

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

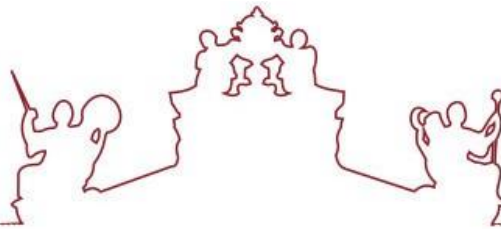
Relatório de Estágio

**Contributos da Enfermagem de Reabilitação na
prevenção das complicações músculo-esqueléticas
decorrentes da imobilidade em contexto de doença aguda**

Inês Sofia Ramalho Caldeira

Orientadora | Eugénia Nunes Grilo

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

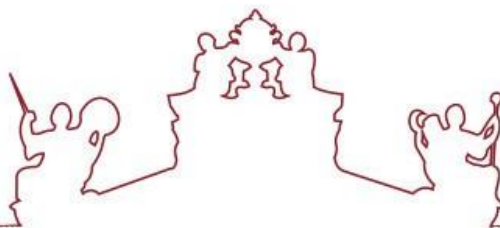
Relatório de Estágio

Contributos da enfermagem de reabilitação na prevenção das complicações músculo-esqueléticas decorrentes da imobilidade em contexto de doença aguda

Inês Sofia Ramalho Caldeira

Orientadora | Eugénia Nunes Grilo

Évora 2022



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

Presidente | Ana Rodrigues (Instituto Politécnico de Setúbal)

Vogais | Eugénia Nunes Grilo (Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias) (Orientador)
Maria José Bule (Universidade de Évora) (Arguente)

Évora 2022

“Nurses dispense comfort, compassion, and caring without even a prescription.”

Val Sainsbury

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso académico exigiu esforço, dedicação e empenho, mas sei que, caminhando acompanhada, consegui voar mais alto. Assim, realço quem comigo partilhou esta jornada e que, tanto quanto minha, a vitória também é deles.

Aos meus pais e restante família que sempre me apoiaram em todas as circunstâncias e inculcaram que com trabalho alcançamos o que queremos.

Ao Rúben que foi mais do que um alicerce, foi aquele que nas horas mais angustiantes levantou-me para cima e nas conquistas apoiou-me na primeira fila.

À professora Doutora Eugénia Grilo que sempre se mostrou disponível, dedicada, encorajadora das minhas escolhas e valorizou as minhas capacidades.

Por fim, também quero agradecer a todos os restantes professores que lecionaram este mestrado, pela afirmação do curso, valores e ensinamentos transmitidos.

Contributos da enfermagem de reabilitação na prevenção das complicações músculo-esqueléticas decorrentes da imobilidade em contexto de doença aguda

RESUMO

Este relatório de estágio representa o culminar da formação e pretende contribuir a aquisição do grau de mestre em enfermagem e especialista em enfermagem de reabilitação. Teve por base um projeto de intervenção profissional, desenvolvido num serviço de internamento de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, que teve como objetivos principais: desenvolver um plano de intervenção que permitisse nortear o programa de cuidados de enfermagem de reabilitação no sentido de prevenir as complicações músculo-esqueléticas e as alterações no desempenho das atividades de vida diária nos doentes internados em contexto de doença aguda, e demonstrar a importância das intervenções da enfermagem de reabilitação nas pessoas a partir dos ganhos obtidos.

A metodologia utilizada foi a de estudo de casos. Integraram o projeto cinco doentes em quem foram desenvolvidas intervenções específicas que permitiram o aumento da força muscular, a manutenção e melhoria da amplitude articular, a prevenção da espasticidade e a maior capacitação para os autocuidados.

Palavras-chave: enfermagem de reabilitação, pessoas acamadas, mobilização precoce

Contributions of Rehabilitation Nursing in the prevention of musculoskeletal complications resulting from immobility in the context of acute disease

ABSTRACT

This internship report represents the culmination of training and aims to contribute to the acquisition of a master's degree in nursing and specialist in rehabilitation nursing. It is based on a professional intervention project, developed in an inpatient unit of a hospital in the Lisboa e Vale do Tejo region, with the following main objectives: to develop an intervention plan to guide the rehabilitation nursing care program to prevent musculoskeletal complications and changes in the performance of activities of daily living in patients hospitalized with an acute illness, and to demonstrate the importance of rehabilitation nursing interventions in people based on the gains obtained.

The methodology used was a case study. The project included five patients for whom specific interventions were developed to increase muscle strength, maintain and improve joint range of motion, prevent spasticity, and increase self-care skills.

Keywords: rehabilitation nursing, bedrest, early mobilization

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I Cálculo da norma de dotações seguras da Ordem dos Enfermeiros.....	CVII
ANEXO II Modelo ISBAR	CIX
ANEXO III Teoria de Médio Alcance – Meleis	CXI
ANEXO IV Medida de Independência Funcional	CXIII
ANEXO V Medical Research Council	CXV
ANEXO VI Escala de Ashworth modificada	CXVII
ANEXO VII Escalas da dor.....	CXIX
ANEXO VIII Autorização da comissão de ética hospitalar	CXXI
ANEXO IX Evolução das amplitudes articulares ao longo do internamento dos doentes P1, P2, P4 e P5, respetivamente	CXXIII
ANEXO X Escala de Braden	CXXX
ANEXO XI Escala de Gugging Swallowing Screen	CXXXII
APÊNDICE A Cronograma de atividades	CXXXV
APÊNDICE B Avaliação inicial com os dados sociodemográficos e diagnóstico inicial	CXXXVII
APÊNDICE C Avaliação dos músculos-chave através do Motor Exame Guide	CXXXIX
APÊNDICE D Amplitudes articulares avaliadas com recurso ao goniómetro	CXLI
APÊNDICE E Requerimento a autorizar a implementação do projeto à comissão de ética hospitalar e consentimento informado	CXLIII
APÊNDICE F Plano de cuidados da doente P3	CXLVII
APÊNDICE G Plano de cuidados da pessoa P4	CXC
APÊNDICE H Formação sobre o posicionamento da pessoa com AVC	CCXXVIII

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1: Participantes do estudo.....	40
Quadro nº 2: Diagnósticos de enfermagem de reabilitação, intervenções e resultados esperados	43
Quadro nº 3: Diagnósticos reais e potenciais de enfermagem de reabilitação do doente P1....	48
Quadro nº 4: Evolução da força dos quatro membros ao longo do internamento – P1	50
Quadro nº 5: Evolução da capacidade de autocuidado ao longo do internamento - P1	51
Quadro nº 6: Diagnósticos reais e potenciais de enfermagem de reabilitação do doente P2....	53
Quadro nº 7: Evolução da força dos quatro membros ao longo do internamento – P2	55
Quadro nº 8: Evolução da capacidade de autocuidado ao longo do internamento – P2.....	56
Quadro nº 9: Diagnósticos reais e potenciais de enfermagem de reabilitação da doente P3....	58
Quadro nº 10: Evolução da amplitude das articulações em graus – P3.....	60
Quadro nº 11: Evolução da força dos quatro membros ao longo do internamento – P3	61
Quadro nº 12: Evolução da integridade cutânea e do risco de UPP ao longo do internamento – P3	61
Quadro nº 13: Evolução da capacidade de autocuidado a longo do internamento – P3.....	62
Quadro nº 14: Diagnósticos reais e potenciais de enfermagem de reabilitação do doente - P4	64
Quadro nº 15: Evolução da força dos quatro membros ao longo do internamento – P4	66
Quadro nº 16: Evolução da capacidade de autocuidado a longo do internamento – P4.....	67
Quadro nº 17: Diagnósticos reais e potenciais de enfermagem de reabilitação do doente - P5	68
Quadro nº 18: Evolução da força dos quatro membros ao longo do internamento – P5	70
Quadro nº 19: Evolução da capacidade de autocuidado a longo do internamento – P5.....	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1: Evolução do desempenho das AVD, traduzido em graus de dependência..... 72

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

Angio TC CE - Angiotomografia crânio-encefálica

APA - *American Psychological Association*

ARS - Administrações Regionais de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVC - Acidente vascular cerebral

AVD – Atividades de vida diária

Bpm – Batimentos por minuto

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

EN – Enfermeiros necessários

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

HCN - Horas de cuidados de *enfermagem* necessárias

HCO₃ - Bicarbonato

ISBAR – *Identification, situation, background, assessment, recommendations*

LP - Lotação praticada

MIF - Medida de Independência Funcional

mmHg – Milímetros de mercúrio

mmol/L - Milimoles por litro

MRC – *Medical Research Council*

nº - Número

NDF/A - Número de dias de funcionamento por ano

OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

p. - Página

pCO₂ – Pressão parcial de dióxido de carbono

pO₂ – Pressão parcial de oxigénio

pH - Potencial hidrogénio

RMN CE - Ressonância magnética crânio-encefálica

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SpO₂ – Saturações periféricas de oxigénio

T – Total (Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano)

TC CE - Tomografia computadorizada crânio-encefálica

TO - Taxa de ocupação

UC – Unidade curricular

UPP – Úlcera por pressão

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. APRECIACÃO DO CONTEXTO	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO ORIENTADOR DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	26
3.1 Teoria de Afaf Meleis	26
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	30
4.1 Enquadramento conceptual da temática	30
4.1.2 Função esquelética.....	33
4.1.3 Consequências músculo-esqueléticas	34
4.3 Percurso metodológico	38
4.4 Participantes.....	39
4.5 Plano de intervenção	41
4.6 Instrumentos de avaliação utilizados e recolha de informação.....	41
4.7 Considerações éticas	43
4.8 Recursos.....	44
5 RESULTADOS: A ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DA INFORMAÇÃO OBTIDA.....	46
5.4 Discussão dos casos	72
6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	77
6.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	78
6.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	85
6.3 Competências de Mestre	88
7. CONCLUSÃO.....	89
BIBLIOGRAFIA	91

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem de reabilitação, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora; e em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e, por fim, o Instituto Politécnico de Setúbal. A orientação do mesmo foi direcionada pela Professora Doutora Eugénia Grilo.

O relatório de estágio constitui-se como o resultado das competências desenvolvidas, assim como as aprendizagens adquiridas e consolidadas ao longo do estágio final, em contexto de internamento num serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no friso cronológico de 13 de setembro de 2021 a 14 de janeiro de 2022, com a respetiva pausa letiva do Natal. O respetivo cronograma de atividade encontra-se no apêndice A.

Para Coutinho (2020), o relatório constitui-se como um suporte escrito realizado com o objetivo de comunicar os resultados de uma investigação, assim como os procedimentos adotados. Na área da saúde, é através do relatório que são divulgados os resultados de um projeto, sendo o relatório também importante para a sensibilização dos profissionais de saúde para um problema, no qual se divulgam estratégias e métodos para lidar com esse mesmo problema (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Este relatório para, além dos aspetos supracitados, é também condição para a obtenção do título de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, bem como grau de mestre em enfermagem. De acordo com o Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem, Capítulo V Grau de Mestre, Artigo 21º, a obtenção do grau de mestre é atribuída “mediante a aprovação das unidades curriculares que integram o Plano de Estudo do Curso de Mestrado e elaboração de um relatório final de estágio de natureza profissional, sua

discussão pública e aprovação” (Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde, 2017, p. 15).

De acordo com o preâmbulo do regulamento n.º 392/2019 referente ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 85, de 3 de maio de 2019, a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos específicos que lhe permite ajudar as pessoas em situação doença aguda ou crónica, mas também aquelas que apresentam sequelas de doença e assim “maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

O objetivo geral do relatório é descrever o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre. Relativamente aos objetivos específicos que foram definidos, estes correspondiam a:

- Desenvolver um plano de intervenção, com base na revisão sistemática da literatura, que permitisse nortear o programa de enfermagem de reabilitação capaz de prevenir complicações músculo-esqueléticas e alterações no desempenho das atividades de vida diária (AVD) em contexto de doença aguda.

- Demonstrar a importância das intervenções da enfermagem de reabilitação nas pessoas a partir dos ganhos obtidos.

Neste âmbito, foi elaborado um projeto de intervenção profissional, intitulado - **Contributos da Enfermagem de Reabilitação na prevenção das complicações músculo-esqueléticas decorrentes da imobilidade em contexto de doença aguda** – que foi desenvolvido ao longo do estágio final, como já foi referido, na linha temporal de 13 de setembro de 2021 a 14 de janeiro de 2022.

A escolha do tema deveu-se ao facto de nos serviços de internamento em contexto de doença aguda, os doentes, devido à sua situação clínica ou a outros fatores, ficarem mais restringidos ao leito, muitas vezes por receio que a mobilização precoce acarrete algum tipo de consequência. A evidência científica tem revelado que é o oposto, o tempo de confinamento ao leito, cursa com os problemas derivados da imobilidade, como a

diminuição da massa muscular, a perda de força muscular, a diminuição das amplitudes fisiológicas articulares, o desenvolvimento de espasticidade e conseqüentemente uma incapacidade funcional em realizar as AVD. De acordo com uma revisão realizada por Guedes, Oliveira & Carvalho (2018), 25% a 35% das pessoas idosas admitidas no hospital perderão a independência funcional em uma ou mais AVD o que pode acontecer em apenas três dias de hospitalização.

De acordo com a *World Health Organization* (WHO) (2017), a reabilitação representa um conjunto de intervenções com o propósito de melhorar o funcionamento e minimizar a deficiência resultante de diversas condições de saúde, de modo a maximizar a capacidade das pessoas de viverem, trabalharem e aprenderem. Assim, a reabilitação é necessária tanto no hospital como na comunidade, o que permite a intervenção precoce, que pode acelerar a recuperação, otimizar os objetivos funcionais e proporcionar a alta no momento adequado.

De acordo com Deodato (2017), a enfermagem de reabilitação foca-se na promoção da qualidade de vida, na medida em que promove a diminuição das dependências nas pessoas com dificuldade de realizar os seus autocuidados.

Por outro lado, a imobilidade, conduz a uma redução da atividade muscular, da força, do tónus, da densidade óssea que cursa com a redução da capacidade funcional, logo com prejuízo no desempenho dos autocuidados, pelo que a promoção da mobilidade e da atividade física são importantes (Menoita, 2012; Parry & Puthuchearry 2015).

O compromisso do sistema músculo-esquelético poderá traduzir-se em situações geradoras de dependência no autocuidado, sendo por isso, fundamental a conceção de cuidados de enfermagem de reabilitação às pessoas com compromisso deste sistema corporal, de modo a promover o bem-estar, autocuidado e readaptação funcional (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021). Assim, enquanto processo global e dinâmico, a reabilitação deve ser orientada para a recuperação física e psicológica das pessoas com deficiência. A reabilitação é eficaz na redução da sobrecarga da incapacidade e no desenvolvimento do potencial das oportunidades de vida para as pessoas com incapacidade (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência, 2017).

Relativamente às intervenções de enfermagem de reabilitação, estas foram norteadas pelo referencial teórico de Afaf Meleis, no qual é explicado o processo de transição saúde-doença que a pessoa e família vivenciam, bem como a filosofia dos cuidados. De acordo com Costa (2016), a enfermagem tem como pressuposto uma visão holística em todas as dimensões do cuidado, na qual, a teoria das transições constitui um meio para orientar o seu exercício, mediado pelo contexto das mudanças e a compreensão da transição como processo dinâmico.

Quanto à estrutura do relatório, este inicia-se pela introdução, na qual foi realizada uma breve introdução da temática. Seguidamente, é apresentado o contexto onde o projeto de intervenção foi desenvolvido (com a salvaguarda do anonimato da instituição) e alguns aspetos confrontados com a legislação vigente. No capítulo seguinte é apresentado o referencial teórico de Afaf Meleis, que norteia a intervenção e o projeto, assim como a filosofia de cuidados que o sustenta. Posteriormente, no quarto capítulo é apresentado o projeto de intervenção profissional, com a respetiva revisão da literatura, o percurso metodológico, os participantes, o plano de intervenção, os instrumentos de recolha da informação, as considerações éticas e os recursos. No quinto capítulo são apresentados os resultados, a análise e a interpretação da informação obtida. No sexto capítulo são descritas as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas. No penúltimo capítulo, é apresentada a conclusão na qual é feita a avaliação global de todo o percurso, do estágio final, com o relato dos aspetos positivos e negativos e por fim, no último capítulo são apresentadas todas as referências bibliográficas que serviram de sustento a este trabalho académico.

A estrutura do relatório foi organizada de acordo com as normas de elaboração do relatório final da Universidade de Évora e as referências (citações, fontes e bibliografia) com as normas *APA American Psychological Association 6th edition*, de acordo com a formatação do *Microsoft Word*.

O relatório foi redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, à exceção da transcrição das citações cuja data seja anterior ao referido acordo.

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

O centro hospitalar onde foi desenvolvido o projeto pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), cujo seu âmbito de jurisdição abrange os Distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém e Leiria. Assim, a ARSLVT corresponde a uma unidade territorial do conjunto das Administrações Regionais de Saúde, I. P., (ARS, I. P.), que segundo o Decreto-Lei nº 22/2012 de 30 de janeiro: “são institutos públicos integrados na administração indirecta do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio (...) têm por missão garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde (...)” (Decreto-Lei nº 22/2012, p. 514).

Este centro hospitalar garante a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos dos concelhos da sua influência, dando resposta às políticas de saúde e planos estratégicos.

De acordo com os dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2021), no mês de outubro de 2021 verificou-se que a média de dias de internamento nesta instituição situou-se nos 9,4 dias, e segundo informação disponível no *website* transparências do Serviço Nacional de Saúde (2021), no mês e ano homólogos, o mesmo centro hospitalar apresentava uma taxa de lotação de 361 camas e uma taxa de ocupação de 80,3%.

Relativamente ao serviço de Medicina Interna, onde se realizou o estágio, este é composto por 30 camas distribuídas por 9 quartos triplos e 3 individuais (e respetivas casas-de-banho), sendo estes últimos reservados aos doentes que requerem isolamento de gotículas, de contato ou protetores. Em períodos de contingência e maior afluxo de doentes ao hospital com necessidade de internamento, esta unidade de internamento tem a capacidade para receber 3 doentes em corredor, situação que se verificou durante o estágio com a ocupação completa destas 3 camas.

De modo a garantir alguma privacidade e conforto aos doentes, nesta situação excecional, a ausência de privacidade foi minimizada com o uso de biombo. Na área da

saúde, a privacidade e a confidencialidade são partes muito importantes na relação entre enfermeiro e doente, uma vez que, apesar do doente aceitar os cuidados do enfermeiro, torna-se importante garantir a proteção de qualquer contato físico desnecessário ou constrangedor que o exponha (Junior, Araújo, & Nascimento, 2017). De acordo com a Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro de 2019, referente à Lei de Bases da Saúde, Base 2 Direitos e Deveres das Pessoas, publicada no Diário da República, “todas as pessoas têm direito: a proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (...)” (Lei n.º 95/2019, p. 56). Além desta disposição legal, o Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro de 2015, Artigo 107º refere também que o enfermeiro deve “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada (...), salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 9).

Em relação aos quartos triplos estes nem sempre são adequados às características e necessidades dos doentes. Destaca-se o pouco espaço que a pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e limitação da mobilidade dispõe para realizar atividades terapêuticas, como por exemplo, a facilitação cruzada na qual é necessário redimensionar o espaço, o que acaba por comprometer a logística do espaço geral. A maioria das camas são elétricas, o que permite um maior conforto aos doentes, bem como uma melhor ergonomia aos profissionais de saúde. Esta unidade de internamento, tem também disponíveis dispositivos auxiliares de marcha (andarilhos, tripés e canadianas), assim como cadeiras de rodas (modelo convencional e de espaldar alto). Existem diversos equipamentos que ajudam os doentes a deambular, mas como reforça a Ordem dos Enfermeiros (2013), é fundamental ter em consideração que esses equipamentos devem ser selecionados de acordo com a situação clínica, a idade e o grau de dependência. A segurança do ambiente deve ser assegurada garantindo que o piso se encontre limpo e seco, sem barreiras e os doentes devem usar calçado fechado com bom apoio e calcanhares antiderrapantes. Os tipos de auxiliares de marcha, também designados por «produtos de apoio», mais usados foram as canadianas, a bengala, a pirâmide (tripé e quadripé) e o andarilho. Para além destes recursos que facilitam a mobilidade dos doentes, também existem almofadas de vários tamanhos para posicionar os doentes no leito, assim como almofadas de gel para colocar nas cadeiras. Segundo Araújo, Soares, Ribeiro e

Martins (2021), os produtos de apoio como as almofadas ou tabuleiros, devem ser adaptados aos défices de cada pessoa, pelo que a sua utilização deve ser precedida da avaliação da pessoa e da sua necessidade ou não destes recursos. Este serviço dispõe também de duas mesas de apoio transparentes para proporcionar apoio e reintegração do esquema corporal nos doentes com o diagnóstico de AVC e com alteração do esquema corporal. Menoita (2012), sublinha a importância destes equipamentos, reconhecendo uma mais-valia, porque deste tipo facilitam a integração do hemicorpo lesado no esquema corporal. Para além deste material, existe outro como alteres para treino de resistência, bandas elásticas, cartões com faces para treino dos músculos da face, calçado com um atacador, bola de pilates pequena e espirómetros de incentivo que facilitam a reabilitação dos doentes com défices motores e défices respiratórios. Caso haja necessidade de algum material extra para a implementação dos cuidados diferenciados, como pedaleiras ou outro, solicita-se o empréstimo ao serviço de Medicina Física e Reabilitação.

Todos os quartos dispõem de duche rebaixado de modo a colocar as cadeiras de banho de forma adequada, e desta forma, proporcionar o treino de habilidades dos doentes, o que vai ao encontro do recomendado pela WHO (2020), para que o processo de transição para o domicílio seja o mais facilitado. Com esta medida, também se previne a ocorrência de acidentes e quedas, que representam um sério problema, com potenciais complicações na redução de longevidade e qualidade de vida dos doentes internados, especialmente nos com maior idade que apresentam um risco acrescido de queda, conforme reforça a Direção-Geral da Saúde (2019).

Ao nível da estrutura do serviço, neste existe uma sala de enfermagem, o gabinete da enfermeira chefe, uma sala de tratamentos (onde além de material diverso, está o carro de urgência que é verificado mensalmente), a sala da medicação, a zona dos sujos, a sala de arrumos, vestiário dos profissionais, a copa e a casa-de-banho dos profissionais. Os gabinetes médicos e o secretariado encontram-se no *hall* exterior. A saída de emergência situa-se no fim do serviço, junto ao último quarto de isolamento em conformidade com o disposto no Decreto-Lei nº 409/98, Nº 295 de 23 de dezembro de 1998, referente ao regulamento de segurança contra incêndio em edifícios de tipo hospitalar e que sublinha no capítulo III, secção I, artigo 16º que “os pisos com locais destinados a internamento devem ser divididos em zonas que, em caso de incêndio, viabilizem a transferência

horizontal dos ocupantes do espaço sinistrado para um local de segurança” (Decreto-Lei nº 409/98, p. 7104).

