/scs.12706>
- INE. (1 de Março de 2021). Causas de Morte- Mortes por enfarte agudo do miocárdio diminuíram 7,5% - 2019. Obtido em fevereiro de 2022, de Portal Oficial- Instituto Nacional de Estatística: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2)
- Johnstone, M. (1979). *O Paciente hemiplégico- Princípios de reabilitação* (Vol. 1). São Paulo: Manole.
- Kim, Y., Jung, S., Yang, E., & Paik, N. (2014). Clinical and sonographic risk factors for hemiplegic shoulder pain: a Longitudinal observational study. *Journal of rehabilitation medicine*. Obtido de <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-1238>
- Leandro, T., Nunes, M., Teixeira, I., Lopes, M., Araújo, T., Lima, F., & Silva, V. (29 de novembro de 2018). Desenvolvimento das Teorias de médio alcance na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1). doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>
- Lee, H. S., & Park, Y. J. (2019). The Effects of Virtual Reality Training on Function in Chronic Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Research International*. Obtido de <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/7595639/>
- Lei n.º 156/2015. (16 de setembro de 2015). *Diário da República*, 8059 - 8105. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lin, R.-C., Chiang, S.-L., Heitkemper, M. M., Weng, S.-M., Lin, C.-F., Yang, F.-C., & Lin, C.-H. (2020). Effectiveness of Early Rehabilitation Combined With Virtual Reality Training on Muscle Strength, Mood State, and Functional Status in Patients With Acute Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32212254/>

- Lopes, M. (2005). Os Utentes e os Enfermeiros: Construção de uma Relação. (P. .: Autor, Ed.) Tese de doutoramento. doi:<http://hdl.handle.net/10216/64583>
- Lopes, M. (2005). Os Utentes e os Enfermeiros: Construção de uma relação. Porto.
- Lopes, M., & Fonseca, C. (janeiro de 2013). Processo de construção de Elderly nursing core set. *Journal of Aging and Innovation*, 2(1), 121-131. Obtido de <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/9-Nursing-elederly-core-set-.pdf>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação á pessoa adulta/ idosa com compromisso do sistema musculoesquelético. Em o. Ribeiro, *Enfermagem de reabilitação- conceções e práticas* (pp. 281-328). Lisboa: LIDEL.
- Luvizutto, G., & Gameiro, M. (2011). Efeito da espasticidade sobre os padrões lineares de marcha em hemiparéticos. *Fisioterapia em movimento*, 24(4), 705-712. Obtido de <https://www.scielo.br/j/fm/a/BDbL3qkXStpLD3tbzvjs3vv/?format=pdf&lang=pt>
- Maciel, E. (2013). O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9453/1/O%20potencial%20de%20reconstru%C3%A7%C3%A3o%20da%20autonomia%20no%20autocuidado%2C%20estudo%20explorat%C3%B3rio....pdf>
- Magalhães, R. P., Barbeiro, S. R., Taveira, V., Magalhães, B., & Ferreira, G. (junho de 2020). Jogos usados na Reabilitação após Acidente Vascular Cerebral: Scoping Review. *Revista Portuguesa Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 27-41. doi:10.33194/rper.2020.v3.n1.4.5740
- Marques, F. (março de 2012). Independência Funcional do Doentes pós AVC. Tese de Mestrado- Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. doi:<http://hdl.handle.net/10400.19/1619>

- Marques- Vieira, C., & Caldas, A. C. (2017). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. Em C. Marques- Vieira, & L. Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação á Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidata.
- Marques- Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Em Marques-Vieira, & L. Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação á pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidata.
- Martins, A., Machado, A., Gesser, G., & Pereira, L. (novembro de 2016). Análise do perfil metodológico das dissertações de mestrado profissional em administração universitária da universidade federal de santa catarina apresentadas no período de 2012 a 2015. Universidade de Cigu, Gestão da investigação e compromisso Social da Universidade, Perú. Obtido de [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/170838/OK%20-%20101\\_00418.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/170838/OK%20-%20101_00418.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Matos, M. F., & Simões, J. A. (dezembro de 2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão sistemática da Literatura., pp. 11-19.
- Matos, M. F., & Simões, J. A. (dezembro de 2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3(2), 11-19. doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N., & Beach, S. R. (outubro de 2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. General Hospital Psychiatry, 70-80. doi:[10.1016/j.genhosppsy.2020.06.011](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.011)
- Medri, W. (março de 2011). Análise exploratória de dados. Curso de Especialização “Lato Sensu” em Estatística. Obtido de <https://docs.ufpr.br/~benitoag/apostilamedri.pdf>
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B., & Vieira, C. M. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