No que se refere aos recursos humanos, o serviço é composto por uma vasta equipa multidisciplinar, com 24 enfermeiros de cuidados gerais e 3 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) (um deles a enfermeira chefe); vários médicos especialistas em Medicina Interna, outros que pertencem ao internato de ano comum e outros ao internato de formação específica de Medicina Interna. Da equipa, ainda fazem parte 12 assistentes operacionais, 2 assistentes técnicos, uma assistente social e uma nutricionista.

Na equipa multidisciplinar colaboram os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica do serviço de Medicina Física e Reabilitação (fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais), que se articulam com os EEER, no sentido de em conjunto desenvolverem cuidados de reabilitação que permitam a capacitação funcional dos doentes.

Os rácios mínimos de enfermeiros nos dias uteis e fins-de-semana são de 5 enfermeiros no turno da manhã, 4 enfermeiros no turno da tarde e 3 enfermeiros no turno da noite. O turno onde adicionalmente poderá estar mais um elemento é o da manhã. O método de horário de trabalho usado é o *roulement*, do qual fazem parte 3 turnos (manhã, tarde e noite) de 8 horas os dois primeiros e 9,5 horas o turno da noite. De acordo com a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, a dotação adequada de enfermeiros tem como finalidade garantir níveis de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde para garantir os recursos humanos adequados às necessidades dos doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Neves, Parreira, Rodrigues e Graveto (2021), também reforçam a importância de uma equipa de enfermagem adequada (em número e em competências) já que a mesma é um fator determinante para os resultados de saúde, nomeadamente, para a qualidade e segurança da prestação de cuidados. Nesta unidade de internamento, de acordo com a norma e fórmula para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2014), anexo I, verifica-se que o número de enfermeiros que desempenham funções no serviço encontra-se abaixo do valor, uma vez que deveria ser sensivelmente 32 em vez de 27. Não obstante, um estudo conduzido por Neves et al. (2021), em 12

hospitais portugueses, o rácio enfermeiro/doente difere pouco dos verificados neste serviço, uma vez que as unidades possuem uma proporção de um enfermeiro para 5 leitos na manhã, um enfermeiro para 9 leitos na tarde e um enfermeiro para 12 leitos no turno da noite.

Este défice crónico de horas de cuidados de enfermagem já foi evidenciado pela *Organisation for Economic Co-operation and Development* [OECD] (2021), segundo esta organização, em 2019 existiam, em média, 7 enfermeiros por 1000 habitantes, enquanto a média da OECD é de 8 a 9 enfermeiros por 1000 habitantes. Na mesma proporção, e de acordo com a mesma fonte, países como a Suíça e a Noruega apresentam, em média, 18 enfermeiros, e a Alemanha, Irlanda, Islândia e Finlândia mais do que 13 enfermeiros, por 1000 habitantes. Assim, verifica-se que os rácios enfermeiro/doente praticados no serviço onde decorreu o estágio (e à semelhança de outros hospitais portugueses), são o espelho da inferioridade numérica de enfermeiros em Portugal, comparativamente a outros países da Europa e à média da OECD, nos quais existem consideravelmente um maior número de enfermeiros.

No que se refere aos enfermeiros especialistas, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), os internamentos devem ter a alocação de “pelo menos 2 (dois) enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, por cada 15 clientes, calculada adicionalmente, por forma a garantir a prestação diária de cuidados especializados (...)” (Regulamento n.º 743/2019, p. 140).

No serviço onde decorreu o estágio, além da enfermeira chefe, nos dias úteis no turno da manhã, está escalada uma outra EEER e adicionalmente, em regime de *roulement*, também está presente outra EEER que presta cuidados diferenciados em enfermagem de reabilitação, ainda que não seja de forma exclusiva.

O serviço de Medicina Interna utiliza o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), aprovado pela ACSS, atualmente esta classificação é gerada automaticamente de acordo com os níveis de dependência de cuidados de enfermagem, proposto pela Ordem dos Enfermeiros. Esta recente funcionalidade permite aos enfermeiros gerir melhor o tempo na prestação de cuidados, bem como reduzir o erro em que, outrora, o processo manual poderia acarretar (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A

distribuição dos doentes por enfermeiro é gerada através desta funcionalidade, o que permite distribuir equitativamente as horas de cuidados e de acordo com as dotações seguras.

Em relação aos cuidados específicos em enfermagem de reabilitação, não existe informação quanto às horas necessárias, uma vez que estas não constam no quadro de classificação de doentes, cabendo assim, aos enfermeiros gestores estabelecer um tempo médio para dar resposta às necessidades do foro da reabilitação (Pontes & Santos, 2017).

Quanto aos registos de enfermagem, estes são realizados de acordo com as normas da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e documentados no programa informático SClínico. Esta plataforma foi desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que está em constante atualização, constitui-se como uma aplicação única e comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e é centrada no doente (SPMS, 2019). Assim, permite a consulta e articulação de todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados aos doentes.

Apesar da vasta funcionalidade do SClínico, na área dos cuidados de enfermagem de reabilitação, apenas os registos relativos à avaliação dos doentes através de escalas (escala de Morse, escala de *Lower*, escala de Braden, escala de *Ashword* modificada, escala de Borg modificada e Índice de Barthel), pode ser feito na plataforma e, deste modo, diagnosticar risco de queda, risco de úlcera de pressão, força muscular *diminuída* ou presença de espasticidade, dispneia e alteração no desempenho das AVD, não sendo possível o registo dos cuidados diferenciados, nem o resultado desses cuidados nos doentes.

A metodologia de passagem de turno rege-se pelo modelo *Identification Situation Background Assessment Recommendations* (ISBAR) (anexo II), sendo esta uma ferramenta que permite a padronização da comunicação em saúde e que é reconhecida “por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 4). A mnemónica ISBAR salienta a identificação do doente, a situação clínica atual, os antecedentes, a avaliação e as recomendações, e pode ser usada numa ampla gama de contextos clínicos, como na passagem de turno e na transferência intra e inter-hospitalar, assegurando uma linguagem clara, sucinta e padronizada e evitando omissão

de informação, garantido deste modo uma comunicação eficaz (Burgess, Diggele, Roberts & Mellis, 2020). Neste serviço, além da informação transmitida oralmente aos enfermeiros do turno seguinte, existe um documento próprio onde são registadas as ocorrências do turno transato. A cada 48 horas este documento é renovado (no turno da noite), salvaguardando as informações pertinentes, permitindo assim a consulta rápida e um melhor conhecimento da informação dos doentes. Estes procedimentos da passagem de turno vão ao encontro do estabelecido pelo despacho n.º 1400-A/2015, referente ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, cujo objetivo estratégico 2 é aumentar a segurança da comunicação, sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança dos doentes esta assume importância particular “quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde” como é o caso das mudanças de turno e das transferências ou altas dos doentes de umas instituições para as outras. Assim, o despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-(3)) recomenda que sejam implementados “procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde”.

No que se refere aos doentes internados, no contexto onde decorreu o estágio, os diagnósticos clínicos mais frequentes, incluem-se as patologias do foro cardíaco, pulmonar, renal, neurológico e metabólico, sendo a prestação de cuidados de reabilitação fundamental nestes doentes, uma vez que, tal como refere o regulamento n.º 392/2019, da Ordem dos Enfermeiros a intervenção dos EEER deve assentar na promoção de ações preventivas de enfermagem de reabilitação de forma a assegurar e a manter as capacidades funcionais dos doentes. É ainda fundamental que na sua intervenção, os EEER sejam capazes de “prevenir complicações e evitar incapacidades” e proporcionar intervenções terapêuticas capazes de “melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

A variedade de patologias que os doentes apresentam, como o AVC, as pneumonias, a insuficiência cardíaca descompensada e doença pulmonar obstrutiva crónica descompensada ou a insuficiência respiratória parcial, geram quadros de grande complexidade que exigem uma grande diferenciação de cuidados e perícia na intervenção. Tal como refere Nunes (2018), perito é alguém que possui conhecimento aprofundado acerca de um dado domínio, graças ao seu desenvolvimento, experiência clínica e maturidade na profissão. Alguns destes atributos permitiram-nos caracterizar os

fenómenos de enfermagem mais frequentes presentes nos doentes, nomeadamente, a imobilidade e o risco acrescido de perda de mobilidade, a dor, o défice de autocuidado, a incontinência urinária, a dispneia e diminuição da força muscular. Fenómenos que uma vez identificados, poderão suscitar intervenção atempada em termos de enfermagem de reabilitação e com esta poderemos contribuir para capacitar os doentes para realizarem as suas AVD, e maximizar o seu potencial de ganho de força muscular, manutenção das amplitudes fisiológicas articulares, equilíbrio, ou controlo vesical. A média de idades dos doentes onde decorreu o estágio ronda os 80 anos de idade e nesta população a das pessoas idosas, as alterações resultantes do processo de envelhecimento são agravadas pela doença e originam com frequência défices funcionais que podem ter impacto negativo no autocuidado. Assim, o incentivo e o treino do autocuidado assumem-se como intervenções fundamentais, porque a prática de autocuidado, tal como referem Vicente et al. (2020), favorece a manutenção da saúde e do bem-estar e proporciona melhoria da qualidade de vida, pelo que deve ser incentivada e promovida sendo este um dos aspetos fundamentais da enfermagem de reabilitação.

3. REFERENCIAL TEÓRICO ORIENTADOR DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O foco desta área de enfermagem, tal como reforça a Ordem dos Enfermeiros, (2015b), é a manutenção e a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas, bem como a recuperação da funcionalidade, a prevenção de complicações, a promoção do autocuidado e a maximização das capacidades. Para conseguir estes objetivos, conforme sublinham Ribeiro, Moura e Ventura (2021), a enfermagem de reabilitação, de um modo particular, necessita de possuir um corpo de conhecimentos específicos que permitam desenvolver e centrar as suas atividades profissionais em fundamentos teóricos, que além de fomentar a disciplina de enfermagem, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes. De acordo com Ribeiro et al. (2021), as práticas sustentadas em referenciais teóricos são particularmente importantes na capacitação e bem-estar das pessoas que vivenciam processos de transição. Na enfermagem a transição ocorre quando há a passagem de um estado estável para outro que requer por parte da pessoa a procura de novos conhecimentos, alteração do comportamento e mudança no seu *eu* (Santos, Costal, Gouveia, & Fernandes, 2020).

3.1 Teoria de Afaf Meleis

De acordo com Meleis e Trangenstein (1994), as transições podem ser entendidas como experiências humanas descritas como um conjunto de respostas ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, e pelos significados atribuídos a essas experiências. Relacionam-se com os conhecimentos e habilidades das pessoas na gestão das modificações, bem como, o impacto destas modificações ao nível do bem-estar. De acordo com Ribeiro et al. (2021), o referencial teórico de Afaf Meleis permite aos enfermeiros de reabilitação identificar os problemas transitórios vivenciados pelas pessoas, assim como as suas necessidades, a partir das quais planeiam e executam intervenções facilitadoras das transições. Segundo

Petronilho et al. (2021), nos processos de adaptação, que decorrem durante as transições, ocorre incorporação de esquemas terapêuticos entre os doentes e os profissionais de saúde, mas para que tal aconteça, devem ser avaliadas diferentes dimensões (individuais e sociais) da pessoa, pois é através desta avaliação multidimensional que se torna possível a sistematização dos cuidados de saúde e, desta forma, proporcionar cuidados personalizados a cada doente.

Segundo Costa (2016), Meleis investigou o que acontece com quem não experimenta transições saudáveis e quais intervenções de enfermagem que facilitam o progresso das pessoas no alcance de transições saudáveis. Na sequência dessa investigação foram desenvolvidos três conceitos: o de transições saudáveis que dizem respeito a comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados aos novos papéis; o de transições insalubres ou transições ineficazes que transportam o indivíduo na direção de vulnerabilidade e risco, resistindo às redefinições de significados e o conceito de insuficiência do papel caracterizado pela dificuldade para desempenhar um determinado papel. Segundo Meleis (2000), a experiência da transição exige que cada pessoa seja capaz de incorporar novos conhecimentos que redefina comportamentos e associe significados aos eventos, alterando conseqüentemente a definição de si próprio em contexto social. Assim, a transição remete para uma mudança significativa na vida das pessoas através de alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e novos conhecimentos, que poderão ter como consequência uma mudança de comportamentos.

Segundo Meleis (2010), as mudanças de comportamento poderão ser percebidas através de indicadores de transições de saúde eficazes, como o bem-estar subjetivo presente quando existe uma transição eficaz e que cujo resultados é a sensação de satisfação e melhoria de qualidade de vida e integridade pessoal; a mestria, presente quando a pessoa demonstra domínio para realizar atividades e conforto com o comportamento adquirido nesta nova situação; as relações saudáveis que também indica, uma transição eficaz, e foi conceptualizada em termos de adaptação, integração, aproximação e interação familiar.

De acordo com Petronilho et al. (2021), devido ao aumento cada vez mais notório de pessoas dependentes dos seus autocuidados, os impactos a nível financeiro, social e na

saúde são diretamente proporcionais. Este facto tem originado políticas de saúde e de apoio social direccionadas à sua consciencialização e ao envolvimento das famílias, orientando-as na mestria para que a gestão (e transição) dos processos de saúde-doença seja bem-sucedida.

No que respeita aos processos de reabilitação, os enfermeiros confrontam-se com a transição do tipo saúde-doença nas pessoas, onde ocorre uma mudança repentina de um estado de saúde para um de doença, bem como uma transição situacional, na qual é suposto o doente adaptar-se à sua nova condição (Meleis et al., 2000, citado por Petronilho & Machado, 2017). Assim, o processo de reabilitação não deve ser somente à pessoa doente, mas também deve envolver a família.

Segundo Meleis (2010), a partir da sua teoria, a avaliação multifatorial da saúde dos doentes que deve passar pela consciencialização sobre a nova condição de vida, o envolvimento na procura de ajuda, o significado atribuído à(s) mudança(s), as crenças, o nível económico e o conhecimento dos recursos (individuais e na comunidade).

Ainda de acordo com Meleis (2010), existem diferenças entre os doentes, famílias ou organizações que experimentam transições, por isso, a avaliação dos doentes pelos enfermeiros é fundamental, de modo a entender as diferenças na experiência da transição de cada doente. Meleis, sublinha também as diversas condições de transição que existem, o significado, a expectativa, o nível de conhecimento, o ambiente, o nível de planeamento e o bem-estar físico e emocional das pessoas influenciam o sucesso das transições. Na teoria de Meleis, o conceito de transição assume centralidade, com especial enfoque na necessidade de explorar todas as dimensões, para que os enfermeiros possam contribuir para a aquisição de competências em relação às dificuldades que os doentes demonstram ao interiorizar as recomendações terapêuticas (Meleis, 2010). Em termos de síntese podemos referir que as terapêuticas de enfermagem, conforme Meleis (2010) as refere, passam pela avaliação da prontidão para a transição das pessoas, criando perfis individuais nos quais se incluem as condições e cada pessoa; pela preparação para a transição, em que a educação é a primeira linha de intervenção e a última é *role supplementation* considerado o elemento mais importante nas terapêuticas de enfermagem devido à falta de capacidade do doente para o desempenho de determinado papel. Assim, os enfermeiros procuram facilitar o ajustamento à nova condição pelo

treino de novas competências e integração de novos conhecimentos (Meleis, 2010). As práticas de enfermagem baseadas num modelo de transição deverão consistir não só em intervenções terapêuticas direcionadas para a doença, mas acima de tudo, preparar a pessoa para que seja capaz de lidar com a situação-problema que está a experienciar e dotá-la de ferramentas que permitam proteger e promover a sua saúde no futuro (Meleis, 2010) (anexo III). O objetivo geral da enfermagem é facilitar as transições de forma a obter o bem-estar, e os enfermeiros deverão ser capazes de ajudar ou facilitar as transições na saúde e a perceção do bem-estar (Meleis, 2010).

Para que a consciencialização da nova condição de vida se revele numa transição saudável, os enfermeiros devem garantir que o doente e a família também recebem informações compreensíveis, precisas, suficientes e oportunas, de modo a respeitar e a garantir as suas necessidades culturais, linguísticas, cognitivas e físicas (*International Council of Nurses*, 2021).

No caso das pessoas idosas, conforme sublinha Meleis (2010), embora se reconheçam transições positivas e bem-vindas, muitas das transições podem estar relacionadas com saúde e doença, que envolvem perdas e que são indesejadas. Por exemplo, um evento como o AVC pode desencadear um conjunto de transições no que toca à funcionalidade, identidade e estilo de vida. E a complexidade dessas transições pode ser agravada por transições simultâneas para os membros da família das pessoas idosas, que poderão assumir o papel de cuidador e sofrer mudanças no trabalho e nos papéis familiares.

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

4.1 Enquadramento conceptual da temática

O problema da imobilidade na transição saúde-doença e perda da capacidade para desempenhar as AVD nos doentes internados em unidades hospitalares, pode desencadear, como nos refere Cerqueira e Grilo (2019), um processo de transição nos doentes, nomeadamente, as transições de saúde-doença e as transições situacionais. As mesmas autoras, sublinham que, dado que os enfermeiros apresentam um papel fundamental na facilitação das transições, torna-se necessário que tenham uma postura de escuta e aceitação, de educação e de orientação, de promoção do autocuidado e de conforto, podendo também intervir nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos da doença sobre as pessoas.

De acordo com Coelho, Barros e Sousa (2017), o movimento é basilar à saúde dos indivíduos, pelo que a mobilização terapêutica contribui para a manutenção da força da muscular. Sendo a imobilidade a ausência, diminuição ou restrição (prescrita ou inevitável) do movimento, esta pode levar ao encurtamento muscular e a contraturas irreversíveis (Lima, Ferreira, Martins, & Fernandes, 2019).

A síndrome de imobilidade, como referem Pereira, Duarte, Melo, Silva e Santos (2017), pode ser descrito como o conjunto de modificações que os doentes sofrem decorrente de um longo período acamado, independente das causas que motivaram tal situação. Esse conjunto de sinais e sintomas pode evoluir para um quadro de problemas circulatórios, dermatológicos, e respiratórios e também na maioria das vezes psicológicos. As pessoas hospitalizadas passam a maior parte do tempo em repouso, mesmo quando são capazes de estar fora da cama e esta inatividade leva a um declínio funcional e a uma menor tolerância ao exercício. Assim, frequentemente, a permanência no hospital prolonga-se, com necessidade de implementar recursos adicionais de reabilitação, não só durante a fase aguda como após a alta para que o doente retome ao seu nível funcional prévio (Tolles et al., 2020).

De acordo com Hoeman, Liszner e Alverzo (2011), a incapacidade funcional provocada pela imobilidade também cursa com outros fenômenos como a depressão, desorientação, irritabilidade, falta de energia, incontinência, alterações do equilíbrio, aumento da dor ou sofrimento e patologias em geral e as complicações da imobilidade afetam os demais sistemas orgânicos, alterando as respectivas funções fisiológicas.

À imobilidade e às suas consequências poderão ainda associar-se alterações a nível cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, musculoesquelético e urinário, podendo levar ao aparecimento de outras doenças adicionais àquelas que ocasionaram o repouso no leito (Guedes et al., 2018). As úlceras por pressão, o risco de queda, a trombose venosa profunda e a incapacidade funcional, são disso exemplo. Assim, um programa de reabilitação deve ser implementado o mais precocemente possível, de modo a manter e a recuperar as funções e a prevenir a síndrome da imobilidade (Coelho et al., 2017).

Lima et al. (2019) referem que a imobilidade durante 7 a 10 dias reduz em cerca de 30% a força muscular e por cada 7 dias de imobilização completa, a pessoa perde 20% da sua massa muscular. Segundo dados da WHO (2021), 1,6 milhões de mortes são atribuídas à falta de atividade física que posteriormente conduz a doenças crónicas.

Segundo Lima et al. (2019), os avanços científicos e tecnológicos mostram uma tendência para que a restrição da mobilidade, como coadjuvante do processo terapêutico, seja cada vez menor.

As pessoas portadoras de comorbilidades são mais suscetíveis de desenvolver complicações relacionadas com a imobilidade e também são estas pessoas que necessitam com maior frequência de equipamentos adaptados e dispositivos de ajuda que lhes proporcionem melhor mobilidade (Hoeman et al., 2011). Os mesmos autores referem que, em termos de grupo etário, os idosos são a população mais suscetível de desenvolver tais complicações, uma vez que apresentam uma reserva fisiológica diminuída e menor capacidade de adaptação ao stress.

Sendo os idosos um dos grupos mais vulneráveis, estes requerem especial cuidado devido ao processo natural de envelhecimento, no qual ocorre um comprometimento do

desempenho neuromuscular, perda e fraqueza muscular e lentificação dos movimentos, descondicionamento e desuso (Lima et al., 2019). Os autores sublinham também a existência de uma possível relação direta entre a imobilidade e a descompensação de comorbidades pré-existentes. O processo de envelhecimento leva ao comprometimento do desempenho neuromuscular, nomeadamente, a fraqueza ou perda de força muscular, lentificação dos movimentos, diminuição do equilíbrio, da mobilidade e perda de peso involuntária. Este conjunto de fatores conduz à perda da qualidade de vida e à fragilidade (Lima et al., 2021).

Outra complicação associada à imobilidade sobretudo nas pessoas idosas é a sarcopenia, que leva à perda muscular, diminuição da resistência, da força e da capacidade funcional (Guedes et al., 2018). De acordo com Smeuninx et al. (2020) a atrofia muscular induzida por desuso nos doentes idosos pode ser mitigada e assim retardada a progressão da sarcopenia com melhorias na qualidade de vida dos doentes e com implicações importantes para os gastos com saúde. Por isso a WHO (2017) sublinha a importância de reabilitação antes do retorno a casa, de modo a devolver a segurança e a independência funcional das pessoas idosas antes de regressarem ao seu espaço habitual. Além dos idosos, as pessoas com AVC também estão mais propensas a ter diminuição massa muscular devido ao desuso, espasticidade, inflamação e desnutrição, uma vez que o hemicorpo com parésia ou plegia tende a ter diminuição da massa muscular e o hemicorpo não afetado também apresenta risco elevado de perda de músculo (Nagano, Yoshimura, Bise, Shimazu, & Shiraishi, 2020).

4.1.1 A força muscular

A capacidade para produzir força é condicionada por fatores musculares, neurais, biomecânicos e mentais (Coelho et al., 2017), pelo que, os músculos esqueléticos, ao gerarem a contração muscular, produzem a locomoção, a manutenção da postura e os movimentos respiratórios (Correia & Espanha, 2020).

De acordo com Correia e Espanha (2020), as fibras musculares encontram-se organizadas em série e em paralelo, fixam-se topo a topo e proporcionam o encurtamento muscular. Os mesmos autores referem que as fibras em paralelo estão dispostas lado a lado, de modo a aumentar a área transversal do músculo e assim permitir a capacidade para produzir força (Correia & Espanha, 2020).

Segundo Coelho et al. (2017), habitualmente distinguem-se 3 tipos de ação muscular: a concêntrica, no qual o músculo encurta e produz movimento nas articulações e é o tipo de contração mais comum; a estática (ou isométrica), na qual o músculo não sofre alteração significativa no seu comprimento e a articulação mantém-se na sua posição, para manter posições e posturas ou fixar os segmentos ósseos e nos idosos também promove a diminuição do risco de queda; dinâmica excêntrica, no qual o músculo alonga pela ação da força externa, travando movimentos. Este processo de contração muscular consome muita energia, pelo que quanto mais intensa for a contração, mais o consumo energético (Correia & Espanha, 2020).

De acordo com Coelho et al. (2017) nos planos de reabilitação devem estar incluídas todo o tipo de contrações de acordo com o tipo de atividade e objetivos. Conforme sublinham Novo et al. (2021), o treino de contração muscular promove o fortalecimento da massa muscular e óssea prevenindo a síndrome do desuso, associado ao repouso, que resulta numa intolerância ao exercício físico.

4.1.2 Função esquelética

Para Correia e Espanha (2020), os ossos fazem parte do sistema esquelético, que se encontram unidos entre si, formando o esqueleto articulado. Os mesmos autores referem que a articulação se caracteriza por ser uma zona de contato entre 2 ou mais ossos e que existem 3 tipos de articulações: imóveis, semimóveis e móveis. Nas primeiras não há qualquer movimento, nas segundas o movimento é muito reduzido e por fim as últimas, as móveis, são responsáveis pelos movimentos de acordo com a sua amplitude (Correia & Espanha, 2020).

Tal como já foi explicado, o movimento da articulação é produzido pela força muscular quando o músculo se contrai que é transmitida aos ossos articulados e a produzir movimento na articulação (Correia & Espanha, 2020). Os movimentos articulares são executados através da ação dos músculos, de acordo com diferentes movimentos, sendo eles o deslizamento, a rotação, a circundação, a flexão, a extensão, a abdução, a adução, a pronação, a supinação e a oposição (Pina, 2010).

4.1.3 Consequências músculo-esqueléticas

Sendo que o compromisso músculo-esquelético pode resultar de condições agudas ou crónicas, este pode cursar com graus de dependência elevados no autocuidado, pelo que a intervenção do EEER se demonstra fulcral para readaptar a nível funcional a pessoa (Lourenço et al., 2021).

Um plano adequado ao nível da enfermagem de reabilitação que inclua intervenções na manutenção da mobilidade é um contributo fundamental na prevenção das complicações músculo-esqueléticas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Para Azevedo et al. (2019), a perda de massa muscular ocorre rapidamente durante a primeira semana e é mais evidente nos doentes com falência multiorgânica, associando-se a uma diminuição significativa da capacidade funcional. Para mitigar esta problemática, a reabilitação mostra-se como um recurso, nomeadamente, a mobilização precoce para mitigar o possível défice no desempenho das AVD (Azevedo et al., 2019).

Os músculos, em conjunto com o sistema nervoso, fornecem a capacidade de mover e a realização das AVD, pelo que, havendo fraqueza muscular ou rigidez gerados pela imobilidade há risco aumentado de lesão (Guedes et al., 2018).

Para Guedes et al. (2018), a espasticidade assume-se como outra das consequências músculo-esqueléticas, sendo que esta resulta do aumento do tónus muscular, que surge

dos segmentos distais para os proximais, contrariamente à força muscular. Os mesmos autores referem que o posicionamento adequado em padrão antispástico reduz consideravelmente o desenvolvimento de espasticidade, porém o decúbito dorsal é o que mais potencia o seu surgimento.

De acordo Guedes et al. (2018), apesar de todas as articulações poderem ser afetadas pela imobilidade, a anca, o joelho e o tornozelo são as mais suscetíveis devido aos efeitos da gravidade. Os mesmos autores sublinham que o repouso prolongado provoca rigidez articular e diminuição da amplitude articular a longo prazo, pelo que a sua prevenção assenta nos posicionamentos corretos e nas mobilizações passivas, assistidas e ativas das articulações.

O compromisso do sistema músculo-esquelético poderá traduzir-se em situações geradoras de dependência no autocuidado, sendo por isso, fundamental a conceção de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com compromisso deste sistema corporal, de modo a promover o bem-estar, autocuidado e readaptação funcional (Lourenço et al., 2021).

4.2 Justificação do projeto de intervenção profissional

Tal como já foi referido, os doentes internados no contexto onde decorreu o estágio, tanto pela sua situação clínica como por alterações decorrentes da idade ou até por receio que a mobilização acarrete algum tipo de consequência, restringem-se mais ao leito. Assim, na maior parte dos casos, leva à diminuição da massa muscular, à perda de força muscular, à diminuição das amplitudes fisiológicas articulares e ao desenvolvimento de espasticidade, o que tem consequências no desempenho das suas AVD e risco acrescido de incapacidade funcional.

Reconhecendo que a intervenção planeada de cuidados de enfermagem de reabilitação pode assumir especial papel na mitigação desta problemática, de modo a capacitar e a maximizar a funcionalidade dos doentes, bem como aumentar a força

muscular, a manter as amplitudes articulares e, por esta via, prevenir as complicações músculo-esqueléticas nas pessoas que experimentam transições de saúde-doença. Assim, desenvolveu-se um projeto de intervenção profissional que teve como objetivos:

- Desenvolver um plano de intervenção, com base na revisão sistemática da literatura, que permita nortear o programa de enfermagem de reabilitação para prevenir as complicações músculo-esqueléticas nos doentes internados no serviço onde decorreu o estágio;

- Avaliar o resultado da intervenção em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação nos doentes.

Como estes dois objetivos espera-se poder contribuir para demonstrar a importância das intervenções da enfermagem de reabilitação neste grupo de pessoas a partir dos ganhos obtidos.

Conforme reforçam vários autores Beliz, Bule e Sousa (2020) e Vieira e Ferreira, (2018), períodos longos de imobilização no leito ou inatividade, causam impacto no sistema músculo-esquelético das pessoas sendo que a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação fundamental no sentido de manter as amplitudes articulares e mobilidade das articulações, e diminuir as complicações associadas à imobilidade, como as contraturas, o que possibilitará uma melhor funcionalidade aquando da alta.

A reeducação da função sensoriomotora constitui-se como uma das competências específicas dos EEER, sendo, por isso, a sua intervenção de extrema relevância (Lourenço et al., 2021). A intervenção com as pessoas em situação de imobilidade deve iniciar-se pela avaliação das limitações e incapacidades, assim como na observação dos segmentos que intervêm no movimento e nos dados clínicos, para que possa fazer o diagnóstico e iniciar o plano de intervenção. Este programa deve ter como objetivos melhorar a mobilidade da pessoa e prevenir as consequências da imobilidade (Reis et al., 2021). Além disso, a idade avançada, a presença de limitações nas amplitudes articulares, a atrofia muscular e o grau de dependência prévio.

A reabilitação precoce tem revelado benefícios especialmente nas pessoas idosas, não só para reduzir complicações como para obter ganhos ao nível das amplitudes articulares (Lourenço et al., 2021).

No caso das pessoas acometidas com AVC, o membro superior afetado, espástico e doloroso, dificulta os movimentos e a realização dos autocuidados, pelo que a mobilização deve iniciar-se o mais precocemente possível em todas as articulações, iniciando com movimentos passivos, progredindo para ativos-assistidos e posteriormente ativos-resistidos, de acordo com grau de tolerância e a evolução da pessoa (Araújo, Soares, Ribeiro & Martins, 2021).

Os exercícios devem iniciar-se de modo passivo e posteriormente para exercícios ativos-assistidos, de acordo com o limiar da dor e o grau de amplitude articular. Os primeiros são inicialmente assistidos pelo EEER e os seguintes autoassistidos com a mão contralateral. As sessões deverão ser curtas (5 a 10 repetições), todavia devem ser realizadas várias vezes ao dia (2 a 3 vezes) (Lourenço et al, 2021).

A mobilização passiva é fundamental para manter ou recuperar a amplitude articular, seja ao nível da prevenção, intuito curativo ou paliativo. Por apresentar diferentes efeitos mecânicos sobre as estruturas osteoarticulares, a mobilização passiva mantém a integridade do tecido ósseo, promove a nutrição da cartilagem, protege as superfícies articulares, facilita a extensibilidade e a contratilidade do músculo e melhora o retorno venoso (Coelho et al., 2017).

As pessoas que não conseguem mobilizar de forma autónoma as suas articulações beneficiam de exercícios de mobilização passiva várias vezes ao dia, de modo a prevenir as contraturas a manter a mobilidade articular (Guedes et al., 2018).

Quanto às mobilizações ativas, estas são realizadas pela própria pessoa, que podem ser assistidas, livres ou resistidas. Quando são assistidas, a pessoa inicia o movimento, porém necessita de ajuda do enfermeiro para completar o movimento, uma vez que não consegue vencer a gravidade. No que toca às mobilizações ativas livres, estas são efetuadas apenas pela pessoa, uma vez que possui força mantida. Por fim, as mobilizações

ativas resistidas dizem respeito à aplicação de uma resistência adicional ao movimento efetuado pela pessoa, com a finalidade de fortalecimento muscular (Coelho et al., 2017).

4.3 Percurso metodológico

Conforme sublinha Coutinho (2020), a investigação é uma atividade de cariz cognitivo na qual ocorre um processo sistemático, flexível e objetivo, que tem como finalidade mostrar ideias inovadoras decorrentes de problemas nascidos da prática.

Tendo por base os objetivos do projeto, desenvolver um plano de intervenção, com base na revisão sistemática da literatura, capaz de prevenir complicações músculo-esqueléticas nos doentes internados no serviço onde decorreu o estágio e avaliar o resultado da intervenção em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação nos doentes, com a perspetiva de que o mesmo também possa contribuir para demonstrar a importância das intervenções da enfermagem de reabilitação neste grupo de pessoas; o plano que implementámos teve um carácter reflexivo e participativo, no qual foram identificados problemas que foram resolvidos através de ações participativas. Os participantes são envolvidos como sujeitos ativos o que permite conhecer e transformar a sua própria realidade (Ruivo et al., 2010).

O conhecimento parte de um problema que tem de ser justificado pela literatura para explicar o fenómeno, e assim, gerar o novo conhecimento e encontrar novas estratégias para a prática clínica (Martins, Ribeiro & Schoeller, 2021). Esta metodologia de investigação é também designada de investigação – ação, também conhecida como investigação participante. Como método de investigação em enfermagem esta metodologia permite a identificação e definição de um problema e depois da reflexão sobre os princípios que guiaram a ação e da participação dos sujeitos e produzir conhecimento (Heidemann, Fonseca & Fernandes, 2013).

Para que a investigação-ação seja possível, deve obedecer a uma determinada sequência. Esta inicia-se pelo diagnóstico no qual os participantes identificam, definem o

problema e estabelecem a possibilidade da ação. O segundo passo diz respeito à planificação da ação onde ocorre a reflexão sobre o problema definido e como este irá ser abordado. Posteriormente ocorre a ação onde os participantes organizam como vão intervir no problema. Por fim, a avaliação corresponde à análise do processo, dos resultados obtidos e da experiência. Além disto, deve ser importante avaliar as potencialidades e as limitações dos participantes e do enfermeiro que está a conduzir o processo (Heidemann et al., 2013).

O estudo de caso foi usado como estratégia de investigação empírica que estuda os fenómenos em profundidade e no seu contexto real (Grilo & Mendes, 2012). Esta estratégia consiste na investigação detalhada de vários indivíduos (os casos) com um determinado problema de saúde, para aumentar o conhecimento, assim como para estudar o efeito de uma mudança (Fortin, 1999). Tem a particularidade de ser um estudo intensivo de um ou de alguns casos e com a possibilidade de ser aplicado em contextos da vida real (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

4.4 Participantes

Os participantes nesta pesquisa fomos nós enquanto estudante de mestrado e os doentes de quem cuidámos que reuniam uma ou várias características em comum, conforme sugere Fortin (1999) e que neste trabalho representam 5 doentes internados no serviço de internamento onde foi realizado o projeto entre os dias 13 de setembro de 2021 e 14 de janeiro de 2022 (com a pausa letiva do Natal).

Definimos como critérios de inclusão os seguintes: ter 65 ou mais anos e apresentar uma situação clínica e grau de dependência (segundo a escala de medida de independência funcional [MIF] nas AVD), suscetível de desenvolver complicações músculo-esqueléticas decorrentes da imobilidade e, conseqüentemente, compromisso no seu autocuidado e aceitar participar no estudo (a pessoa ou o seu representante legal se esta estivesse incapaz de verbalizar). Excluimos os doentes com instabilidade hemodinâmica, em fim de vida ou que recusaram participar no projeto.

No quadro nº 1 são caracterizados os participantes em termos de sexo, estado civil, idade e situação clínica e número de dias de internamento.

Participantes	P1	P2	P3	P4	P5
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
Idade	65	85	85	78	85
Estado civil	Casado	Viúva	Viúva	Divorciado	Casado
Diagnóstico	AVC da artéria cerebral média esquerda	AVC isquémico occipital esquerdo	AVC parassagital esquerda	AVC na circunvolução frontal ascendente	Edema agudo do pulmão, síndrome coronário agudo, fibrilhação auricular
Antecedentes pessoais	Fibrilhação arterial, obesidade, diabetes <i>Mellitus</i> tipo II, dislipidemia, etanolismo, miocardiopatia dilatada	Meningioma frontal esquerdo, hipertensão arterial, hérnia de deslizamento do hiato esofágico, divertículos e patologia degenerativa da coluna lombar	Hipertensão arterial, doença fibrocalcificante mitro-aortica, obesidade, dislipidemia, hipotireoidismo	Hipertensão arterial, diabetes <i>Mellitus</i> tipo II, dislipidemia	Fibrilhação auricular paroxística, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial, dislipidemia, cardiopatia isquémica
Número de dias de internamento	21	25	20	15	44
Grau de dependência prévio	Autónomo	Autónoma	Autónoma	Autónomo	Autónomo
Destino após a alta	Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão	Domicílio	Domicílio	Domicílio	Domicílio

Quadro nº 1: Participantes do estudo

4.5 Plano de intervenção

O plano de intervenção foi norteado pela revisão da literatura, como já foi referido. Foi feita uma avaliação inicial e tendo em conta a importância que a mesma assume neste processo, os doentes foram avaliados quanto aos seus graus de dependência, de acordo com a escala MIF. Posteriormente foi avaliado o grau de amplitude articular do segmento, o grau de espasticidade, bem como o grau de força dos músculos-chave com as escalas de *Ashword* modificada e de *Medical Research Council*, respetivamente.

4.6 Instrumentos de avaliação utilizados e recolha de informação

Conforme refere Hoeman (2011), em enfermagem de reabilitação, os instrumentos utilizados na avaliação dos doentes (recolha de informação) são fundamentais para ajuizar sobre os progressos e a eficácia do plano, e para aprimorar a comunicação inter e intradisciplinar, sendo ainda a informação obtida na avaliação fundamental para posterior continuidade de cuidados e registo dos benefícios das intervenções de enfermagem. De acordo com Sousa, Vieira-Marques, Severino e Caldeira (2017), um instrumento de avaliação deve ser prático, simples de aplicar e produzir resultados significativos que possam orientar o processo de reabilitação. A recolha da informação iniciou-se com a entrevista de avaliação inicial realizada por meio do formulário elaborado por nós (apêndice B), e a avaliação a partir de escalas, conforme sugere o documento *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação* emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2016), e por documentos expostos na Direção-Geral da Saúde. Além deste formulário que foi usado na avaliação inicial e dos instrumentos de medida, também se procedeu à entrevista para colher dados.

Os intervenientes no plano de intervenção foram avaliados através das escalas da MIF (anexo IV), a avaliação da força muscular dos músculos chave, segundo o referencial da *ASIA - International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury Motor*

Exam Guide (apêndice C), e de acordo com a MRC (anexo V), a amplitude articular foi avaliada através da goniometria (apêndice D), a espasticidade segundo a escala de *Ashworth* modificada (anexo VI) e por fim, a dor de acordo com a escala numérica ou a escala de faces (anexo VII).

A avaliação inicial permitiu definir os diagnósticos de enfermagem a partir do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação elaborado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, de 2015a, da Ordem dos Enfermeiros, e foram: movimento muscular diminuído, risco de rigidez articular e espasticidade em grau elevado, moderado ou reduzido (de acordo com os critérios de diagnóstico), que se demonstram no quadro nº 2.

Posteriormente, foram realizados exercícios de mobilização passiva, ativa-assistida e ativa-resistida, de acordo com a tolerância da pessoa, realizados em 10 repetições por segmento articular, respeitando o limite articular e a dor. As avaliações foram realizadas nos dias em que estivemos presentes no campo de estágio, no mínimo em 3 sessões.

Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Movimento muscular diminuído	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido; - Executar técnica de exercício muscular e articular e ativo-resistido; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo com dispositivo auxiliar; - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos; - Monitorizar força muscular; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular. 	Aumentar a força muscular.
Risco de rigidez articular	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; - Executar técnica de posicionamento; - Incentivar execução de exercício muscular e articular; 	Manter a mobilidade articular e a prevenção da rigidez articular.

Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar execução de exercício muscular e articular; - Monitorizar amplitude do movimento articular através do goniómetro; - Supervisionar exercícios musculares e articulares ativos; - Avaliar movimento articular. 	
Espasticidade em grau elevado, moderado ou reduzido e especificar local do corpo Critérios de diagnóstico (Sim/Não): <ul style="list-style-type: none"> - Apresenta contraturas que impossibilitam a realização de AVD; - Apresenta aumento do tónus muscular; - Apresenta rigidez articular e movimentos descoordenados; - Presença de espasticidade; - Lesão central. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar frio; - Aplicar calor; - Aplicar tala; - Executar técnica de massagem; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido; - Executar técnica de exercício muscular e articular assistido; - Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; - Executar técnica de relaxamento; - Incentivar técnica de exercício muscular e articular. 	Prevenir contraturas, prevenir o aumento do tónus muscular e consequentemente a espasticidade.

Quadro nº 2: Diagnósticos de enfermagem de reabilitação, intervenções e resultados esperados, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015a)

4.7 Considerações éticas

A perspetiva ética sobre a investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, seja na garantia da qualidade ética dos procedimentos como o respeito pelos princípios estabelecidos (Nunes, 2013). Norteia a fundamentação e a justificação da ação, procurando evocar princípios, valores e virtudes para o curso de ação (Neves & Pacheco, 2004).

De acordo com Deodato (2017), no caso da enfermagem de reabilitação, a ética promove a reflexão continua sobre o modo de assistir a pessoa, no respeito pela sua dignidade, pelo seu eu e pelos seus direitos e deveres deontológicos. Ainda de acordo com o mesmo autor, não obstante as condições particulares que as pessoas vivenciam

derivadas de processos de transição saúde-doença, estas não deixam de ser pessoas, com a sua dignidade e os seus direitos, sendo por isso, a razão do agir ético do enfermeiro.

No decurso do plano de intervenção, foram assegurados os pilares éticos, baseados no princípio da beneficência, no princípio da não-maleficência, no princípio da fidelidade, no princípio da justiça, no princípio da veracidade e no princípio da confidencialidade (Nunes, 2013).

A informação recolhida foi usada única e exclusivamente para concretização deste trabalho, com o respetivo consentimento (apêndice E) e salvaguardando o seu anonimato.

Os dados foram guardados numa pasta do disco rígido do nosso computador pessoal, que se encontra encriptada, cuja palavra-passe é apenas de conhecimento das próprias. Após a concretização do relatório, estes dados serão destruídos.

Para que o projeto fosse aprovado e os resultados do mesmo projeto fossem divulgados no relatório de estágio, foi feito o pedido à comissão de ética da Universidade de Évora, tendo sido aprovado no dia 20 de janeiro de 2022. Adicionalmente, tendo apenas um carácter facultativo, foi feito o pedido à comissão de ética do hospital onde decorreu o estágio (anexo VIII).

4.8 Recursos

Como recursos humanos para a implementação do projeto, este teve a participação da equipa do serviço de internamento, a professora orientadora e todos os doentes que participaram.

Como recursos materiais, foram usados os de suporte informático e técnico já existente no serviço e no hospital, assim como a aquisição de um goniómetro para avaliação dos ângulos articulares, tendo o valor de 9,22€. A nível de material bibliográfico, não houve necessidade de adquirir nenhum extra, dado que já tínhamos em

nossa propriedade algumas obras e foram consultados artigos científicos existentes no motor de busca EBSCO, disponibilizado pela Universidade de Évora.

Os gastos em combustível não foram considerados dado a proximidade geográfica da nossa residência com o local onde foi implementado o projeto.

5 RESULTADOS: A ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DA INFORMAÇÃO OBTIDA

A análise e interpretação dos dados assume-se como uma tarefa fundamental e complexa, uma vez que os dados colhidos podem assumir formas diversas e poderá haver diferentes abordagens (Coutinho, 2020). Cada estudo de caso foi interpretado de forma personalizada e, para tornar mais objetivos os resultados ou os ganhos, também se recorreu ao uso de gráficos através do programa Excel pertencente ao *Microsoft Office 365*.

Desta população, 4 doentes tinham diagnóstico do foro neurológico (AVC) e 1 patologia do foro respiratório e cardíaco (edema agudo do pulmão, síndrome coronário agudo e fibrilhação auricular).

Estudo de caso – P1

O primeiro participante foi um doente de 65 anos, sexo masculino, casado, tendo como pessoa significativa a esposa. Residia num apartamento numa área urbana, tinha o 3º ciclo de escolaridade e era coveiro de profissão, previamente autónomo nas suas AVD. Tinha como antecedentes pessoais insuficiência cardíaca, miocardiopatia dilatada, fibrilhação auricular, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* II, dislipidémia, tabagismo e obesidade (pesava 140kg e media 1,80m).