- Morais, J. P. (setembro de 2010). Preparação do regresso a casa: do hospital ao contexto familiar. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9210/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Prepara%C3%A7%C3%A3o%20do%20Regresso%20a%20casa.pdf>
- Moreira, M. P. (2012). O impacte da intolerância á atividade no quotidiano dos clientes com doença pulmonar obstrutiva cronica. Dissertação de Mestrado. Obtido de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9379/1/M%C3%A1rcia\\_vers%E2%95%9Eo\\_final%20%283%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9379/1/M%C3%A1rcia_vers%E2%95%9Eo_final%20%283%29.pdf)
- Morgado, J. A. (junho de 2017). Incapacidade Funcional dos doentes com diagnóstico de AVC. Relatório Final. Obtido de [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4723/1/JoseAntonioAlvesRedutoMorgado\\_DM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4723/1/JoseAntonioAlvesRedutoMorgado_DM.pdf)
- Navdeep, S. K., Gurbir, K., Rawat, & Sulena. (2020). Effectiveness of mirror' therapy on improvement of motor' functions of affected upper limb among stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science*. Obtido de <https://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:bfunj&volume=19&issue=2&article=004>
- Neo, J., Fettes, L., Gao, W., Higginson, I., & Maddocks, M. (2017). Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 94-106. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305737217301627>
- Neusa, S., Oliveira, A., & Brandão, S. (2020). Consulta de Enfermagem de Reabilitação ao doente pós evento Cerebrovascular: Que desvios encontrados ao plano delineado à alta pelo Enfermeiro de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5-13. doi:<https://doi.org/10.33194/10.33194/rper.2020.v3.n1.1.4579>
- Nunes, L. (julho de 2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Obtido de

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

O'Sullivan, S., Schmitz, T. J., & Fulk, G. D. (1993). Avaliação e tratamento (6ª ed.). São Paulo: Manole.

OE. (dezembro de 2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem- Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Divulgar. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

OE. (julho de 2003). História da Enfermagem de Reabilitação. APER, 12-13. Obtido de [https://www.aper.pt/Ficheiros/documentos/Hist\\_Enf\\_Reab\\_Rev\\_OEn9\\_jul2003.pdf](https://www.aper.pt/Ficheiros/documentos/Hist_Enf_Reab_Rev_OEn9_jul2003.pdf)

OE. (21 de 5 de 2009). Dia Nacional do Doente com Acidente Vascular Cerebral - Relembrar o dia 31 de março é trazer para a memória as pessoas que sofreram de um AVC - Texto da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Espaço Cidadão. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-nacional-do-doente-com-acidente-vascular-cerebral-relembrar-o-dia-31-de-mar%C3%A7o-%C3%A9-trazer-para-a-mem%C3%B3ria-as-pessoa-que-sofreram-de-um-avc-texto-da-comiss%C3%A3o-de-especialida>

OE. (20 de outubro de 2010). Regulamento competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

OE. (22 de outubro de 2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

OE. (dezembro de 2013). Guia Orientador de Boas Práticas -Cuidados á pessoa com alterações da mobilidade- Posicionamentos, Transferências e treino de deambulação. Ordem dos

- Enfermeiros. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)
- OE. (2014). Parecer nº13/2014. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 1-3. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER\\_Parecer\\_13\\_2014\\_Formacao\\_Asegurada\\_por\\_Enfermeiro\\_Especialista\\_de\\_Reabilitacao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER_Parecer_13_2014_Formacao_Asegurada_por_Enfermeiro_Especialista_de_Reabilitacao.pdf)
- OE. (16 de setembro de 2015a). Código Deontológico. Deontologia profissional. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- OE. (2015b). Estatuto Ordem dos Enfermeiros e REPE (Ordem dos Enfermeiros- Outubro 2015 ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- OE. (2016). Enfermagem de Reabilitação. Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDa dosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDa dosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- OE. (janeiro de 2018a). Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf)
- OE. (janeiro de 2018b). Reabilitação respiratória- Guia orientador de boa prática. Guia orientador de boa prática, 1(10). Obtido de <https://repositorioenfreab.com/2018/09/28/guia-orientador-de-boa-pratica-reabilitacao-respiratoria/>
- OE. (6 de março de 2019). Pronúncia. Normas com incidência nos trabalhadores enfermeiros abrangidos pelo âmbito da aplicação definido nos DL nº247/2009 e 248/2009. Obtido



de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11343/pronuncia-normas-trabalhadores-enfermeiros\\_\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11343/pronuncia-normas-trabalhadores-enfermeiros__vf.pdf)

Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- conceções e Práticas* (pp. 654-667). Lisboa: LIDEL.