Dia 31/08/2021 recorreu ao serviço de urgência por apresentar respiração ruidosa, alteração na articulação verbal, diminuição da força muscular nos membros direitos e desvio do olhar para a esquerda, foi ativada via verde de AVC, realizou Angio TC CE (angiotomografia crânio-encefálica), que revelou um AVC isquémico agudo do território da artéria cerebral média esquerda. Por se encontrar fora da janela temporal para realizar trombólise, foi submetido a trombectomia mecânica, mas manteve os mesmos défices. Posteriormente foi transferido para o hospital da área de residência, onde foi admitido com os défices de afasia de broca, hemiplegia do membro superior direito, hemiparesia

do membro inferior direito, hemianopsia direita e deglutição comprometida, portador de sonda nasogástrica (SNG).

Dia 13/09 realizou prova de deglutição (pela terapeuta da fala), que concluiu que não desencadeava reflexo de deglutição e que, por isso, não protegia a via aérea, mantendo indicação para SNG. Iniciou o plano de reabilitação com a equipa multidisciplinar, que verificou que apresentava potencial de reabilitação, e foi referenciado para o Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão.

Iniciou o plano de enfermagem de reabilitação dia 16/09. Na avaliação inicial encontrava-se vígil (Glasgow de 15), reagiu de modo apropriado a estímulos verbais, orientado autopsíquicamente, mas não se conseguiu avaliar a nível alopsíquico por presença de afasia de broca. Pelo mesmo motivo não foi possível avaliar a memória. Por não apresentar discurso espontâneo, não conseguia nomear nem repetir, apenas compreendia. A capacidade de escrita também estava afetada, apresentava agrafia, e tinha apraxia ideomotora, ideacional e bucofacial. A nível dos pares cranianos destacava-se alterações no ótico com hemianopsia à direita e no vestíbulo-coclear alteração na divisão vestibular sem equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé. A coordenação motora foi avaliada através da prova calcanhar Joelho, na qual a pessoa não conseguiu realizá-la com o membro inferior direito. No membro inferior esquerdo não tinha alterações. Segundo a escala de MRC com força de grau 0/5 em todos os segmentos do membro superior direito e de grau 1/5 no membro inferior direito. No hemicorpo esquerdo mantinha força de grau 5/5. Sem espasticidade no hemicorpo afetado, com grau 0/4. Pele íntegra, mas com risco moderado de úlcera por pressão (UPP) por pontuação de 12 na escala de Braden. Eupneico a ar ambiente, com SpO2 95%. Após esta avaliação, foram levantados os diagnósticos reais e potenciais do doente, que se demonstram no quadro seguinte:

Diagnósticos reais	Diagnósticos potenciais
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para andar comprometida - Autocontrole: continência urinária ineficaz - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber, comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer, comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário, comprometida - Capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, comprometida - Comunicação comprometida - Deglutição comprometida - Equilíbrio corporal comprometido - Capacidade para usar técnica de adaptação para mover-se em cadeira de rodas, comprometida - Movimento muscular diminuído no hemicorpo direito - Pôr-se de pé comprometido - Capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se, comprometida - Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, comprometida - Risco de UPP em grau moderado 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de compromisso das trocas gasosas - Risco de espasticidade em grau reduzido - Risco de pé equino - Risco de rigidez articular

Quadro nº 3: Diagnósticos reais e potenciais de enfermagem de reabilitação do doente P1, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015a)

Neste doente foram realizadas 6 sessões de enfermagem de reabilitação, tendo iniciado o plano a 15/09, nomeadamente ao nível das mobilizações (10 repetições, 1 série) passivas no hemicorpo direito e mobilizações ativas-assistidas no hemicorpo esquerdo. (apesar de força mantida, tinha apraxia ideomotora). Ao longo do internamento houve melhoria das capacidades práticas, realizou plano de mobilizações passivas no hemicorpo direito e ativas-assistidas e mais tarde, ativas-resistidas no hemicorpo esquerdo. Ao longo do plano também foram realizados exercícios isométricos (nos glúteos e abdominais), porém apenas conseguir realizar no último dia de intervenção. Além destas intervenções, não só nas mobilizações, como nos exercícios isométricos, o doente realizou levante diário para cadeira de espaldar alto com recurso a elevador, posicionamento em padrão antiespástico e facilitação cruzada.

Nos dias 19 e 20/09 iniciou automobilização dos membros superiores, revelou melhoria da afasia de broca, já conseguindo verbalizar algumas palavras simples, bem

como melhoria da força muscular ao nível do membro inferior direito para grau 2/5, segundo a escala de MRC, tendo sido aumentado o número de séries de mobilizações para 2.

Apesar de ter retirado a sonda vesical a 22/09, só foi possível iniciar intervenção ao nível do autocontrolo e treino de continência no dia 25/09, nomeadamente, através do treino da micção temporizada, no qual se ofereceu o urinol de 2/2 horas. Neste turno, o doente teve micção no urinol após o almoço.

No dia 24/09, após Nasofaringolaringoscopia verificou-se que o doente apresentava melhoria das capacidades práxicas a nível bucofacial, com reflexo de deglutição para todas as consistências, sem disfagia, pelo que iniciou dieta pastosa sem intercorrências. No dia 25/09 alimentou-se por mão própria, com supervisão, também conseguiu realizar exercícios isométricos dos músculos abdominais e glúteos, realizar a ponte e revelou melhoria das capacidades práxicas, já conseguindo pentear-se. Neste último dia, manteve o mesmo plano de mobilizações passivas (10 repetições, 2 séries) no hemicorpo direito e foi possível realizar mobilizações ativas-resistidas no hemicorpo esquerdo. Além disto, realizou automobilização dos membros superiores sem ajuda de terceiros.

Durante as 6 sessões de enfermagem de reabilitação manteve-se com sinais vitais estáveis, sem fácies de dor, com as amplitudes articulares dentro dos parâmetros considerados fisiológicos (anexo IX) e sem espasticidade no hemicorpo direito.

Após 21 dias de internamento, a 29/09 foi transferido para o Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão.

A força muscular foi avaliada de acordo com a escala de MRC (quadro nº 4).

Por fim, para avaliar o desempenho nas AVD, recorreu-se à escala de MIF (quadro nº 5). Uma vez que na avaliação inicial verificou-se que não havia alterações nos graus das amplitudes articulares fisiológicas, as mesmas só voltaram a ser avaliadas no fim do internamento, tendo resultado sido semelhante ao inicial. Assim, verifica-se que houve manutenção das amplitudes articulares.

Músculo-chave	Lateralidade	15/09	16/09	19/09	20/09	21/09	25/09
Bicípíte Braquial	Direito	0/5	0/5	0/5	0/5	1/5	1/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor Radial do Carpo	Direito	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	2/5	5/5	5/5
Tricípíte	Direito	0/5	0/5	0/5	0/5	1/5	1/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Flexor longo e profundo dos dedos	Direito	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Adutor do 5º dedo	Direito	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Iliopsoas	Direito	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Quadrícípites	Direito	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5	2/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tibial anterior	Direito	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5	2/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor longo do Hálux	Direito	1/5	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tricípíte Sural	Direito	1/5	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5

Quadro nº 4: Evolução da força dos quatro membros ao longo do internamento – P1

No que se refere à força muscular (quadro nº 4), verifica-se que, globalmente, houve um ligeiro aumento da força muscular nos músculos proximais do membro superior direito e em todos do membro inferior direito. Ao nível dos músculos distais do membro superior direito não houve nenhuma evolução do grau de força. Relativamente ao hemicorpo esquerdo, este manteve sempre força de grau 5/5 em todos os segmentos.

Relativamente à espasticidade, de acordo com a interpretação dos valores obtidos e o que está definido pela escala de *Ashword* modificada (anexo VI) em que o grau 0 corresponde a nenhum aumento do tónus e no grau 4 os segmentos afetados estão rígidos na flexão ou na extensão verifica-se que o doente não a desenvolveu, isto é, não ocorreu aumento do tónus muscular.

Em relação ao risco de desenvolver UPP (avaliado a partir da escala de Braden – anexo X), o doente manteve durante o internamento o risco moderado de desenvolvimento (score de 12), porém manteve a integridade cutânea.

Relativamente à capacidade de autocuidado ao longo do internamento, o forte compromisso na mobilidade que o doente apresentava fez com que não fosse possível

evoluir significativamente em termos de autocuidado, ainda assim registou-se uma evolução relativamente ao primeiro dia de internamento (quadro nº 5).

Autocuidados	Antes do AVC	15/09	16/09	19/09	20/09	21/09	25/09
A – Alimentação	7	1	1	1	1	1	3
B – Higiene Pessoal	7	1	1	1	1	1	2
C – Banho (lavar o corpo)	7	1	1	1	1	1	2
D – Vestir metade superior	7	1	1	1	1	1	2
E – Vestir metade inferior	7	1	1	1	1	1	1
F – Utilização da sanita	7	1	1	1	1	1	1
Controlo dos esfíncteres							
G - Bexiga	7	1	1	1	1	1	2
H - Intestinal	7	1	1	1	1	1	1
Mobilidade - Transferências							
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	7	1	1	1	1	1	1
J - Sanita	7	1	1	1	1	1	1
K – Duche / banheira	7	1	1	1	1	1	1
Locomoção							
L – Marcha / cadeira de rodas	7	1	1	1	1	1	1
M – Escadas	7	1	1	1	1	1	1
Comunicação							
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	1	1	1	1	2	2
O – Expressão (vocal / não vocal)	7	1	1	1	1	2	2
Consciência do mundo exterior							
P – Interação Social	7	1	1	1	1	1	1
Q – Resolução de problemas	7	1	1	1	1	1	1
R - Memória	7	1	1	1	1	1	2
TOTAL	126	18	18	18	18	20	27

Quadro nº 5: Evolução da capacidade de autocuidado ao longo do internamento - P1

Nas quatro primeiras avaliações, o doente apresentou um score de 18 pontos, ou seja, dependência completa, nos três dias seguintes, melhorou ligeiramente a capacidade ao nível da higiene, alimentação, controlo do esfíncter vesical, compreensão, expressão e memória, mas ainda revelou ser baixa (entre 20 e 27 pontos), isto é, passando para dependência modificada.

Estudo de caso – P2

Tratou-se de uma doente de 85 anos, sexo feminino, viúva, tendo como pessoa significativa o filho. Residia num apartamento de área urbana, tinha o 1º ciclo de escolaridade, aposentada e previamente independente nas suas AVD. Tinha como

antecedentes pessoais meningioma frontal esquerdo, hipertensão arterial, hérnia de deslizamento do hiato esofágico diverticulose patologia degenerativa da coluna lombar. Recorreu ao serviço de urgência por início súbito de alteração da linguagem e diminuição da força no hemicorpo direito. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC CE), em dois momentos, que não revelaram alterações. Transferida para o serviço de internamento para estudo, onde mais tarde realizou ressonância magnética crânio-encefálica (RMN CE) que confirmou AVC isquémico occipital esquerdo. Ao nível do estado de consciência encontrava-se vígil (Glasgow de 15), reagiu de modo apropriado a estímulos verbais e dolorosos, orientada autopsíquicamente e alopsíquico. Sem alterações na linguagem, nomeia, repete, compreende e tinha fluência no discurso. Sem alterações na memória e sem apraxia. A nível dos pares cranianos apresentava alterações no ótico com hemianopsia à direita e no facial com parésia fácial central à direita. A coordenação motora foi avaliada através da prova calcanhar-joelho, na qual a doente revelou bastante dificuldade em realizá-la com o membro inferior direito. No membro inferior esquerdo não tinha alterações. Em termos de força, apresentava força de grau 3/5 em todos os segmentos do membro superior direito (segundo a escala de MRC) e de grau 2/5 no membro inferior direito. No hemicorpo esquerdo mantinha força normal. Não apresentava espasticidade e apresentava pele íntegra com alto risco de UPP (14 pontos na escala de Braden). Doente eupneica em ar ambiente com SpO2 97%.

Após esta avaliação, foram levantados os diagnósticos de enfermagem reais e potenciais conforme quadro seguinte e implementados os respetivos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Diagnósticos reais	Diagnósticos potenciais
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para andar comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer, comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário, comprometida - Capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, comprometida - Equilíbrio corporal comprometido - Capacidade para usar técnica de adaptação para mover-se em cadeira de rodas, comprometida - Movimento muscular diminuído no hemicorpo direito - Pôr-se de pé comprometido - Capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se, comprometida - Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, comprometida - Risco moderado de UPP 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de pé equino - Risco de rigidez articular

Quadro nº 6: Diagnósticos reais e potenciais de enfermagem de reabilitação do doente P2, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015a)

Nesta doente foram realizadas 6 sessões de enfermagem de reabilitação que tiveram início a 01/10, com mobilizações passivas no hemicorpo direito (10 repetições, 1 série) e mobilizações ativas-livres no hemicorpo esquerdo. Ao longo do plano terapêutico também foram realizados exercícios isométricos dos abdominais, glúteos e quadricípites e realizadas atividades terapêuticas como rolar, facilitação cruzada, posicionamento em padrão antiespástico, automobilização dos membros superiores e ponte.

Foi feito levante diário para cadeira de rodas, mantendo a doente equilíbrio estático e dinâmico sentada, mas em ortostatismo sem equilíbrio dinâmico.

Ao dia 04/10 denotou-se melhoria do grau de força no membro inferior direito com 3/5, já sendo possível realizar mobilizações assistidas no hemicorpo direito e manteve as ativas-livres no hemicorpo esquerdo. Apesar da melhoria da força, ainda não conseguia realizar marcha, embora conseguisse manter-se em ortostatismo com ajuda do andarilho. Devido à presença de parésia facial, foram feitos ensinamentos relativos aos exercícios de mímica facial, que a doente treinou.

No dia 08/10 foram aumentadas para 2 séries as mobilizações assistidas no hemicorpo direito e ativas-livres no hemicorpo esquerdo e também foi possível iniciar a terapia de restrição do membro superior esquerdo, mas com dificuldade.

No dia 10/10, verificou-se melhoria da força do membro superior direito, manteve o plano de mobilizações com o acréscimo de mobilizações ativas-resistidas no hemicorpo esquerdo. Denotou-se também melhoria do equilíbrio dinâmico em pé, foi possível iniciar treino de marcha com andarilho.

Durante as 6 sessões de enfermagem de reabilitação manteve-se com sinais vitais estáveis, sem fácies de dor, com as amplitudes articulares dentro dos parâmetros considerados fisiológicos (anexo IX). Uma vez que na avaliação inicial não havia alterações nos graus das amplitudes articulares fisiológicas, as mesmas só voltaram a ser avaliadas no fim do internamento e não se verificaram alterações o que nos permite afirmar que houve manutenção das amplitudes articulares.

A força muscular evoluiu favoravelmente (quadro nº 7), e não desenvolveu espasticidade.

Em termos de risco UPP avaliado através da escala de Braden, a doente tinha risco moderado de desenvolvimento de UPP, (score 14) na admissão e manteve integridade cutânea durante o internamento.

Relativamente ao desempenho das AVD, recorreu-se à escala de MIF (quadro nº 8).

Músculo-chave	Lateralidade	01/ 10	04/ 10	05/ 10	08/ 10	10/ 10	11/ 10
Bicípíte Braquial	Direito	3/5	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor Radial do Carpo	Direito	3/5	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tricípíte	Direito	3/5	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Flexor longo e profundo dos dedos	Direito	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Adutor do 5º dedo	Direito	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Iliopsoas	Direito	2/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5

Músculo-chave	Lateralidade	01/ 10	04/ 10	05/ 10	08/ 10	10/ 10	11/ 10
Quadrícipites	Direito	2/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tibial anterior	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor longo do Hálux	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	2/5	2/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tricípites Sural	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5

Quadro nº 7: Evolução da força dos quatro membros ao longo do internamento – P2

A observação do quadro nº 7, permite afirmar que, globalmente, houve um ligeiro aumento da força muscular em todos os músculos do membro superior direito e em todos do membro inferior direito. Relativamente ao hemicorpo esquerdo, este manteve sempre força de grau 5/5 em todos os segmentos, pelo que se considera força mantida.

No que se refere à evolução da capacidade de autocuidado da doente ao longo do internamento, antes do AVC, a doente era independente em todos os autocuidados. Após o AVC, a capacidade diminuiu com maior expressão no autocuidado alimentação e no controlo da bexiga. Ainda assim, também houve melhoria na maioria dos restantes autocuidados, como o vestir-se, o banho, as transferências e a marcha. Na utilização da sanita, no duche/banheira e nas escadas, não houve evolução, mantendo-se com a pontuação mínima. Nos autocuidados onde apresentava a pontuação máxima manteve a mesma capacidade da avaliação inicial, até à alta (quadro nº 8).

Autocuidados	Antes do AVC	01/ 10	04/ 10	05/ 10	08/ 10	10/ 10	11/ 10
A – Alimentação	7	3	4	5	5	6	6
B – Higiene Pessoal	7	2	3	3	3	3	4
C – Banho (lavar o corpo)	7	2	3	3	3	4	4
D – Vestir metade superior	7	2	3	3	3	3	4
E – Vestir metade inferior	7	1	1	2	2	2	3
F – Utilização da sanita	7	1	1	1	1	1	1
Controlo dos esfíncteres							
G - Bexiga	7	3	4	4	5	5	5
H - Intestinal	7	7	7	7	7	7	7
Mobilidade - Transferências							
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	7	3	3	3	4	4	4
J - Sanita	7	1	1	1	1	1	1
K – Duche / banheira	7	1	1	1	1	1	1
Locomoção							
L – Marcha / cadeira de rodas	7	1	1	1	1	2	2
M – Escadas	7	1	1	1	1	1	1

Autocuidados	Antes do AVC	01/10	04/10	05/10	08/10	10/10	11/10
Comunicação							
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7	7	7	7	7	7
O – Expressão (vocal / não vocal)	7	7	7	7	7	7	7
Consciência do mundo exterior							
P – Interação Social	7	7	7	7	7	7	7
Q – Resolução de problemas	5	4	5	5	6	6	6
R - Memória	7	7	7	7	7	7	7
TOTAL	126	60	66	68	71	74	77

Quadro nº 8: Evolução da capacidade de autocuidado ao longo do internamento – P2

Após 25 dias de internamento, a 12/10 teve alta para domicílio com apoio dos Serviços de Apoio Domiciliário e do filho.

Estudo de caso - P3

Trata-se de uma doente de 85 anos, sexo feminino, viúva, tendo como pessoa significativa a filha, residia num apartamento numa área urbana, tinha o 1º ciclo de escolaridade, aposentada e previamente independente nas suas AVD. Tinha como antecedentes pessoais hipertensão arterial, insuficiência mitral, dislipidémia, obesidade (75kg e 1,55m) e hipotiroidismo. A 29/09 recorreu ao serviço de urgência por apresentar diminuição da força muscular no hemicorpo direito e alteração do discurso. Negou outras queixas como cefaleias, alteração na visão, toracalgia ou alteração do estado de consciência. Realizou Angio-TC CE que não revelou alterações agudas, apenas calcificações ateromatosas nos sífões carotídeos. Perante este resultado, ficou internada para estudo o diagnóstico de AVC sem tradução imagiológica, mantendo hemiparesia direita e disartria. Dois dias depois realizou TC-CE, revelando AVC protuberancial parassagital esquerda e foi transferida para o internamento. Durante o mesmo apresentou melhoria dos défices motores e com potencial de reabilitação, nomeadamente, ao nível da comunicação e treino das AVD (apêndice F).

Ao nível do estado de consciência a doente encontrava-se vígil (com Glasgow de 15), reagiu de modo apropriado a estímulos verbais e dolorosos, orientada autopsíquicamente e alopsíquico. Sem alterações na compreensão, nomeação, repetição, leitura e escrita, todavia ao nível do discurso espontâneo revelou alterações no teste de fonação e

ressonância (disartria). Revelou alterações pontuais no que toca à memória remota. Sem apraxia. Apresentava parésia facial central à direita, com desvio da úvula para o lado esquerdo, com dificuldade em elevar o trapézio direito e com queda da língua para a direita. A coordenação motora foi avaliada através da prova calcanhar-jelho, na qual a doente não conseguiu realizar com o membro inferior direito. No membro inferior esquerdo não tinha alterações.

Apresentava força de grau 2/5 nos músculos proximais e grau 1/5 em todos os segmentos distais dos membros superior e inferior direito (escala de MRC). No hemicorpo esquerdo mantinha força de grau 5/5. Sem espasticidade. A doente também revelou incontinência vesical.

Ao nível das amplitudes articulares verificou-se diminuição da amplitude articular do ombro direito, relativamente à abdução, flexão e extensão, devido à presença de ombro doloroso. A pele estava íntegra e, segundo a escala de Braden, apresentava alto risco de UPP com pontuação de 11. Eupneica a ar ambiente, com SpO2 96%.

Após esta avaliação, foram levantados os diagnósticos reais e potenciais do doente, que se demonstram no quadro seguinte:

Diagnósticos reais	Diagnósticos potenciais
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para andar comprometida - Autocontrolo: continência urinária ineficaz - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer, comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário, comprometida - Capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, comprometida - Comunicação comprometida - Equilíbrio corporal comprometido - Capacidade para usar técnica de adaptação para mover-se em cadeira de rodas, comprometida - Movimento muscular diminuído no hemicorpo direito - Parésia presente na face à direita - Pôr-se de pé comprometido - Capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se, comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de pé equino

Diagnósticos reais	Diagnósticos potenciais
<ul style="list-style-type: none"> - Risco de rigidez articular - Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, comprometida - Risco elevado de UPP 	

Quadro nº 9: Diagnósticos reais e potenciais de enfermagem de reabilitação da doente P3, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015a)

Nesta doente foram realizadas 8 sessões de cuidados de enfermagem de reabilitação, com início a 01/10. Realizaram-se mobilizações passivas no hemicorpo direito e mobilizações ativas-livres no hemicorpo esquerdo (10 repetições, 1 série). Ao longo do plano também foram realizados exercícios isométricos dos abdominais, glúteos e quadricípites. Foram atividades terapêuticas como rolar, facilitação cruzada, posicionamento em padrão antiespástico, automobilização dos membros superiores e ponte.

Foi feito levante diário para cadeira de rodas, uma vez que a doente apresentava equilíbrio estático e dinâmico sentada, mas não apresentava equilíbrio estático nem dinâmico em ortostatismo.

Verificou-se melhoria considerável da dor no ombro, revelando, concomitantemente, melhoria das amplitudes articulares do mesmo. Devido à presença de parésia facial, foram feitos ensinamentos relativos aos exercícios de mímica facial, que a doente treinou.

Após o dia 05/10 também se verificou melhoria da disartria, uma vez que foi incentivada a articular as palavras de forma mais pausada e com o uso da prótese dentária.

A partir do dia 11/10 também se verificou considerável aumento do grau de força em todo o hemicorpo direito, neste momento, também foram aumentadas para 2 séries de mobilizações ativas-assistidas no hemicorpo direito e ativas-resistidas no hemicorpo esquerdo. No dia 18/10 verificou-se nova melhoria na força dos músculos proximais para grau 4/5 e 3/5 nos músculos distais do hemicorpo direito. Esta melhoria da força e das amplitudes articulares foi importante para o treino de AVD, verificando-se um aumento do desempenho nas atividades de higiene, vestir-se e transferências. Paralelamente treinou-se a micção temporizada, tendo evoluído positivamente a partir do dia 11/10 em que após incentivo teve micção espontânea na arrastadeira.

Durante as 8 sessões de cuidados de enfermagem de reabilitação manteve-se com sinais vitais estáveis, apesar de inicialmente apresentar dor no ombro à direita, não foi necessário recorrer a analgesia. A doente revelou melhoria das amplitudes articulares nesta articulação e não desenvolveu espasticidade no hemicorpo direito. A avaliação das amplitudes articulares foi realizada em vários momentos (quadro nº 10), com evolução favorável ao longo do internamento e com maior expressão no ombro, mas também no punho.

A força muscular também foi avaliada em vários momentos e melhorou significativamente em quase todos os músculos. Nos primeiros dias a força dos músculos chaves do hemicorpo direito encontrava-se bastante comprometida, revelando valores de 2/5 nos segmentos mais proximais e grau 1/5 nos distais. Gradualmente, o valor do score foi aumentado ainda que pouco expressivo, sendo mais evidente nos músculos proximais 3/5 e 2/5 nos distais. Na última avaliação, os músculos tricípites, bicípites braquial, quadricípites e tibial anterior obtiveram um aumento do grau de força para 4/5 (quadro nº 11). Quanto aos músculos do hemicorpo esquerdo, estes mantiveram sempre força de grau 5/5. Ao nível do tónus muscular manteve-se sem espasticidade. Foi também avaliado e monitorizado o risco de UPP (através da escala de Braden) e monitorizada a integridade cutânea (quadro nº 12).

Segmen- to articular	Movi- mento	Later- lidade	Grau de movimento					
			01/10	05/10	08/10	11/10	13/10	18/10
Ombro	Abdução 180°	Direito	100°	110°	120°	150°	150°	155°
		Esquerdo	170°	170°	170°	170°	170°	170°
	Adução 0°	Direito	0°	0°	0°	0°	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°	0°	0°	0°	0°
	Flexão 180°	Direito	125°	130°	140°	160°	160°	160°
		Esquerdo	170°	170°	170°	170°	170°	170°
	Extensão 60°	Direito	30°	35°	40°	45°	45°	45°
		Esquerdo	50°	50°	50°	50°	50°	50°
	Rotação interna 50-80°	Direito	*	*	*	*	*	*
		Esquerdo	*	*	*	*	*	*
Rotação externa 90-110°	Direito	*	*	*	*	*	*	
	Esquerdo	*	*	*	*	*	*	
Cotovelo		Direito	155°	155°	155°	155°	155°	155°

Segmento articular	Movimento	Lateralidade	Grau de movimento					
			01/10	05/10	08/10	11/10	13/10	18/10
	Flexão 150-160°	Esquerdo	155°	155°	155°	155°	155°	155°
	Extensão 0°	Direito	0°	0°	0°	0°	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°	0°	0°	0°	0°
Antebraço	Pronação 75°	Direito	75°	75°	75°	75°	75°	75°
		Esquerdo	75°	75°	75°	75°	75°	75°
	Supinação 85°	Direito	80°	80°	80°	85°	85°	85°
		Esquerdo	85°	85°	85°	85°	85°	85°
Punho	Flexão 90°	Direito	85°	85°	85°	90°	90°	90°
		Esquerdo	90°	90°	90°	90°	90°	90°
	Extensão 80°	Direito	75°	75°	75°	80°	80°	80°
		Esquerdo	80°	80°	80°	80°	80°	80°
	Desvio cubital 30°	Direito	30°	30°	30°	30°	30°	30°
		Esquerdo	30°	30°	30°	30°	30°	30°
Desvio radial 15°	Direito	15°	15°	15°	15°	15°	15°	
	Esquerdo	15°	15°	15°	15°	15°	15°	
Bacia	Flexão 120°	Direito	120°	120°	120°	120°	120°	120°
		Esquerdo	120°	120°	120°	120°	120°	120°
	Extensão 20°	Direito	20°	20°	20°	20°	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°	20°	20°	20°	20°
	Abdução 45°	Direito	45°	45°	45°	45°	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°	45°	45°	45°	45°
Adução 60°	Direito	60°	60°	60°	60°	60°	60°	
	Esquerdo	60°	60°	60°	60°	60°	60°	
Joelho	Flexão 140°	Direito	140°	140°	140°	140°	140°	140°
		Esquerdo	140°	140°	140°	140°	140°	140°
	Extensão 0°	Direito	0°	0°	0°	0°	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°	0°	0°	0°	0°
Tornozelo	Flexão 20°	Direito	20°	20°	20°	20°	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°	20°	20°	20°	20°
	Extensão 50°	Direito	50°	50°	50°	50°	50°	50°
		Esquerdo	50°	50°	50°	50°	50°	50°
	Inversão 45°	Direito	45°	45°	45°	45°	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°	45°	45°	45°	45°
Eversão 20°	Direito	20°	20°	20°	20°	20°	20°	
	Esquerdo	20°	20°	20°	20°	20°	20°	

Quadro nº 10: Evolução da amplitude das articulações em graus – P3

Em termos gerais, as amplitudes articulares mantiveram-se sem alterações, ou seja, dentro dos parâmetros fisiológicos, salvo as articulações dos ombros, especialmente do direito, onde inicialmente apresentava uma grande limitação de movimentos devido à dor,

mas que foi recuperado paulatinamente. No momento da alta, apresentava o ombro direito mais funcional e sem queixas de dor.

Músculo-chave	Lateralidade	01/ 10	04/ 10	05/ 10	08/ 10	11/ 10	13/ 10	15/ 10	18/ 10
Bicípíte Braquial	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor Radial do Carpo	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	2/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tricípíte	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Flexor longo e profundo dos dedos	Direito	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Adutor do 5º dedo	Direito	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Iliopsoas	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Quadrícípites	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tibial anterior	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor longo do Hálux	Direito	1/5	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tricípíte Sural	Direito	1/5	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5

Quadro nº 11: Evolução da força dos quatro membros ao longo do internamento – P3

	01/10	18/10
Integridade cutânea	Mantida, sem UPP	Mantida, sem UPP
Risco de UPP – pontuação da Escala de Braden	11	17

Quadro nº 12: Evolução da integridade cutânea e do risco de UPP ao longo do internamento – P3

Na primeira avaliação, a doente apresentava um risco efetivo de desenvolver, UPP enquanto na avaliação final a melhoria da mobilidade permitiu que a doente já não apresentasse risco e manteve a integridade cutânea sem desenvolver nenhuma lesão por pressão.

Relativamente à capacidade de concretização das AVD, embora a doente e família sublinhem a sua independência no desempenho das AVD antes do evento de doença, na primeira avaliação no serviço de internamento, a doente apresentava uma muito baixa, mínima em todos os itens, à exceção da compreensão e da interação social em que

apresentava pontuação máxima. Nos dias seguintes, observou-se uma evolução positiva, gradual, na alimentação (com a mão funcional), e no internamento a doente apenas necessitava de supervisão; no banho e higiene pessoal a doente conseguiu lavar a metade superior do corpo, ainda que de forma rudimentar, com a mão direita. No vestuário foi sempre necessário lembrar e reforçar a sequência correta de vestir/despir e revelou sempre alguma dificuldade especialmente nos membros inferiores. No autocuidado eliminação intestinal, a doente referia vontade em evacuar, mas apresentava urgência só a partir do dia 04/10 é que foi possível a doente controlar o esfíncter e dar tempo de providenciar a arrastadeira. Na eliminação vesical, as terapêuticas iniciais não tiveram sucesso, contudo à data da alta, e durante o dia, a doente conseguia controlar a micção. As transferências foram um aspeto complicado de trabalhar porque, a doente revelava medo. A evolução da capacidade de autocuidado da doente ao longo do internamento está apresentada no quadro nº 13.

Autocuidados	Antes do AVC	01/10	04/10	05/10	08/10	11/10	13/10	15/10	18/10
A – Alimentação	7	1	2	2	3	3	3	4	4
B – Higiene Pessoal	7	1	1	2	2	3	3	3	4
C – Banho (lavar o corpo)	7	1	1	2	2	3	3	3	4
D – Vestir metade superior	7	1	1	2	2	2	3	3	3
E – Vestir metade inferior	7	1	1	1	1	1	1	1	1
F – Utilização da sanita	7	1	1	1	1	1	1	1	1
Controlo dos esfíncteres									
G - Bexiga	7	1	1	1	1	2	3	4	4
H - Intestinal	7	3	4	4	4	4	4	4	4
Mobilidade - Transferências									
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	7	1	1	1	1	2	2	2	2
J - Sanita	7	1	1	1	1	1	1	1	1
K – Duche / banheira	7	1	1	1	1	1	1	1	1
Locomoção									
L – Marcha / cadeira de rodas	7	1	1	1	1	1	1	1	1
M – Escadas	7	1	1	1	1	1	1	1	1
Comunicação									
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7	7	7	7	7	7	7	7
O – Expressão (vocal / não vocal)	7	3	3	4	4	4	4	5	5
Consciência do mundo exterior									
P – Interação Social	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Q – Resolução de problemas	7	1	1	1	1	1	1	1	1
R - Memória	7	5	5	5	5	6	6	6	6
TOTAL	126	38	40	44	45	50	52	55	57

Quadro nº 13: Evolução da capacidade de autocuidado a longo do internamento – P3

A doente esteve internada 20 dias, foi referenciada à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para tipologia de média duração e reabilitação e teve alta para o domicílio com apoio das filhas a aguardar ingresso na RNCCI.

Estudo de caso – P4

Outro doente que integrou o projeto, foi um homem de 78 anos, divorciado, tendo como pessoa significativa a namorada. Residia num apartamento numa área urbana, tinha o 1º ciclo de escolaridade, estava aposentado e previamente independente nas suas AVD. Tinha como antecedentes pessoais hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes *mellitus* tipo II e cirurgia à mão esquerda devido a acidente sofrido na guerra, que afetou os tendões (não soube especificar qual foi a intervenção). A 09/10 recorreu ao serviço de urgência por apresentar parestesias no hemicorpo esquerdo. Realizou TC CE que não revelou alterações agudas e teve alta clínica neste mesmo dia. Quatro dias depois, recorreu novamente ao hospital com um quadro de hemiparesia à esquerda, desequilíbrio e tonturas. Repetiu TC CE que revelou pequena hipodensidade cortical na circunvalação frontal ascendente, sugestiva de lesão isquémica recente, tendo sido transferido para o internamento a 16/10.

Encontrava-se vígil (com Glasgow de 15), reagiu de modo apropriado a estímulos verbais e dolorosos, orientado autopsíquicamente e alopsíquico. Sem alterações na linguagem, nem na memória e sem apraxia. A nível dos pares cranianos destacou-se alterações no nervo facial com parésia facial central à esquerda e desvio da comissura labial para a direita, no nervo espinal teve dificuldade em elevar o trapézio esquerdo, com desvio da úvula para a direita e no hipoglosso com desvio da língua para a esquerda, tinha movimentos da língua diminuídos na protusão e retração, sem acumulação de saliva. Realizou teste de disfagia com recurso à escala de Guss (anexo XI) que revelou disfagia moderada para líquidos. Na coordenação motora avaliada através da prova calcanhar-joelho, a pessoa revelou bastante dificuldade com o membro inferior esquerdo. No inferior direito não tinha alterações.

Apresentava força de grau 4/5 (escala de MRC) nos segmentos proximais do membro superior esquerdo e de grau 2/5 nos segmentos distais. No membro inferior esquerdo não

apresentava alterações. No hemisfério direito mantinha força de grau 5/5. Não apresentava espasticidade, nem alterações ao nível das amplitudes articulares. A pele estava íntegra e apresentava baixo risco de desenvolver UPP (escala de Braden com pontuação 21). Eupneico a ar ambiente, com boas saturações com SpO2 96%. Após esta avaliação, foram levantados os diagnósticos reais e potenciais do doente, que se apresentam no quadro seguinte:

Diagnósticos reais	Diagnósticos potenciais
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para andar com auxiliar de marcha comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber, comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer, comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, comprometida - Capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, comprometida - Deglutição comprometida - Equilíbrio corporal comprometido - Movimento muscular diminuído no hemisfério esquerdo - Parésia presente na face à esquerda - Pôr-se de pé comprometido - Capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se, comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> - Espasticidade em grau reduzido no hemisfério esquerdo - Risco de rigidez articular

Quadro nº 14: Diagnósticos reais e potenciais de enfermagem de reabilitação do doente - P4, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015a)

As sessões de enfermagem tiveram início a 19/10, no total 7, nomeadamente mobilizações ativas-assistidas (10 repetições, 1 série) no hemisfério esquerdo e ativas-livres no hemisfério direito. Foram ensinados e treinados exercícios isométricos dos músculos glúteos, quadríceps e abdominais. Foram realizadas atividades terapêuticas como rolar, posicionamento em padrão antiespástico, ponte e automobilização. O doente apresentava equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé não tinha equilíbrio dinâmico.

Fez levantar para cadeira e conseguiu realizar treino de marcha com andador a médias distâncias, mas verificou-se desequilíbrio no dia 19/10. Alimentou-se autonomamente com a mão direita. Foi incentivado a terapia de restrição do membro com parésia. A dieta foi espessada do modo a tornar a alimentação segura e realizaram-se exercícios dos músculos da face.

Nos dias seguintes, por manter o mesmo grau de força dos vários segmentos, o plano de mobilizações foi aumentado para 2 sessões de 10 séries de mobilizações ativas-assistidas no membro superior esquerdo e foram introduzidas mobilizações ativas-resistidas no hemisfério direito. Manteve treino de marcha com andarilho para médias distâncias, com ligeira melhoria do equilíbrio. Sem alterações ao nível das amplitudes articulares.

No dia 26/10 manteve o mesmo plano de mobilizações, apesar de se ter verificado aumento do grau de força num segmento do membro superior esquerdo. Neste último dia iniciou treino de subir e descer escadas com ajuda total por equilíbrio fácil. Já mais capacitado para se lavar e ir ao sanitário. Feito reforço do ensino e da importância da deglutição segura, bem como da continuação do treino dos músculos da face.

O doente esteve internado 15 dias, ao fim dos quais revelou melhoria dos défices motores e com potencial de reabilitação, nomeadamente, ao nível da deglutição e treino das AVD (apêndice G). Teve alta para domicílio, a aguardar avaliação pela terapia da fala e continuação de Medicina Física e Reabilitação iniciada no internamento.

Durante as 7 sessões de enfermagem de reabilitação manteve-se com sinais vitais estáveis, sem fácies de dor, com as amplitudes articulares dentro dos parâmetros considerados fisiológicos (anexo IX) mantendo as amplitudes articulares durante o internamento e sem espasticidade no hemisfério esquerdo. A força muscular foi avaliada de acordo com a escala de MRC (quadro nº 15). Adicionalmente também foi avaliado o tônus muscular não se verificando alterações.

A avaliação do risco de UPP foi realizada através da escala de Braden, assim como também foi monitorizada a integridade cutânea não apresentando risco de desenvolver UPP (score de 21).

Relativamente à capacidade de concretizar as AVD, antes do evento doença o doente era independente em todos os seus autocuidados ainda que tenha vindo a evoluir positivamente conforme as várias avaliações pela escala de MIF (quadro nº 16). Manteve dependência modificada (assistência até 75% da tarefa) até ao dia 23/10, posteriormente progrediu para independência completa.

Músculo-chave	Lateralidade	19/ 10	20/ 10	21/ 10	22/ 10	23/ 10	25/ 10	26/ 10
Bicípites Braquiais	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
Extensor Radial do Carpo	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5
Tricípites	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
Flexor longo e profundo dos dedos	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	3/5
Adutor do 5º dedo	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	3/5
Iliopsoas	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Quadrícipites	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tibial anterior	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor longo do Hálux	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tricípites Sural	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5

Quadro nº 15: Evolução da força dos quatro membros ao longo do internamento – P4

Autocuidados	Antes do AVC	19/ 10	20/ 10	21/ 10	22/ 10	23/ 10	25/ 10	26/ 10
A – Alimentação	7	6	6	6	7	7	7	7
B – Higiene Pessoal	7	4	4	4	4	5	6	6
C – Banho (lavar o corpo)	7	4	4	4	4	4	5	6
D – Vestir metade superior	7	4	4	4	4	4	4	5
E – Vestir metade inferior	7	4	4	4	4	4	4	5
F – Utilização da sanita	7	5	5	5	6	6	7	7
Controlo dos esfíncteres								
G - Bexiga	7	7	7	7	7	7	7	7
H - Intestinal	7	7	7	7	7	7	7	7
Mobilidade - Transferências								
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	7	7	7	7	7	7	7	7
J - Sanita	7	7	7	7	7	7	7	7
K – Duche / banheira	7	4	4	4	4	4	4	5
Locomoção								
L – Marcha / cadeira de rodas	7	3	4	4	5	5	5	5
M – Escadas	7	2	2	2	2	2	2	3
Comunicação								
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7	7	7	7	7	7	7
O – Expressão (vocal / não vocal)	7	7	7	7	7	7	7	7
Consciência do mundo exterior								
P – Interação Social	7	7	7	7	7	7	7	7
Q – Resolução de problemas	7	5	5	5	5	5	5	5

Autocuidados	Antes do AVC	19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	25/10	26/10
R - Memória	7	6	6	6	6	6	6	6
TOTAL	126	96	97	97	100	101	104	109

Quadro nº 16: Evolução da capacidade de autocuidado a longo do internamento – P4

Estudo de caso – P5

O último doente que integrou o projeto era do sexo masculino, 85 anos, casado, cuja pessoa significativa era a esposa. Residia num apartamento numa área urbana, tinha o 1º ciclo de escolaridade, era aposentado e previamente independente nas suas AVD. Tinha como antecedentes pessoais fibrilhação auricular, hipertensão arterial, dislipidémia, status-pós enfarte agudo do miocárdio e doença pulmonar obstrutiva crónica. Dia 26/10 recorreu ao serviço de urgência por início súbito de dispneia na sequência de crise hipertensiva. Na admissão estava vígil (Glasgow de 15), consciente e orientado autopsíquicamente e alopsíquicamente. Estava polipneico com cianose labial e ungueal, com SpO₂ 86% e apirético. Apresentava hipertensão e taquicardia. A auscultação pulmonar revelou murmúrio vesicular rude com tempo expiratório prolongado. A nível analítico apresentava leucocitose, aumento da proteína C reativa, da ureia, creatinina e troponina; a nível gasimétrico (sob administração de oxigénio a 4l/min) apresentava pH 7.262, pCO₂ 51.3 mmHg, pO₂ 87.5 mmHg SpO₂ 95%, potássio 4.7, lactato 1.5 mmol/L, HCO₃ 20.7 mmol/L. Depois de realizar eletrocardiograma e radiografia tórax concluiu-se que o doente apresentava cardiomegália e infiltrado pulmonar bilateral compatível com estase cardíaca. Após estabilização foi transferido para o internamento no qual apresentou diversas intercorrências, entre elas, fibrilhação auricular.

Uma vez estabilizado das intercorrências iniciou acompanhamento por fisioterapia a nível motor e pela enfermagem de reabilitação a nível motor e respiratório, nesta altura já sem aporte adicional de oxigénio. Apresentava pele íntegra, sem risco de UPP (pontuação de 20 na escala de Braden). Após esta avaliação, foram levantados os diagnósticos reais e potenciais do doente, que se demonstram no quadro seguinte:

Diagnósticos reais	Diagnósticos potenciais
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para andar com auxiliar de marcha comprometida - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, comprometida - Capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, comprometida - Equilíbrio corporal comprometido - Expetorar ineficaz em grau moderado - Intolerância à atividade - Limpeza das vias aéreas ineficaz - Movimento muscular diminuído nos membros inferiores - Pôr-se de pé comprometido - Ventilação comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de pé equino - Risco de rigidez articular

Quadro nº 17: Diagnósticos reais e potenciais de enfermagem de reabilitação do doente - P5, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015a)

Realizaram-se com este doente 8 sessões de enfermagem de reabilitação. Por apresentar força de grau 5/5 (na escala de MRC) nos segmentos dos membros superiores e grau 3/5 nos inferiores, realizaram-se mobilizações (1 série, 10 repetições) ativas-livres nos membros superiores e ativas-assistidas nos inferiores, sempre de acordo com a sua tolerância ao esforço, bem como exercicios isométricos dos músculos abdominais, glúteos e quadricípites em todas as sessões.

A partir do dia 3 denotou-se aumento do grau de força dos membros inferiores para 4/5, pelo que iniciou mobilizações ativas-livres, 2 series de 10 repetições. Realizou exercícos de fortalecimento muscular dos membros superiores com alteres de 0,5kg (apenas 5 repetições) e só nos últimos dias de internamento.

Ao longo do internamento revelou melhoria funcional, não só a nível motor, como na maior tolerância ao esforço e com conseqüente melhoria do desempenho nas suas AVD.

No que respeita à reeducação funcional respiratória, o plano de cuidados incluiu a dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática (com mão e peso de 0,5kg), reeducação costal global com bastão, automobilização e abdução dos membros superiores, reeducação costal seletiva, também foram usadas as manobras acessórias (compressões, vibrações e percussões), de modo a mobilizar as secreções, realizou inspirómetro de incentivo (apenas tolerava volumes de 500ml). Foi realizada

também drenagem postural modificada apenas em alguns segmentos e foi feito o ensino da tosse assistida e dirigida para realizar no fim da sessão.

Foram ainda realizados ensinamentos relativamente às posições de descanso e relaxamento (no leito, sentado e em ortostatismo), bem como relativamente à inaloterapia com câmara expansora.