Oliveira, M. (2011). *Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em administração*. Um manual para a realização de pesquisas em administração. Obtido de [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual\\_de\\_metodologia\\_cientifica\\_-\\_Prof\\_Maxwell.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf)

OMS. (2003). *Cuidados inovadores para condições crónicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: Organização Mundial da Saúde. Obtido de [https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte\\_001.pdf](https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf)

OMS. (2003). *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral*. Porto Alegre: Artmed.

OMS. (2006). *STEPS de acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: Enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Obtido de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1669/1/COELHO%20Rosa%20Maria%20Alves%20-%20Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (3 de maio de 2019). Regulamento nº 392/2019. *Diário da República* n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, pp. 13565-13568. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Paiva, L. M. (7 de dezembro de 2016). *Avaliação e comparação do equilíbrio em idosos através da Escala de Equilíbrio de Berg*. IC- Online. doi:<http://hdl.handle.net/10400.8/2433>

Parecer nº12/2011. (dezembro de 2011). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*, 1-2. Obtido de

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)

Pereira, M. M., Xavier, S. S., Araújo, M. G., Valença, C. V., Menezes, R. M., & Germano, R. M. (2011). A Teoria do Autocuidado de Orem e sua aplicabilidade como Marco Teórico: Análise de uma Pesquisa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 896-900. doi:10.5205/reuol.1302-9310-1-LE.0504201106

Pereira, R., & Martins, M. (2020). Barreiras Arquitetónicas- contexto dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de [https://www.aper.pt/Ficheiros/Cong%20APER%202016/P%C3%B3steres/17%20-%20Barreiras%20Arquitet%C3%B3nicas%20-%20contexto%20dos%20enfermeiros\\_protected.pdf](https://www.aper.pt/Ficheiros/Cong%20APER%202016/P%C3%B3steres/17%20-%20Barreiras%20Arquitet%C3%B3nicas%20-%20contexto%20dos%20enfermeiros_protected.pdf)

Pereira, R., Martins, M., Gomes, B., Aguilera, J., & Santos, J. (16 de dezembro de 2018). A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2). doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538>

Petronilho, F. (março de 2012). Autocuidado conceito central da Enfermagem. Repositório UM. Obtido de <https://hdl.handle.net/1822/32323>

Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. Em L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGA DA VIDA* (pp. 3-23). Loures: LUSODUDACTA.

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação Enfermagem* (21).

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (outubro de 2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. doi:10.12707/RIV14081

- Radu, R. A., Terecoasa, E., Cașaru, B., Enache, I., Ghita, C., & Tiu, C. (2021). stroke physical rehabilitation after acute reperfusion therapy– the neglected link in ischemic stroke management: a retrospective cohort study. *Balneo Research Journal*. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/350530683\\_Access\\_to\\_post-\\_stroke\\_physical\\_rehabilitation\\_after\\_acute\\_reperfusion\\_therapy-\\_the\\_neglected\\_link\\_in\\_ischemic\\_stroke\\_management\\_a\\_retrospective\\_cohort\\_study](https://www.researchgate.net/publication/350530683_Access_to_post-_stroke_physical_rehabilitation_after_acute_reperfusion_therapy-_the_neglected_link_in_ischemic_stroke_management_a_retrospective_cohort_study)
- Rajsic, S., Gothe, H., Borba, H., G., S., Vujicic, J., Toell, T., & Siebert, U. (2018). Economic burden of stroke: a systematic review on post-stroke care post-stroke care. *The European journal of Health Economics*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29909569/>
- Raposo, P., & Sousa, L. (janeiro de 2022). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na dispneia da pessoa com COVID-19: Relato de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. doi:10.33194/rper.2020.v3.s2.1.5773
- Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A., & Sousa, L. (15 de outubro de 2020). Intervenção do enfermeiro Especialista em Reabilitação na capacitação dos cuidados familiares após AVC: Estudo caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1). doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.2.5756>
- Rede de Referência Hospitalar-Neurologia. (janeiro de 2016). *Diário da República*. Obtido de [//www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/05/RRH-Neurologia-Para-CP.pdf](http://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/05/RRH-Neurologia-Para-CP.pdf)
- Regulamento n.º 350/2015. (22 de junho de 2015). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 119, 16656. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Diário da República* n.º 85/2019. Obtido de <http://www.aenfermagemleis.pt/2019/05/03/regulamento-das-competencias-especificas-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem-de-reabilitacao-ordem-dos-enfermeiros/>
- Regulamento N.º122/2011. (18 de fevereiro de 2011). *Diário da República*. Obtido de <https://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