Também realizou levante diário e treino de marcha com andarilho, sendo que nos últimos dias já conseguia percorrer maiores distâncias (corredor do serviço), relevando ainda cansaço para médios esforços.

A nível da eliminação, no início do internamento esteve com sonda vesical, que posteriormente foi removida, foi incentivado a usar o urinol e/ou o sanitário, que cumpriu. A nível intestinal, nunca revelou alterações, sendo que fazia uso da arrastadeira numa fase inicial, e posteriormente, do sanitário.

Ao longo do internamento não verbalizou queixas álgicas e manteve-se com sinais vitais dentro dos parâmetros normais, com cansaço a médios esforços, essencialmente durante a deambulação com andarilho.

No que se refere à capacidade funcional, avaliada pelo desempenho das AVD nos últimos dias revelou capacidade para se lavar na metade superior do corpo e de se vestir por maior tolerância ao esforço.

Durante as 8 sessões de cuidados de enfermagem de reabilitação manteve-se com sinais vitais estáveis, com as amplitudes articulares dentro dos parâmetros considerados fisiológicos (anexo IX). Uma vez que na avaliação inicial se verificou que não havia alterações nos graus das amplitudes articulares fisiológicas, as mesmas só voltaram a ser avaliadas no fim do internamento, verificando-se que o doente manteve as amplitudes articulares, apesar da inatividade de muitos dias.

A força muscular foi avaliada e reavaliada de acordo com a escala de MRC (quadro nº 18). O doente manteve em 5/5, nos membros superiores, porém nos membros inferiores nas duas primeiras avaliações apresentava força de 3/5, tendo evoluído positivamente para 4/5, mantendo-se até à alta.

A avaliação do risco de UPP foi avaliada também de acordo com as sugestões da Direção-Geral da Saúde e o risco de UPP não se modificou (score de 20), ou seja, sem risco de desenvolver UPP e sem alterações na integridade cutânea.

Em relação ao desempenho das AVD (quadro nº 19), ainda que pouco expressiva os ganhos mais evidentes foram nos autocuidados banho, vestir-se, uso da sanita e na marcha e transferências. No que se refere à atividade uso de escadas, a pontuação de 1, foi atribuída porque não foi possível realizar esta tarefa no internamento. Quanto à comunicação e consciência do mundo exterior denota-se a pontuação máxima ao longo do internamento, à exceção da resolução de problemas devido à condicionante da permanência no hospital.

O doente teve alta para domicílio com apoio da esposa e da filha, após reforço dos ensinamentos relativamente à inaloterapia, posições de conforto e relaxamento e manutenção das capacidades funcionais. Também foi incentivado o reforço hídrico para facilitar a mobilização das secreções.

Músculo-chave	Lateralidade	24/ 11	25/ 11	26/ 11	02/ 12	03/ 12	04/ 12	05/ 12	06/ 12
Bicípíte Braquial	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor Radial do Carpo	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tricípíte	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Flexor longo e profundo dos dedos	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Adutor do 5º dedo	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Iliopsoas	Direito	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Quadricípites	Direito	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
	Esquerdo	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
Tibial anterior	Direito	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
	Esquerdo	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
Extensor longo do Hálux	Direito	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
	Esquerdo	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
Tricípíte Sural	Direito	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
	Esquerdo	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5

Quadro nº 18: Evolução da força dos quatro membros ao longo do internamento – P5

Autocuidados	24/ 11	25/ 11	26/ 11	02/ 12	03/ 12	04/ 12	05/ 12	06/ 12
A – Alimentação	7	7	7	7	7	7	7	7
B – Higiene Pessoal	3	3	3	4	4	4	4	4
C – Banho (lavar o corpo)	3	3	3	4	4	4	4	4
D – Vestir metade superior	4	4	4	5	5	6	6	6
E – Vestir metade inferior	3	3	3	4	4	4	4	4
F – Utilização da sanita	3	3	3	4	4	4	5	5
Controlo dos esfíncteres								
G - Bexiga	7	7	7	7	7	7	7	7
H - Intestinal	7	7	7	7	7	7	7	7
Mobilidade - Transferências								
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	7	7	7	7	7	7	7	7
J - Sanita	7	7	7	7	7	7	7	7
K – Duche / banheira	3	3	3	4	4	4	4	4
Locomoção								
L – Marcha / cadeira de rodas	3	3	3	3	3	4	4	5
M – Escadas	1	1	1	1	1	1	1	1
Comunicação								
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7	7	7	7	7	7	7
O – Expressão (vocal / não vocal)	7	7	7	7	7	7	7	7
Consciência do mundo exterior								
P – Interação Social	7	7	7	7	7	7	7	7
Q – Resolução de problemas	6	6	6	6	6	6	6	6
R - Memória	7	7	7	7	7	7	7	7
TOTAL	92	92	92	98	98	100	101	102

Quadro nº 19: Evolução da capacidade de autocuidado a longo do internamento – P5

5.3 Síntese dos casos

De acordo com o exposto, os 5 doentes que integraram o projeto de intervenção obtiveram ganhos em saúde, porque tiveram uma evolução positiva no desempenho das AVD e por isso também melhor independência funcional, ainda que variável de doente para doente, tal como o gráfico nº 1 permite observar.

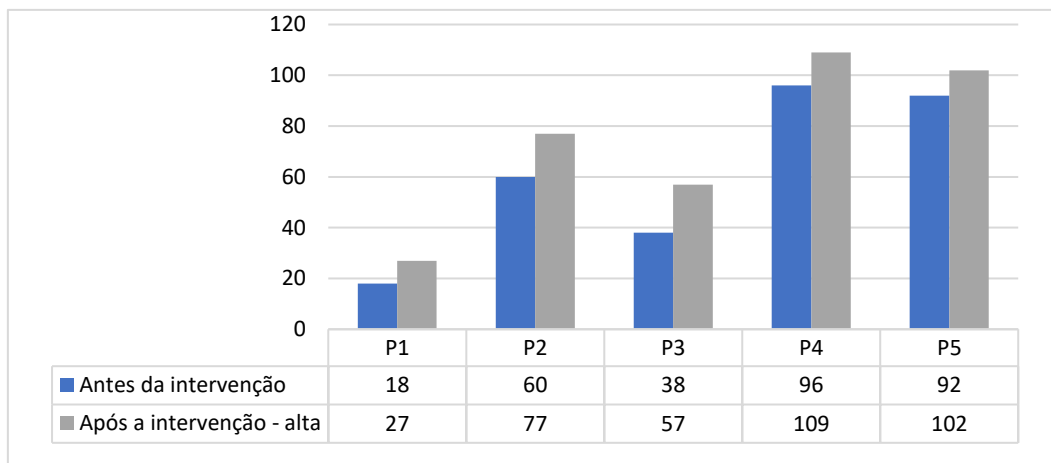


Gráfico n° 1: Evolução do desempenho das AVD, traduzido em níveis de dependência

Legenda: Dependência completa 18 pontos; Dependência modificada (assistência até 50% da tarefa) 19-60 pontos; Dependência modificada (assistência até 75% da tarefa) 61-103 pontos; Independência completa 104-126 pontos (Direcção-Geral da Saúde, 2011a)

Podemos afirmar também que o aumento do grau de força muscular, conseguido nos doentes e a manutenção das amplitudes articulares (à exceção da P3), bem como o não aparecimento de espasticidade, nos doentes com problemas neurológicos e ainda a manutenção da integridade cutânea, contribuíram para os ganhos funcionais, não descartando a importância do ensino e treino de várias atividades terapêuticas, como o posicionamento em padrão antiespástico, a ponte, a facilitação cruzada, a terapia de restrição do membro com força mantida, ao levantar e ao treino de marcha.

5.4 Discussão dos casos

O processo de reflexão acerca das práticas, ou seja, das intervenções realizadas com os doentes e dos ganhos obtidos em consonância com os resultados esperados, é fundamental em enfermagem. De acordo com Ventura, Martins, Trindade e Ribeiro (2021), a conceção, a organização e a implementação das intervenções, são a forma dos profissionais de enfermagem mostrarem a sua importância e contributo para a sociedade.

Relativamente ao diagnóstico de espasticidade, nenhum dos doentes com o diagnóstico de AVC desenvolveu este problema, embora se saiba que no caso das pessoas com AVC, o hemicorpo afetado apresenta um estado de flacidez inicial, sem qualquer movimento voluntário, com hipotonia, geralmente durante as primeiras semanas, mas pode durar apenas horas ou dias. É frequente após o quadro de hipotonia, surgir um quadro de hipertonia, ou seja, espasticidade caso não sejam tomadas medidas ou cuidados para que isto não aconteça. Caso a espasticidade não seja prevenida, pode surgir uma postura designada de Wernicke-Mann na qual os músculos flexores do membro superior e extensores do membro inferior são os mais acometidos (Araújo et al., 2021; Menoita, 2012). As intervenções de enfermagem de reabilitação têm como objetivo prevenir o aparecimento de padrões anormais de movimento devido ao tónus anormal, assim como evitar as compensações com o lado afetado, isto porque além de não estimular este hemicorpo, provoca o agravamento da espasticidade que foi prevenida com as intervenções implementadas. De acordo com Bavikatte, Subramanian, Ashford, Allison e Hicklin (2021), a intervenção e tratamento precoces na prevenção da espasticidade pós-AVC deve-se assumir como uma prioridade e ser incluída nos planos de reabilitação, porque as mobilizações têm um efeito positivo na prevenção da espasticidade (Sabbah, Mously, Elgendy, Farag, & Elwishy, 2020).

A espasticidade também está implicada ou contribui para a formação de contraturas musculares. A perda de movimento ao longo do tempo devido ao encurtamento anormal das estruturas dos tecidos moles, restringe a mobilidade articular levando à dor (Bavikatte et al., 2021). De salientar que na doente P3, numa fase inicial, apresentava limitação nos movimentos do ombro direito, traduzindo-se na diminuição das amplitudes articulares do mesmo nos movimentos de flexão, extensão e abdução. Porém, a intervenção precoce não só através da realização de mobilizações, como de todo o conjunto das restantes terapêuticas de enfermagem, este foi revertendo gradualmente, tanto pela ausência de espasticidade, como pelo aumento das amplitudes articulares.

Quanto à rigidez articular, como já foi referido, apenas a doente P3 apresentava comprometimento visível e documentado na articulação do ombro direito, porém com o plano instituído foi possível diminuir este problema paulatinamente até ao momento da alta, mostrando resultados positivos. Nos restantes doentes, ao longo do internamento não se verificou a ocorrência de rigidez articular, pelo que se verifica que o resultado esperado

foi alcançado. Um estudo conduzido por Beliz et al. (2020) revelou também o benefício das mobilizações e a sua importância para prevenir a diminuição das amplitudes articulares, demonstrando assim que os cuidados de enfermagem de reabilitação são fundamentais sobretudo em doentes que se encontram em situação de imobilidade no leito.

No que se refere ao aumento da força muscular, conseguido em todos os doentes, embora nos doentes P1 e P4 tenha sido mais discreto, na doente P3 este ganho foi mais expressivo ao nível do membro superior direito. Segundo Menoita (2012), mesmo nos doentes que apresentem hemiplegia, é crucial iniciar-se o plano de mobilizações passivas, uma vez que, para além de inibirem a espasticidade, promove o estímulo proprioceptivo, aumenta o fluxo sanguíneo cerebral no córtex sensoriomotor, o que pode beneficiar favoravelmente o retorno do controlo motor voluntário. As mobilizações articulares são usadas para melhorar a amplitude de movimento, diminuir a rigidez articular, diminuir a dor e melhorar as funções, uma vez que após o AVC podem ocorrer contraturas (Sabbah et al., 2020). A mobilidade precoce, como o plano de mobilizações passivas e ativas-assistidas, são fundamentais no ganho de força muscular e, conseqüentemente, nos ganhos funcionais (Arienti et al., 2020; Eggmann et al., 2018; Ferreira et al., 2016). Assim, a reabilitação precoce é imprescindível para prevenir a fraqueza muscular e as complicações associadas à imobilidade em doentes com o diagnóstico de AVC (Oyanagi et al., 2021).

Também é importante salientar que, no caso dos doentes com o diagnóstico de AVC, não houve perda de força muscular no hemicorpo não afetado. Conforme refere Menoita (2012), o lado menos afetado não se deve ignorar de modo a prevenir problemas osteoarticulares. Além disso os movimentos/mobilizações bilaterais também podem promover a neuroplasticidade.

Em relação à capacitação para as AVD, globalmente todos os doentes evoluíram de forma favorável. O doente P1 foi o único que inicialmente revelou dependência completa, mas que conseguiu evoluir para um estado de dependência modificada. Também o doente P4 evoluiu significativamente e teve alta já considerado independente nos autocuidados. Os restantes doentes apesar de também terem evoluído favoravelmente, mantiveram-se em graus de dependência modificada. Atente-se ao fato que a mobilização e o levante

precoce assumem-se como pilares para a capacitação para as AVD. Isto vai ao encontro do que referem Shimogai, Izawa, Kawada e Kuriyama (2019), em que a mobilização e levante precoces são preponderantes na capacitação para as AVD. No caso do doente P5, o único com patologia aguda do foro respiratório e cardíaco, o treino motor associado aos exercícios de reeducação funcional respiratória demonstraram-se eficazes na melhoria da força, na manutenção das amplitudes articulares, na funcionalidade e na tolerância ao esforço. De acordo com Kakutani et al. (2019), o programa de mobilização progressiva nos doentes com patologia aguda do foro cardíaco é viável e associa-se a uma melhor capacitação para as AVD e consequente uma evolução favorável do quadro clínico. Para Gomes e Ferreira (2017), o treino das AVD, bem como das técnicas de gestão de energia, permitem ao doente realizar as suas AVD com menor dispêndio de energia, e caso seja necessário, prescrever produtos de apoio. Ainda de acordo com os mesmos autores, as técnicas de reeducação funcional respiratória só são importantes se forem complementadas por exercícios de fortalecimento muscular e gestão da terapêutica.

Ainda sobre a capacitação para as AVD, ressalva-se a importância do treino de marcha com o andarilho nos doentes P2, P4 e P5 que conseguiram realizá-lo durante o internamento, vindo a revelar ganhos funcionais. Tal como referem Woo et al. (2021), que afirmam que esta atividade em doentes com comprometimento da mobilidade, considera-se que tem o potencial para aumentar a recuperação funcional e o seu prognóstico.

Face ao exposto, reforçamos a importância da mobilização precoce, a sua intensidade e frequência, que deverão ser introduzidas nos cuidados de enfermagem de reabilitação, de acordo com as particularidades de cada doente para que possam ter tradução nos resultados obtidos para os doentes, e nesses resultados estão uma maior participação dos doentes nas suas AVD (Azevedo et al., 2019; Reis et al., 2021). Além disto, nos contextos de doença aguda, como aquele em que decorreu o estágio, há evidências que a reabilitação tem efeitos muito positivos na melhoria da funcionalidade, no sentido de promover a autonomia e autoconfiança dos doentes (Kannisto et al., 2021).

Assim, conclui-se que os resultados obtidos foram ao encontro dos descritos na literatura, uma vez que a mobilização precoce se mostra eficaz na capacitação e maximização da funcionalidade dos doentes. Todos os doentes obtiveram ganhos em

saúde, pese embora, o ganho de força muscular não tenha sido tão evidente em todos, o que vai ao encontro ao que defendem Araújo et al. (2021), em que o enfoque da reabilitação, na fase inicial, é a prevenção de complicações, quer sejam as contraturas, encurtamentos musculotendinosos ou mesmo as UPP, pelo que se torna imprescindível os posicionamentos em padrão antiespástico e a mobilização para a manutenção da amplitude de movimento. Kitaji, Harashima e Miyano (2020), também referem que a reabilitação ao doente na fase aguda do AVC é realizada para facilitar a recuperação e prevenir complicações. Além disso, a mobilização precoce contraria os efeitos adversos do repouso prolongado no leito principalmente no sistema musculoesquelético (Riberhol, et al., 2020). Também podemos concluir tal como Fu, Song, Wang, Ping e Dong (2020), que a enfermagem de reabilitação poderá restaurar a função dos membros, minimizar a incapacidade, reduzir complicações, promovendo a recuperação da função motora e capacitar para as AVD.

Assim, concluímos que nos doentes cuidados a transição saúde-doença foi favorável, demonstrada pela melhor capacitação para concretizar as AVD, a sensação de satisfação e de integridade pessoal verbalizada pelos mesmos.

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo desta jornada foram mobilizados e adquiridos diversos conhecimentos que permitiram que fossem alcançadas competências que serão explanadas neste capítulo. A aquisição de competências iniciou-se na componente teórica do curso e foi consolidada, posta em prática e aperfeiçoada em contexto clínico, mediante a supervisão de um enfermeiro especialista.

Segundo Nogueira e

Cunha (2021), a competência é definida como a prática do que se sabe em um determinado contexto e na qual são mobilizados conhecimentos em diversas situações. Considera-se a competência como um saber em que a pessoa age de forma responsável perante uma situação, num determinado contexto profissional (Amaral, & Figueiredo, 2021).

O desenvolvimento de competências não só ao nível da gestão clínica e organizacional, como também na prática dos cuidados, tem permitido aos enfermeiros o desenvolvimento científico, refletindo-se na evolução das ciências da saúde (Cantante et al., 2020).

Este desenvolvimento desenrola-se por meio da experiência clínica e da maturidade na profissão, na medida em que quanto mais desenvolvido se é, mais perto se encontra do nível de perito, que é aquele que tem conhecimento profundo acerca de um determinado domínio, de acordo com o descrito pelo modelo de Benner de iniciado a perito (Nunes, 2018).

Sendo que o exercício profissional regulado pela Ordem dos Enfermeiros, desde 1998, O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), explanado no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, refere no capítulo II, artigo 4º, que o “enfermeiro especialista é o enfermeiro (...) a quem foi atribuído um título profissional” a quem é

reconhecido competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados além dos cuidados gerais (Decreto-Lei nº 161/96, p. 2960).

Posto isto, neste capítulo serão abordadas as atividades desenvolvidas para aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e, por fim, as competências de Mestre, dando ênfase aos respectivos domínios e tendo como alicerce a respetiva legislação: Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio e Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro.

6.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o explicitado no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros, secção II artigo 3º alínea a), as competências comuns “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (...)” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

Nas competências comuns do Enfermeiro Especialista existem quatro domínios e que são: responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Tendo como base o regulamento já mencionado, este domínio é suposto que os enfermeiros especialistas desenvolvam “uma prática profissional, ética e legal (...) agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

O primeiro contato com este domínio surgiu na Unidade Curricular (UC) de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, lecionada no primeiro ano do curso, todavia, a sua pertinência foi lembrada (e aplicada) ao longo da jornada que deu origem a este relatório e, mais precisamente, em contexto de estágio. Esta UC serviu para reforçar as bases éticas e deontológicas fundamentais que regem a profissão de enfermagem. Saber cuidar do outro também é respeitá-lo como um todo, com os seus valores, princípios e dignidade.

O exercício profissional do enfermeiro especialista rege-se por uma constante reflexão sobre como se cuida da pessoa, de acordo com a sua autodeterminação, dignidade e os seus direitos. No que concerne à dignidade, esta deve ser assegurada não só para a pessoa alvo dos cuidados, como no enfermeiro, na medida em que este deve assegurar a dignidade e respeito pela profissão e pessoal, bem como os seus valores. A ética ao nível dos cuidados de enfermagem media a relação entre a pessoa cuidada/família e o enfermeiro (Deodato, 2017).

A deontologia de enfermagem corresponde a um instrumento que fundamenta o agir, que inclui várias dimensões e áreas de prestação de cuidados. Dela fazem parte as disposições legais, assim como a obrigatoriedade jurídica das leis do país. Este instrumento regulamenta, fundamenta e dirige o melhor agir profissional, seja ao nível das decisões como dos atos (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

No que concerne ao projeto implementado durante o estágio final, este teve como base a intervenção na prevenção das complicações músculo-esqueléticas decorrentes da imobilidade, em contexto de doença aguda, sendo que, apesar da vertente aparentemente mais prática, a deontologia profissional assim com a ética, alicerçaram-se na prestação de cuidados que decorreu da implementação do projeto e ambas tiveram uma relação íntima indissociável na nossa praxis. Foram assegurados os princípios éticos, e foram garantidos os direitos dos participantes do projeto, através da informação disponibilizada sobre o objetivo do mesmo, a garantia do anonimato, da privacidade e da confidencialidade e a garantia de que a informação colhida seria usada apenas para o desenvolvimento do presente projeto. Foi também garantido aos participantes que se podiam sentir livres de abandonar o projeto em qualquer momento. Antes de iniciar este processo os sujeitos tiveram acesso ao consentimento informado, livre e esclarecido, sendo que ficou um

exemplar conosco e outro com o participante. Foi através do consentimento informado que os participantes ou representante legal foram esclarecidos acerca da problemática do programa e dos resultados esperados. Assim, deu-se resposta ao emanado pela Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia na qual, no domínio da medicina e da biologia, devem ser respeitados e assegurados o consentimento livre e esclarecido da pessoa (Parlamento Europeu, 2000, p. 394).

Quanto à proteção dos dados, foram tratados de acordo com o que está legislado, nomeadamente no nº 1 do artigo 3º da Lei nº 12/2005, relativamente à propriedade da informação de saúde, em que se declara que a informação clínica registada, os “resultados de análises e outros exames subsidiários”, bem como, “as intervenções e os diagnósticos são propriedade da pessoa (...)” (Lei nº 12/2005, p. 1), tornando-se importante que quem trata a informação de saúde aja de forma a “tomar providências adequadas à proteção da sua confidencialidade e segurança das instalações e equipamentos e controlo no acesso à informação” (Lei nº 12/2005, p. 2) como refere o nº 4 do artigo 4º da mesma lei.

Adicionalmente, o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados do Parlamento Europeu, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais também reforça que estes deverão ser “objeto de um tratamento lícito, leal e transparente (...)” e ser “recolhidos para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (...)” (Regulamento (UE) 2016/679, p. 35).

Antes de implementar e divulgar os resultados do projeto, este teve uma aprovação pelas comissões de ética da Universidade de Évora e do hospital, para que a investigação decorresse de forma legal.

Relativamente à pessoa ou representante legal, houve um consentimento livre e esclarecido prévio. Neste consentimento e ao longo de todo o processo, foram sempre assegurados os valores, os princípios, a autodeterminação, a dignidade e reforçado que, a qualquer momento, caso fosse a sua vontade, poderia abandonar o projeto sem qualquer consequência.

Sendo a confidencialidade e a privacidade outros dos princípios éticos, os participantes foram informados que, no decurso da investigação e na divulgação dos

resultados, a sua identidade foi preservada e garantido o seu anonimado. Assim, para facilitar a distinção entre os participantes, estes foram nomeados como P1, P2, P3, P4 e P5. A confidencialidade e o anonimato da instituição onde se desenrolou o projeto também foi garantida, conforme indicação dos docentes do mestrado.

Ao longo da jornada, também foi sempre garantida a dignidade enquanto profissional de enfermagem, e acima de tudo, enquanto pessoa.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio contempla as seguintes competências: “o enfermeiro especialista garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais (...); da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745). De acordo com Casimiro (2015). A qualidade em saúde está diretamente relacionada com a prática profissional, não só ao nível dos processos, como dos resultados, com a gestão organizacional e segurança do utente e dos cuidados, que é obtida através da Certificação e/ou Acreditação. A implementação de projeto, na medida em que contribuiu para melhores resultados na saúde dos doentes, contribuiu para a melhoria contínua da qualidade da prestação dos cuidados. O conceito de qualidade e as estratégias para sua obtenção, têm sido modificados ao longo do tempo, nas quais se vão adicionando novos significados. Contudo num trabalho que é desenvolvido de forma multiprofissional, tanto enfermeiros como os outros profissionais de saúde, contribuem para obter a qualidade em saúde (Martins, Gonçalves, Ribeiro, & Tronchin, 2016).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012), a necessidade de implementação de padrões de qualidade é assumida formalmente, não só pela Organização Mundial da Saúde, como pelo Conselho Internacional de Enfermeiros e pelo Conselho Nacional da Qualidade, pelo que, cabe aos Conselhos de Enfermagem Regionais zelar pela garantia dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem no sentido de que o exercício profissional de enfermagem decorra ao nível dos mais elevados padrões de qualidade. A Ordem dos Enfermeiros sublinha ainda que as instituições de saúde devem “adequar os

recursos e as estruturas de modo a tornarem possível o desenvolvimento profissional dos enfermeiros” e que os modelos de autocuidado e das transições se revelam “estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade” das práticas de cuidados (Regulamento n.º 350/2015, p. 16656), razão pela qual também foram escolhidos para nortear o projeto de intervenção.

A reabilitação assenta na capacitação do doente e família, procurando o bem-estar, a inclusão social e a promoção da independência funcional. Sendo o EEER detentor de conhecimentos especializados, torna-se, então, um pilar no planeamento, conceção e implementação de programas de reabilitação (Pestana, 2017).

Ainda relativamente à componente letiva do mestrado, várias UCs contribuíram para o desenvolvimento desta competência e que também foram fundamentais para realizar uma formação em serviço, durante o estágio final, subordinada ao tema *Posicionamento da pessoa com AVC* (apêndice H). Para Relvas (2018), a formação em serviço permite o desenvolvimento pessoal e profissional, garantindo a aprendizagem ou aperfeiçoar conhecimentos e competências que se refletem também na prática.

Para concretização desta formação, foi elaborado o diagnóstico de situação, de acordo com a análise SWOT e foi identificada a necessidade de conhecimentos da equipa nesta área. Após a realização da atividade formativa e a respetiva avaliação, a apreciação global da formação foi bastante positiva, não só ao nível do *feedback* informal, como na avaliação das respostas do questionário.

Ainda dentro das competências formativas, realizamos também três folhetos informativos, que se encontram-se inseridos nos planos de cuidados (para o doente e/ou cuidador), acerca da reeducação dos músculos da face, cuidados a ter na pessoa com alteração na deglutição e posicionamentos no leito na pessoa após AVC. A elaboração destes folhetos partiu das lacunas existentes no serviço acerca deste material educativo.

Em contexto de estágio, houve um contato privilegiado com diversos programas de melhoria contínua da qualidade, não só ao nível da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, como de auditorias internas, como no reporte à plataforma do risco, acerca de incidentes críticos. Ainda dentro do campo da prevenção das infeções

associadas aos cuidados de saúde, houve um estreito contato com o Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), relativamente à gestão dos cuidados (periodicidade das colheitas de espécimes) e organização do serviço nos casos de necessidade de isolamento de contato ou gotículas. Neste campo também foi possível supervisionar as atividades realizadas pelas assistentes operacionais, quanto à desinfeção de superfícies e das unidades. Na mesma medida, também foi supervisionado o trabalho da equipa quanto à prevenção da infeção e da contaminação cruzada, elucidando quais as melhores práticas e recomendações.

Domínio da gestão dos cuidados

Neste domínio é suposto que o enfermeiro especialista seja capaz de gerir os cuidados de enfermagem “otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, que seja capaz de adaptar “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

Leite (2018) sublinha que a gestão em enfermagem se classifica atualmente como complexa, não somente pelo aumento das necessidades dos doentes e das prerrogativas dos profissionais de enfermagem, como também pelas restrições orçamentais e pelo dever de assegurar a qualidade de cuidados. Os enfermeiros devem, além de prestarem cuidados, possuir responsabilidades do foro da gestão, da liderança, da negociação, da coordenação de modo a garantir a continuidade dos cuidados (Ferreira, Bueno, & Lomba, 2021).

De acordo com Santos (2021), também cabe ao EEER a criação e implementação de protocolos de atuação por parte dos restantes enfermeiros da equipa, como também na capacitação da família. Assim, a sua intervenção passa também pelo ensino e capacitação para o autocuidado.

O primeiro contato com este domínio teve lugar na UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica, na qual foram lecionados conteúdos ao nível da gestão dos cuidados, na otimização dos cuidados de enfermagem e da equipa em tempo útil e na segurança das

tarefas delegadas. Em contexto de estágio houve necessidade, em alguns momentos, de encorajar e motivar a equipa nas situações mais delicadas, assim como na gestão em situações críticas e geradoras de crise. Neste campo também se insere o fator de adaptar as situações e os cuidados aos elementos mais novos. Além disso, o trabalho em equipa é fundamental para dar uma melhor resposta aos cuidados, proporcionar um melhor ambiente laboral e evitar a erosão da equipa. Segundo Santos (2021), é crucial a existência de um líder que facilite o diálogo e as relações interprofissionais, a gestão dos conflitos e das emoções e a coordenação das tarefas. No contexto onde desenvolvemos o estágio tivemos oportunidade de colaborar na gestão adequada dos recursos humanos e materiais, de acordo com as diferentes necessidades, com vista à prestação de cuidados de excelência, mas com os constrangimentos que já foram referidos no capítulo da apreciação do contexto.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências que dizem respeito a este domínio são a capacidade de desenvolver “o autoconhecimento e a assertividade” e basear “a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

Sem desprimor de nenhuma, UC do curso, todas contribuíram para desenvolver esta competência. Todas serviram para fundamentar a praxis, na qual se procuramos prestar cuidados de excelência ao doente e respetiva família. Para Barata (2017), a formação permite a adaptação dos indivíduos às instituições, incita à renovação de conhecimentos, sem desconsiderar as suas experiências adquiridas, permitindo um aperfeiçoamento do desempenho. O elevado grau de exigência e metodológico, não só da enfermeira supervisora, como na professora orientadora, em todos os momentos foi fundamental. As tutorias foram importantes para fornecer o rumo adequado aos trabalhos solicitados, assim como no rigor exigido e na procura de referências atuais e fidedignas.

As reflexões diárias com a enfermeira supervisora demonstraram-se imprescindíveis para perceber quais os pontos a melhorar e os que tinham de ser valorizados. Sendo a assertividade uma virtude, a reflexão convidou também ao desenvolvimento do processo de conhecimento pessoal e profissional. Segundo Barata (2017), as possibilidades

formativas são condicionadas pelo contexto, pela organização, pelas relações e pela comunicação. Deste modo, um ambiente que convide ao diálogo e à reflexão sobre as práticas, transforma cada interveniente num interlocutor significativo, como foi o nosso caso.

6.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

No domínio das competências específicas do EEER é suposto que os enfermeiros sejam capazes de cuidar “de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, de capacitar “a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e de maximizar “a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566).

Sendo estes os pilares, seguidamente será realizada uma descrição e reflexão detalhada das atividades que contribuíram para o desenvolvimento cada uma destas competências.

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

Neste domínio concebemos, implementámos e monitorizamos planos de enfermagem de reabilitação, “baseados nos problemas de saúde reais e potenciais das pessoas com deficiência/incapacidade” por doença aguda ou agudização de processos de doença crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 23-24). Contribuíram ainda para desenvolver esta competência familiarização com instrumentos de avaliação que permitiram posteriormente sistematizar avaliação e através da elaboração de planos de cuidados avaliar os resultados das intervenções.

Dadas as características dos doentes que cuidamos, pessoas idosas com múltiplas morbilidades, foi necessário, tal como refere Hoeman (2011, p. 3), assumir os cuidados como “um processo criativo que começou nos cuidados preventivos imediatos” e que continuou na fase de recuperação e adaptação as limitações que o doente apresentava, sempre na perspetiva de que a conceção e a implementação de planos e programas de enfermagem de reabilitação tem como sustento a condição de saúde da pessoa, assim como a sua deficiência ou limitação. Neste sentido, os planos foram realizados de forma personalizada e adaptados à condição de cada pessoa. O respeito pelas necessidades e individualidades dos participantes do projeto permitiu, em muitos dos casos, uma relação terapêutica que teve como resultado a diminuição do impacto da doença/incapacidade durante o período de internamento.

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

Segundo Sousa, Martins e Novo (2020), a capacitação desenvolve-se com a adaptação de forma progressiva, de acordo com as alterações que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Tendo em conta a população que maioritariamente cuidámos, uma população envelhecida, foi necessário ter em conta o seu bem-estar, a sua autonomia e respeitar as suas decisões e os seus direitos através da promoção dos autocuidados e da implementação de intervenções, como o treino de força ou o treino marcha. Os resultados das intervenções demonstram que foi possível capacitar as pessoas de quem cuidámos para o desempenho das AVD.

Segundo Menoita (2012), o enfermeiro tem um papel fundamental na transmissão de conhecimentos para promover a readaptação funcional da pessoa dependente. Todavia, o cuidador informal só é competente quando no seu meio é capaz de prestar os cuidados essenciais, corroborando a necessidade de capacitar a pessoa e o seu cuidador informal para o autocuidado. Embora no projeto de intervenção esta atividade de ensino da família não tenha sido descrita, ela foi realizada noutra ensino clínico e também contribuiu para o desenvolvimento desta competência, porque tal como referem Silva, Martins, Ribeiro e Cardoso (2021), os enfermeiros, seja em qual for o contexto de

cuidados, são agentes facilitadores nos processos de transição e de capacitação, ao longo do ciclo vital, uma vez que são o grupo profissional que passa mais tempo com as pessoas.

Para desenvolver esta competência também contribuiu o estágio de observação que decorreu no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no departamento de treino de AVD. Esta experiência permitiu observar como e de forma sistematizada os doentes são treinados para o autocuidado, como o vestir-se, transferir-se ou lavar-se. A passagem por este centro de reabilitação permitiu visionar e compreender a pertinência do EEER para o doente e cuidador, além dos cuidados em contexto de doença aguda. Não obstante, o processo de reabilitação não se finda com a alta hospitalar, pelo contrário, é o início a jornada.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Os programas delineados pelos EEER para as pessoas com deficiência têm como objetivos (e resultados esperados), a reeducação dos autocuidados, a maximização da funcionalidade, a integração na vida social, a reintegração no mercado de trabalho e, consequentemente, a melhoria da qualidade de vida (Padilha et al., 2021).

Maximizar a funcionalidade significa tornar a pessoa o mais autónoma e funcional possível, sendo que esta competência se assumiu como uma das principais ao longo da jornada. Esta capacitação ocorre a nível cardíaco, respiratório e motor, sem haver necessariamente dissociação das mesmas, isto é, uma pessoa com uma afeção respiratória necessita de capacitação também da parte motora devido à perda de massa muscular que desenvolve por estar mais tempo confinada ao leito. Assim como uma pessoa com patologia cardíaca beneficia igualmente de treino respiratória devido à dispneia que incapacita para o autocuidado. Nos doentes com alteração da funcionalidade, por diminuição da capacidade de se autocuidarem e a diminuição da força, foi importante a implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, para permitir a maximização das suas funcionalidades. Foi, de acordo com esta linha de pensamento, que as intervenções foram realizadas e, sempre que necessário, readaptadas e ajustados os planos e programas às particularidades e/ou ocorrências e os resultados do projeto de

intervenção demonstram que nos doentes que o incluíram houve maximização das suas competências funcionais.

6.3 Competências de Mestre

De acordo com o emanado pela legislação, é conferido o grau de mestre a quem deter conhecimentos e capacidade de compreensão a um determinado nível que “sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde” e que “(...) constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais (...) em contexto de investigação (...)” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p. 3174).

O presente relatório de estágio constitui-se como o culminar de todo o processo desenvolvido ao longo da formação conducente ao grau de mestre. Nele foi explanado todo um percurso que inclui o desenvolvimento de um projeto de intervenção previamente aprovado pela Comissão de Ética, assim como os resultados da intervenção profissional. Apesar do projeto não ser de todo um projeto de investigação, mas sim de intervenção profissional, permitiu desenvolver competências ao nível da investigação, porque tal como refere Coutinho (2020), a investigação é uma atividade de natureza cognitiva e sistemática que permite debater e demonstrar ideias inovadoras que refletem e questionam os problemas oriundos da prática.

De acordo com Melo (2020), a enfermagem é uma ciência que tem evoluído e contribuído para a comunidade científica e para a sociedade, alicerçada nos seus conceitos fundamentais, como a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem e tem dado evidências de ser uma disciplina basilar nas respostas dos seres humanos aos processos de saúde-doença. Os momentos de reflexão serviram para ajuizar as práticas, a comunicação, os relacionamentos interpessoais, assim como a posição na enfermagem e o saber agir.

7. CONCLUSÃO

Este percurso académico findou com a elaboração deste relatório, no qual foram explanadas e analisadas as intervenções desenvolvidas ao longo do estágio final, que tiveram por base um projeto de intervenção profissional. Este capítulo aborda as principais conclusões retiradas do desenvolvimento do projeto, as dificuldades sentidas, as limitações, assim como, as sugestões de melhoria.

Relativamente aos objetivos inicialmente propostos, tal como referido na síntese na síntese dos casos e na discussão dos resultados, a intervenção da enfermagem de reabilitação na fase aguda assentou essencialmente na prevenção de complicações, e no caso dos doentes do projeto, as intervenções demonstraram-se pertinentes para manter as amplitudes articulares, prevenir o surgimento de espasticidade, promover o ganho de força (ainda que em alguns casos tenha sido discreto) e, conseqüentemente, aumentar a capacitação das pessoas para o autocuidado.

A intervenção da enfermagem de reabilitação é preponderante para prevenir as complicações músculo-esqueléticas, decorrentes da imobilidade, no contexto de doença aguda. A realização de mobilizações foi fundamental para a prevenção desta complicação, porém também ficou claro que esta intervenção por si só não é suficiente e necessita de ser complementada com o conjunto de todas as intervenções de treino de AVD, treino de marcha, treino de deglutição e reeducação funcional respiratória, para que se possam obter ganhos, capacitar os doentes e assim promover uma transição saudável nos processos saúde-doença.

Nos doentes de quem cuidámos e, embora alguns apresentassem risco de desenvolver UPP, nenhum doente desenvolveu este tipo de lesões, o que pode ter significado que os cuidados prestados foram cuidados seguros e atenderam às necessidades das pessoas de modo holístico.

Relativamente às limitações encontradas, uma delas foi o fator tempo, pois só foi possível desenvolver o projeto com cinco doentes, e daí não ser possível generalizar os

resultados. Pese embora, os resultados obtidos tenham ido ao encontro dos resultados esperados e ganhos em saúde, conforme descritos na literatura.

Todos os conteúdos foram sustentados na melhor e mais recente evidência científica, ainda que a maioria dos estudos encontrados tenham sido conduzidos por outros profissionais de saúde ou em outros contextos, o que também se constituiu uma limitação.

O facto de se estar a vivenciar uma pandemia, também teve repercussões ao nível do envolvimento com os cuidadores e família. Os contatos com a família foram escassos e com a maioria dos quais não foi possível intervir ao nível dos ensinamentos ou mesmo na vivência da transição saúde-doença.

A investigação em enfermagem, nomeadamente na enfermagem de reabilitação, assume-se como um marco fulcral para dar visibilidade à importância dos cuidados para os doentes. Evidenciou-se a necessidade de investigação por parte dos enfermeiros, que demonstre a sua aplicabilidade e eficácia, indo de encontro ao espelhado Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Como sugestões de melhoria, propõem-se a implementação de mais projetos de cuidados de enfermagem de reabilitação nos contextos onde decorreu o estágio e mais prolongados no tempo, para que se demonstre a importância dos cuidados diferenciados nos doentes de modo a capacitar, maximizar e a promover a sua qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central dos Serviços de Saúde [ACSS]. (2021). *Benchmarking Hospitais*. Obtido de Administração Central dos Serviços de Saúde: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficInternamentoDashboard
- Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021). Developing preceptors' skills: experts' view. *Revista de enfermagem referência*, 5(5), 1-8. doi:<https://doi.org/10.12707/RV20036>
- American Spinal Injury Association [ASIA]. (February de 2020). *International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury*. Obtido de American Spinal Injury Association: https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2016/02/Motor_Exam_Guide.pdf
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 164-233). Lisboa: Lidel.
- Arienti, C., Pollet, J., Buraschi, R., Piovanelli, B., Villafañe, J., Galeri, S., & Negrini, S. (2020). Fast-track rehabilitation after total knee arthroplasty reduces length of hospital stay: A prospective, case-control clinical trial. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 66(4), 398-404. doi:[10.5606/tftrd.2020.6266](https://doi.org/10.5606/tftrd.2020.6266)
- Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde [AESES]. (2017). *Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem*. Obtido de Universidade de Évora.
- Azevedo, P., Gomes, B., Pereira, J., Carvalho, F., Ferreira, S., Pires, A., & Macedo, J. (2019). Dependência funcional na alta dos cuidados intensivos: relevância para a enfermagem de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 37-46. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV18084>
- Barata, L. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional - A Importância da Formação Contínua. Em C. Marques-Sousa, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta.

- Bavikatte, G., Subramanian, G., Ashford, S., Allison, R., & Hicklin, D. (2021). Early identification, intervention and management of post-stroke spasticity: expert consensus recommendations. *Journal of Central Nervous System Disease*, 1-8. doi:10.1177/11795735211036576
- Beliz, A., Bule, M., & Sousa, L. (2020). Manter a mobilidade articular no doente crítico: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 63-69.
- Burgess, A., Diggele, C. v., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 1-8. doi:https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0
- Cantante, A., Fernandes, H., Teixeira, M., Frota, M., Rolim, K., & Albuquerque, F. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261-272. doi:https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019
- Casimiro, S. (2015). *Padrões de Qualidade na Administração e Gestão em Enfermagem (Dissertação de Mestrado)*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cerqueira, A., & Grilo, E. (2019). Prevenção das consequências da imobilidade na pessoa em situação crítica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 78-89. doi:https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.10.4574
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.
- Correia, P., & Espanha, M. (2020). *Aparelho Locomotor - Anatomia dos sistemas nervoso, osteoarticular e muscular* (3ª ed., Vol. 1). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis com o suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. doi:https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181
- Coutinho, C. P. (2020). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª Edição ed.). Coimbra: Almedina.

- Decreto-Lei 22/2012. (30 de janeiro de 2012). Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P. *Diário da República, 1.ª série — N.º 21*, 513-516. Ministério da Saúde. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2012/01/02100/0051300516.pdf>
- Decreto-Lei n.º 63/2016. (13 de setembro de 2016). Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Decreto-Lei n.º 161/96. (4 de setembro de 1996). I Série-A n.º 205. *Diário da República*, 2959 - 2962. Ministério da Saúde. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 409/98. (23 de dezembro de 1998). Regulamento de segurança contra incêndio em edifícios de tipo hospitalar. *Diário da República — I Série-A, n.º 295*, 7100-7132. Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/1998/12/295a00/71007132.pdf>
- Deodato, S. (2017). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Lusodidacta: Loures.
- Despacho n.º 1400-A/2015. (10 de fevereiro de 2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República, 2.ª série, n.º 28*, 3882-(2)-3882-(10). Ministério da Saúde. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Obtido de Direcção-Geral da Saúde: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2011a). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2011b). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Obtido de Direcção-Geral da Saúde: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- Eggmann, S., Verra, M., Luder, G., Takala, J., & Jakob, S. (2018). Effects of early, combined endurance and resistance training in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomised controlled trial. *PLOS One*, *13*(11), 1-19. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207428>
- Ferreira, M., Bueno, A., & Lomba, M. (2021). Undergraduate nursing degree: overview of leadership education in Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, *5*(8), 1-6. doi:<https://doi.org/10.12707/RV20203>
- Ferreira, N., Lopes, A., Ferreira, A., Ntoumenopoulos, G., Dias, J., & Guimaraes, F. (2016). Determination of functional prognosis in hospitalized patients following an intensive care admission. *World Journal of Critical Care Medicine*, *5*(4), 219-227. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.5492/wjccm.v5.i4.219>
- Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 102-107.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fu, J., Song, L., Wang, R., Ping, F., & Dong, S. (2020). Effect of comprehensive rehabilitation nursing intervention on hemiplegia patients in sequela stage of stroke. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 38-44.