- Reis, L. A., Marinho, M. S., & Lima, P. V. (2016). Comprometimento da capacidade funcional: significados para o idoso e sua família. *Revista InterScientia*, 2(1), 108-121. Obtido de <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/62>
- Ribeiro, L. M. (2018). Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos. Relatório de estágio. Obtido de <http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/23409/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Enfermagem%20de%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o%20-%20Lu%C3%ADs%20Manuel%20Amador%20Ribeiro%20-%20Programa%20de%20enfermagem%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20independ%C3%Aanc>
- Ribeiro, M., & Dultra, M. T. (dezembro de 2015). PROSPECÇÃO TECNOLÓGICA DE UMEQUIPAMENTO PARA TRATAMENTO DA ESPASTICIDADE. *Cadernos de Prospecção*, 8(4). doi:10.9771/S.CPROSP.2015.008.082
- Riberto, M. (2011). Core Sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 938-946. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/vYdP75httSsvJwYTDDbcYTg/?format=pdf&lang=pt>
- Ricardo, R. (julho de 2012). Avaliação dos Ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, no doente com AVC em fase aguda e pós alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Obtido de [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7680/1/Ricardo\\_Rui.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7680/1/Ricardo_Rui.pdf)
- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A., & Pestana, H. (outubro de 2020). Intervenção do Enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1). doi: 10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755
- Rodrigues, C., & Vanda, E. (2017). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação á Pessoa ao Longo da Vida* (p. 145). Loures: Lusodidata.

- Rodrigues, J. P. (janeiro de 2012). Enfermagem de Reabilitação na comunidade: contributos para a autonomia da pessoa com limitações. Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Obtido de <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1224/1/Enfermagem%20de%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o%20na%20comunidade.pdf>
- Rodrigues, M., Marques, G., Couto, G., Marques, R., Mar, M., & Araújo, A. (dezembro de 2021). Lazer: um contributo da enfermagem de reabilitação na autonomia da pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2). doi:10.33194/rper.2021.179
- Rogers, J. M., Foord, R., Stolwyk, R. J., Wong, D., & Wilson, P. H. (2018). General and Domain-Specific Effectiveness of Cognitive Remediation after Stroke: Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30006801/>
- Saikaley, M., Iruthayarajah, J., Salter, K., Donais, J., & Teasell, R. (2018). Rehabilitation of unilateral spatial neglect- Evidence-Based Review of stroke Rehabilitation. Heart & stroke Foundation.
- Sebastião, R. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC): Eficácia de um Programa. Dissertação de Mestrado. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18103/1/Tese%20Ros%C3%A1ria%20Sebasti%C3%A3o.pdf>
- Sequeira, C. (2020). INTRODUÇÃO À PRÁTICA CLÍNICA: do diagnóstico á intervenção em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Silva, G., Schoeller, S., Gelbcke, F., Carvalho, Z., & Silva, E. (dezembro de 2012). Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional-MIF. *Texto e Contexto enfermagem*, 21(4). doi://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400025

Silvestre, M. C. (outubro de 2012). Os registos de Enfermagem: um Olhar sobre o estado real da saúde das pessoas? Curso de Mestrado em Enfermagem.

Simão, C., Pinto, C., Linhares, M., Pestana, H., & Sousa, L. (agosto de 2019). Fortalecimento muscular na pessoa com intolerância a atividade secundária á DPOC- Estudo Caso. Revista de Investigação em Enfermagem. Obtido de [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27403/1/RIE\\_19-32.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27403/1/RIE_19-32.pdf)

Simões, C., & Simões, J. (junho de 2007). Avaliação inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as necessidades Humanas Fundamentais. Revista de Enfermagem Referência, 2(4). Obtido de <http://www.index-f.com/referencia/2007pdf/9-2007-jun.pdf>

Soares, A. (2017). Conceções dos Enfermeiros Especialistas- Contributos para a qualidade. Dissertação. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18940/1/Mestrado%20Ana%20Soares.pdf>

Soares, J. (5 de fevereiro de 2018). Integridade na Investigação Científica. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1-13. Obtido de <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/IntegridadeCNECV2018.pdf>

Soares, M. (2019). A Enfermagem de Reabilitação no idoso com défice de mobilidade por fratura do fémur. Relatório de Estágio. Obtido de [https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4892/1/RELAT%C3%93RIO\\_Final\\_Maria\\_Soares.pdf](https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4892/1/RELAT%C3%93RIO_Final_Maria_Soares.pdf)

Souza, D., Mendes, I., Borges, A., Freitas, S., Lima, F., Lima, M., & Lucareli, P. (dezembro de 2011). Efeito da Estimulação Elétrica Neuromuscular (EENM) no músculo agonista e antagonista de indivíduos com hemiplegia espástica decorrente de Disfunção Vascular Encefálica: Revisão Sistemática. Revista Univap, 17(30). doi:<https://doi.org/10.18066/revunivap.v17i30.41>

Striebel, V. L. (2018). Atendimento fisioterapêutico em grupos de indivíduos com hemiplegia após AVC. Lume- Repositório Digital. Obtido de

[https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/168325/Resumo\\_14764.pdf?sequence=1](https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/168325/Resumo_14764.pdf?sequence=1)

Teixeira, E. B. (13 de outubro de 2003). A análise de Dados na pesquisa Científica: importância e desafios em estudos organizacionais. *Desenvolvimento em questão*, 1(2), 177-201. doi:<https://doi.org/10.21527/2237-6453.2003.2.177-201>

Teixeira, L., & Araújo, R. (março de 2020). Teleneurologia: situação atual, oportunidades e desafios para Portugal. *Sinapse*, 10(1). Obtido de <https://hdl.handle.net/10216/128868>

Teles, M. S., & Gusmão, C. (2011). Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. *Revista Neurociências*, 20(1), 42-49. Obtido de <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2001/originais%202020%2001/602%20original.pdf>

Tomey, A. M., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Trindade, I. (novembro de 2020). A Enfermagem de reabilitação na capacitação para o autocuidado da pessoa com acidente vascular cerebral. Mestrado em Enfermagem. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/35315>

Turner-Stokes, L., & Siegert, R. J. (fevereiro de 2013). A comprehensive psychometric evaluation of the UK FIM + FAM. *Disability and Rehabilitation*, 35(22). doi:10.3109/09638288.2013.766271

Universidade de Évora. (março de 2022). Estudos em Enfermagem- Mestrado. Obtido de Apresentação: <https://www.uevora.pt/estudar/cursos/mestrados?curso=2530>

Universidade Santa Cecília. (2008). Elaboração de um projeto de pesquisa. Governo de Estado de São Paulo. Obtido de [https://sites.unisanta.br/teiadossaber/apostila/matematica/ELABORACAO\\_DE\\_UM\\_PROJETO\\_DE\\_PESQUISA-Ines2808.pdf](https://sites.unisanta.br/teiadossaber/apostila/matematica/ELABORACAO_DE_UM_PROJETO_DE_PESQUISA-Ines2808.pdf)

- Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., . . . Silva, P. (2011). Administração Central do Sistema de Saúde. Manual de Normas de Enfermagem. Obtido de <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-de-Normas-de-Enfermagem-Procedimentos-T%C3%A9cnicos.pdf>
- Vitor, A. F., Lopes, M. V., & Araújo, T. L. (julho de 2010). TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOUIDADO: ANÁLISE DA SUA IMPORTÂNCIA E APLICABILIDADE NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM. *Revista de Enfermagem- Escola Anna Nery*, 14(3), 611-616. Obtido de <https://www.scielo.br/j/ean/a/6Trx8czzJ6PPBvPMtjFQHMH/?lang=pt&format=pdf>
- WHO. (2017). Integrated care for older people- Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. World Health Organization. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (12 de junho de 2019). Decade of Healthy Ageing 2020-2030. World Health Organization. Obtido de [https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-ageing-proposal-en.pdf?Status=Temp&sfvrsn=b0a7b5b1\\_12](https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-ageing-proposal-en.pdf?Status=Temp&sfvrsn=b0a7b5b1_12)
- Xiao, J., Li, J., Yang, Q., & Liu, M. (2020). Research on the Head and Neck MRA Image to Explore the Comprehensive Effect on the Recovery of Neurological Function and Rehabilitation Nursing of Patients with Acute Stroke. *World Neurosurgery*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33130135/>
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and applications design and methods*. London: SAGE Publications, Inc.
- Yin, X.-J., Wang, Y.-J., Ding, X.-D., & Shi, T.-M. (2021). Effects of motor imagery training on lower limb motor function of patients with chronic stroke: A pilot single-blind randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12933>