- Gomes, B., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 253-262). Loures: Lusodidacta.
- Grilo, E., & Mendes, F. (2012). O Estudo de Caso como estratégia de Investigação em Enfermagem. *III Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de países de língua oficial portuguesa*. Coimbra. Obtido de <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1744/1/PosterCaseStudy%28EG%29.pdf>
- Guedes, L., Oliveira, M., & Carvalho, G. (2018). Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos – uma revisão. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 516-522. doi:<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170167>
- Heidemann, I., Fonseca, A., & Fernandes, G. (2013). Metodología de la investigación-acción en enfermería. Em M. Prado, M. Souza, M. Monticelli, M. Cometto, & P. Gómez, *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica* (pp. 109-115). Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Actividades de Vida Diária. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 209-270). Loures: Lusodidacta.
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. Obtido de International Council of Nurses: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf
- Junior, D., Araújo, J., & Nascimento, E. (2017). Privacidade e confidencialidade no contexto mundial de saúde: uma revisão integrativa. *Revista de Bioética y Derecho*, 40, 195-204.
- Kakutani, N., Fukushima, A., Kinugawa, S., Yokota, T., Oikawa, T., Nishikawa, M., . . . Toshihisa. (2019). Progressive mobilization program for patients with acute heart failure reduces hospital stay and improves clinical outcome. *The Japanese Circulation Society*, 123-130. doi:<http://dx.doi.org/10.1253/circrep.CR-19-0004>
- Kannisto, K., Hirvonen, E., Koivuniemi, M., Teeri, S., Asikainen, P., & Koivunen, M. (2021). Daily functioning support—a qualitative exploration of rehabilitative

- approach in acute hospitalised care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1342-1351. doi:<https://doi.org/10.1111/scs.12954>
- Kitaji, Y., Harashima, H., & Miyano, S. (2020). Relationship between first mobilization following the onset of stroke and clinical outcomes in patients with ischemic stroke in the general ward of a hospital: A cohort study. *Physical Therapy Research*, 23(2), 209-215. doi:10.1298/ptr.E10022
- Lei n.º 12/2005. (26 de janeiro de 2005). Informação genética pessoal e informação de saúde. *Diário da República n.º 18/2005, Série I-A*. Diário da República. Obtido de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2005-106603593>
- Lei n.º 95/2019. (4 de setembro de 2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República, 1.ª série, n.º 169*, 55-66. Assembleia da República. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Leite, M. (2018). *O gestor de unidades de saúde privadas e a gestão de tempo (Dissertação de Mestrado)*. Porto: Escola Superior De Enfermagem Do Porto.
- Lima, A., Ferreira, M., Martins, M., & Fernandes, C. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 28-43. doi:<http://dx.doi.org/10.30681/252610104062>
- Lima, A., Martins, M., Ferreira, M., Sampaio, F., Schoeller, S., & Parola, V. (2021). Enfermagem de reabilitação: diferenciação na promoção da autonomia do idoso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 15-21. doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.152>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 281-328). Lisboa: Lidel.
- Martins, M., Gonçalves, M., Ribeiro, O., & Tronchin, D. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 320-926. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>

- Martins, M., Ribeiro, O., & Schoeller, S. (2021). Investigação e inovação em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 38-45). Lisboa: Lidel.
- Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. London. Obtido de <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 255-259. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0029655494900450>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. A., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Melo, P. (2020). Investigação em enfermagem: «que contributos para a ciência e para a sociedade?». *Just News*. Obtido de <https://justnews.pt/artigos/investigacao-em-enfermagem-que-contributos-para-a-ciencia-e-para-a-sociedade#.YfvH7urP23A>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Nagano, F., Yoshimura, Y., Bise, T., Shimazu, S., & Shiraishi, A. (2020). Muscle mass gain is positively associated with functional recovery in patients with sarcopenia after stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 29(9), 1-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105017>
- Neves, M. d., & Pacheco, S. (2004). *Para Uma Ética da Enfermagem - Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Neves, T., Parreira, P., Rodrigues, V., & Graveto, J. (2021). Nurse staffing in Portuguese public hospitals. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2557-2564. doi:<https://doi.org/10.1111/jonm.13415>

- Nogueira, V., & Cunha, I. (2021). Perfil de competências de enfermeiros coordenadores de cursos de graduação de enfermagem: validação de construto. *Enfermagem Foco*, 12(3), 496-503. doi:10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4139
- Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. Em R. Olga, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 76-81). Lisboa: Lidel.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de Enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar padrões de qualidade dos cuidados*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros : <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Código Deontológico*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreatilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Competências para realização de treino de marcha*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7344/parecer-mceer-n%C2%BA-13_2018_anonimizado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Notícias - Sistema de Classificação de Doentes: Automatização nacional em curso*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/sistema-de-classifica%C3%A7%C3%A3o-de-doentes-automatiza%C3%A7%C3%A3o-nacional-em-curso-1/>

- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2021). *Health at a Glance OECD Indicators 2021*. Obtido de Organisation for Economic Co-operation and Development better policies for better lives: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1643285535&id=id&accname=guest&checksum=6885BC1826DBF0F2EC18BDFF41254633>
- Oyanagi, K., Kitai, T., Yoshimura, Y., Yokoi, Y., Ohara, N., Kohara, N., . . . Iwata, K. (2021). Effect of early intensive rehabilitation on the clinical outcomes of patients with acute stroke. *Japan Geriatrics Society*, 21(8), 623-628. doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.14202>
- Padilha, J., Martins, M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os processos formativos em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 83-89. doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>
- Parlamento Europeu. (2000). *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*. Obtido de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=EN>
- Parry, S., & Puthuchery, Z. (2015). The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extreme Physiology & Medicine*. doi:10.1186/s13728-015-0036-7
- Pereira, H., Duarte, P., Mélo, T., Silva, R., & Santos, W. (2017). Intervenção fisioterapêutica na Síndrome da Imobilidade em pessoas idosas: revisão sistematizada. *Arch Health Invest*, 6(11), 505-508. doi: <https://doi.org/10.21270/archi.v6i11.2242>
- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª ed., pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.

- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 67-75). Lisboa: Lidel.
- Pina, E. (2010). *Anatomia humana da locomoção* (4ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Pontes, M., & Santos, A. (2017). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-135). Loures: Lusodidacta.
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação. (2017). *Medicina Física e de Reabilitação*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/2017-01-27-RNEHRMedFisicaReabVersaoFinal.pdf>
- Regulamento (UE) 2016/679. (27 de abril de 2016). relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Parlamento Europeu e do Conselho*. Jornal Oficial da União Europeia. Obtido de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=PT>
- Regulamento n.º 350/2015. (22 de junho de 2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República 2.ª série, n.º 119*, 16655-16660. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Regulamento n.º 392/2019. (3 de maio de 2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2.ª série, n.º 85*, 13565 - 13568. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de Diário da República: <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019. (25 de setembro de 2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 128 - 155. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- Regulamento nº 140/2019. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série — nº 26*, 4744-4750. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Reis, G., & Magalhães, D. (2019). Teoria das Transições- Repercussões no Ensino e na Prestação de Cuidados. Em C. n. CTC-ESESJD-UÉ (Ed.). Évora: ESESJD. Obtido de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27502/1/Teoria%20das%20transi%c3%a7%c3%b5es%20-%2020-nov%20.pdf>
- Reis, S., Castro, E., Carvalho, S., Carvalho, S., Fernandes, C., & Martins, M. (2021). Mobilização precoce de doentes na unidade cuidados intensivos: contributo para a enfermagem de reabilitação. Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 23-30. doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.151>
- Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF Salus (Tese de Mestrado)*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde.
- Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 48-57). Lisboa: Lidel.
- Riberhol, C., Wagne, V., Lindschou, J., Gluud, C., Mehlsen, J., & Møller, K. (2020). Early head-up mobilisation versus standard care for patients with severe acquired brain injury: A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *PLOS ONE*, 15(8), 1-33. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237136>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva das etapas. *Percursos*(15), 1-37. Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sabbah, A., Mously, S., Elgendy, H., Farag, M., & Elwishy, A. (2020). Functional outcome of joint mobilization added to task-oriented training on hand function in

chronic stroke patients. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 1-6. doi:<https://doi.org/10.1186/s41983-020-00170-7>

Santos, G., Costal, R., Gouveia, M., & Fernandes, M. (2020). Transições da prática profissional da enfermagem no enfrentamento do novo coronavírus. *Enfermagem Foco*, 84-88.

Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 19-27). Lisboa: Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Transparência*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde. gov: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/ocupacao-do-internamento/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS]. (2019). *SCLínico | Cuidados de Saúde Hospitalares*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde : https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL_Brochura_Guia-SClinico_2019.pdf

Shimogai, T., Izawa, K., Kawada, M., & Kuriyama, A. (2019). Factors affecting discharge to home of medical patients treated in an Intensive Care Unit. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 1-9. doi:10.3390/ijerph16224324

Silva, J., Martins, M. T., Ribeiro, O. R., & Cardoso, M. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 72-80. doi:10.33194/rper.2021.73

Smeuninx, B., Elhassan, Y., Manolopoulos, K., Sapey, E., Rushton, A., Edwards, S., . . . Breen, L. (2020). The effect of short-term exercise prehabilitation on skeletal muscle protein synthesis and atrophy during bed rest in older men. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 12(1), 52-69. doi:<https://doi.org/10.1002/jcsm.12661>

Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença.

Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3(1), 64-69.
doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa, L., Vieira-Marques, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. Em C. Viera-Marques, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 113-121). Loures: Lusodidacta.

Tolles, J., Waterman, G., Coffey, C., Sandoval, R., Fleischman, R., Hess, M., . . . Spellberg, B. (2020). A randomized trial of a behavioral intervention to decrease hospital length of stay by decreasing bedrest. *Plos One*, 15(1), 1-11.
doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226332>

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients. *Stroke*, 38(11), 2948-2952. doi:<https://doi.org/10.1161/STROKEA>

Ventura, J., Martins, M., Trindade, L., & Ribeiro, O. (2021). Processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 28-33). Lisboa: Lidel.

Vicente, M., Silva, C., Pimenta, C., Bezerra, T., Lucena, H., Valdevino, S., & Costa, K. (2020). Capacidade funcional e autocuidado em idosos com diabetes mellitus. *Aquichan*, 20(3), 1-11. doi:<https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.2>

Vieira, J., & Ferreira, R. (2018). Mobilização precoce da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. *RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(2), 1388-1399. doi:[http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(2\).%p](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(2).%p)

Woo, H., Aoki, H., Aoki, H., Kataoka, H., Yamashita, J., Junichiro, T., . . . Kozu, R. (2021). Early walking time is associated with recovery of activities of daily living during hospitalization in older patients with community-acquired pneumonia: A single-center prospective study. *Japan Geriatrics Society*, 21(12), 1099-1104.
doi:<https://doi.org/10.1111/ggi.14300>

World Health Organization [WHO]. (2017). *Rehabilitation in health systems*. Obtido de World Health Organization:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549974>

World Health Organization [WHO]. (2020). *Accessibility and allocation of space for rehabilitation in field hospitals*. Obtido de World Health Organization: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/disability/accessible-field-hospitals-brochure.pdf?sfvrsn=418e10aa_2

World Health Organization [WHO]. (2021). Noncommunicable diseases. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

ANEXOS

ANEXO I Cálculo da norma de dotações seguras da Ordem dos
Enfermeiros

Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2014) para serviços de internamento hospitalar:

$$\frac{LP \times TO \times HCN \times NDF/A}{T} = EN$$

	T	
LP	Lotação praticada	33 (camas)
TO	Taxa de ocupação	100% -> 1
	Número de horas de cuidados necessárias por dias de internamento	6,22 (Medicina) – 13,5% (tempo de tarefas delegadas aos assistentes operacionais) = 5,3803
HCN		
	Número de dias/ano	261 -> 365 dias – 104 (52x2 folgas semanais)
NDF/A		
	Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano	1414 (regime de trabalho de 35h/semanais)
T		
EN	Enfermeiros necessários	32,7 enfermeiros

Cálculo das dotações seguras, de acordo com os dados da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2014)

ANEXO II Modelo ISBAR

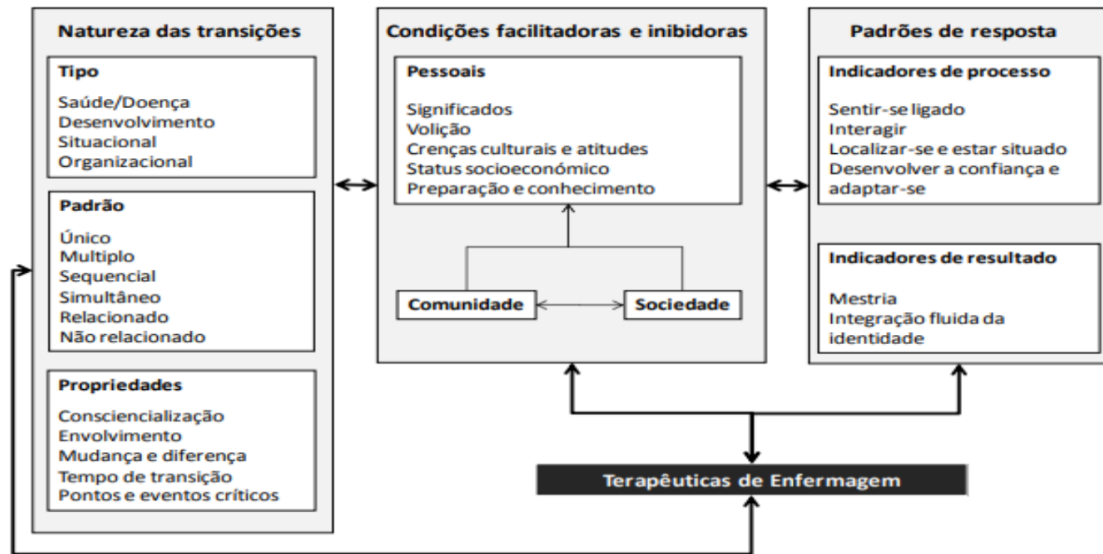
ANEXOS

Anexo I – modelo explicativo da técnica ISBAR

Mnemónica ISBAR	
I Identificação	
Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	<ul style="list-style-type: none"> a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa	
Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/ Anamnese	
Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	<ul style="list-style-type: none"> a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação	
Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	<ul style="list-style-type: none"> a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações	
Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	<ul style="list-style-type: none"> a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 cujo assunto se refere à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, obtida da Direção-Geral da Saúde (2017)

ANEXO III Teoria de Médio Alcance – Meleis



Fonte: Reis & Magalhães (2019)

ANEXO IV Medida de Independência Funcional

Autocuidados			
A – Alimentação			
B – Higiene Pessoal			
C – Banho (lavar o corpo)			
D – Vestir metade superior			
E – Vestir metade inferior			
F – Utilização da sanita			
Controlo dos esfínteres			
G - Bexiga			
H - Intestinal			
Mobilidade - Transferências			
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas			
J - Sanita			
K – Duche / banheira			
Locomoção			
L – Marcha / cadeira de rodas			
M – Escadas			
Comunicação			
N – Compreensão (auditiva / visual)			
O – Expressão (vocal / não vocal)			
Consciência do mundo exterior			
P – Interação Social			
Q – Resolução de problemas			
R - Memória			
TOTAL			

MIF adaptada da Direcção-Geral da Saúde (2011a)

Legenda: Total assistência 1; Máxima assistência (25%) 2; Moderada assistência (50%) 3; Mínima assistência (75%) 4; Supervisão 5; Independência modificada 6; Independência completa 7

Total da pontuação: Dependência completa 18 pontos; Dependência modificada (assistência até 50% da tarefa) 19-60 pontos; Dependência modificada (assistência até 75% da tarefa) 61-103 pontos; Independência completa 104-126 pontos

ANEXO V Medical Research Council

Grau	Definição
5	Força normal
4	O músculo suporta a articulação contra uma combinação de gravidade e resistência moderada
3	O músculo não consegue suportar a articulação, mas move a mesma totalmente contra a gravidade
2	O músculo move a articulação, mas não contra a gravidade
1	Observa-se contração muscular, mas não há movimento
0	Não há movimento

MRC adaptada da *Medical Research Council* (1976)

ANEXO VI Escala de Ashworth modificada

Grau	Observações clínicas
0	Tónus muscular normal
1	Ligeiro aumento do tónus muscular manifestado por tensão momentânea ou por mínima resistência no final da amplitude de movimento, quando a região afetada é movida em flexão ou extensão
1+	Ligeiro aumento do tónus muscular manifestado por tensão súbita, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante
2	Aumento mais acentuado no tónus muscular durante a maioria da amplitude do movimento
3	Aumento considerável do tónus muscular, movimento passivo difícil
4	Segmentos afetados rígidos na flexão ou na extensão

Adaptado da *Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. Physical Therapy*, Bohannon & Smith (1987)

ANEXO VII Escalas da dor

Escala Numérica da dor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

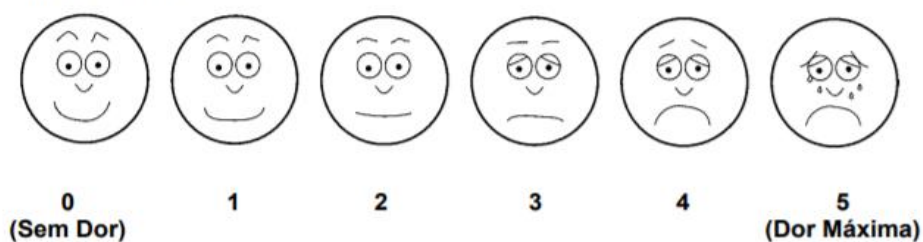
Sem Dor

Dor Máxima

Tabela adaptada da Direcção-Geral da Saúde (2003)

Escala de faces da dor

Escala de Faces



Fonte: Direcção-Geral da Saúde (2003)

ANEXO VIII Autorização da comissão de ética hospitalar

AO CA
2021-11-03

Enfermeiro-Diretor

C.A.
Autorizado

Aprova em Reunião
do Conselho de Administração

de 09/11/2021
ACTA N.º 45

Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota Interna n.º: 38/2021

Data: 29 / 10 / 2021

De: Comissão de Ética para a Saúde

Para: [REDACTED] - Enfermeiro - Director e Vogal Executivo do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização de estudo

A 29/10/2021 reuniu a Comissão de Ética do [REDACTED] que analisou um pedido de autorização para a realização de um projecto académico intitulado "Contributos de Enfermagem de Reabilitação na prevenção das complicações músculo-esqueléticas decorrentes da imobilidade em contexto de doença aguda" a ser desenvolvido por Inês Sofia Ramalho Caldeira, enfermeira que presta funções no Serviço de [REDACTED]; é aluna de mestrado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora. Pretende a autora deste projecto de investigação demonstrar os benefícios dos cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das complicações músculo-esqueléticas em doentes com imobilidade prolongada desenvolvendo um plano de intervenção adequado que permita demonstrar a importância das intervenções da enfermagem de reabilitação e os ganhos obtidos junto dos doentes. Na documentação anexa ao pedido foram juntos, nomeadamente, a identificação e um resumo do estudo, questionários, declaração de consentimento informado, e currículo vitae da investigadora. Após análise dos documentos entregues, a Comissão de Ética delibera por unanimidade, nada ter a opor à realização do presente estudo desde que na declaração de consentimento informado seja reformulado o campo da assinatura do utente, criando uma identificação e espaço próprios para o utente e outro campo idêntico para quem assina o consentimento informado por incapacidade do utente, devendo especificar qual a relação com o doente que lhe permita assinar em nome dele. Devem ainda serem cumpridos os limites e condições aplicáveis por força do Regulamento Geral de Protecção de Dados, da Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto, da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, - Lei da Investigação Clínica e na Deliberação n.º 1704/2015 da Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

ACADEMIA DE FORMAÇÃO
N.º 400
Data: 8 / 11 / 21
A [REDACTED]

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 12340 03/11/2021

ANEXO IX Evolução das amplitudes articulares ao longo do internamento dos doentes P1, P2, P4 e P5, respetivamente

Estudo de caso - P1

Segmento articular	Movimento	Lateralidade	15/09	25/09
Ombro	Abdução 180°	Direito	170°	170°
		Esquerdo	170°	170°
	Adução 0°	Direito	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°
	Flexão 180°	Direito	170°	170°
		Esquerdo	170°	170°
	Extensão 60°	Direito	50°	50°
		Esquerdo	50°	50°
	Rotação interna 50-80°	Direito	*	*
		Esquerdo	*	*
Rotação externa 90-110°	Direito	*	*	
	Esquerdo	*	*	
Cotovelo	Flexão 150-160°	Direito	155°	155°
		Esquerdo	155°	155°
	Extensão 0°	Direito	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°
Antebraço	Pronação 75°	Direito	75°	75°
		Esquerdo	75°	75°
	Supinação 85°	Direito	85°	85°
		Esquerdo	85°	85°
Punho	Flexão 90°	Direito	90°	90°
		Esquerdo	90°	90°
	Extensão 80°	Direito	80°	80°
		Esquerdo	80°	80°
	Desvio cubital 30°	Direito	30°	30°
		Esquerdo	30°	30°
Desvio radial 15°	Direito	15°	15°	
	Esquerdo	15°	15°	
Bacia	Flexão 120°	Direito	120°	120°
		Esquerdo	120°	120°
	Extensão 20°	Direito	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°
	Abdução 45°	Direito	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°
Adução 60°	Direito	60°	60°	
	Esquerdo	60°	60°	
Joelho	Flexão 140°	Direito	140°	140°

Segmento articular	Movimento	Lateralidade	15/09	25/09
	Extensão 0°	Direito	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°
		Direito	20°	20°
Tornozelo	Flexão 20°	Esquerdo	20°	20°
		Direito	50°	50°
	Extensão 50°	Esquerdo	50°	50°
		Direito	45°	45°
	Inversão 45°	Esquerdo	45°	45°
		Direito	20°	20°
	Eversão 20°	Esquerdo	20°	20°
		Direito	20°	20°

Evolução das amplitudes articulares em graus ao longo do internamento

Estudo de caso – P2

Segmento articular	Movimento	Lateralidade	01/10	11/10
Ombro	Abdução 180°	Esquerdo	175°	175°
		Direito	0°	0°
	Adução 0°	Esquerdo	0°	0°
		Direito	175°	175°
	Flexão 180°	Esquerdo	175°	175°
		Direito	55°	55°
	Extensão 60°	Esquerdo	55°	55°
		Direito	*	*
	Rotação interna 50-80°	Esquerdo	*	*
		Direito	*	*
	Rotação externa 90-110°	Esquerdo	*	*
		Direito	155°	155°
Cotovelo	Flexão 150-160°	Esquerdo	155°	155°
		Direito	0°	0°
	Extensão 0°	Esquerdo	0°	0°
Direito		75°	75°	
Antebraço	Pronação 75°	Esquerdo	75°	75°
		Direito	85°	85°
	Supinação 85°	Esquerdo	85°	85°
		Direito	90°	90°
Punho	Flexão 90°	Esquerdo	90°	90°
		Direito	90°	90°

Segmento articular	Movimento	Lateralidade	01/10	11/10
	Extensão 80°	Direito	80°	80°
		Esquerdo	80°	80°
	Desvio cubital 30°	Direito	30°	30°
		Esquerdo	30°	30°
	Desvio radial 15°	Direito	15°	15°
		Esquerdo	15°	15°
Bacia	Flexão 120°	Direito	120°	120°
		Esquerdo	120°	120°
	Extensão 20°	Direito	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°
	Abdução 45°	Direito	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°
Adução 60°	Direito	60°	60°	
	Esquerdo	60°	60°	
Joelho	Flexão 140°	Direito	140°	140°
		Esquerdo	140°	140°
	Extensão 0°	Direito	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°
Tornozelo	Flexão 20°	Direito	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°
	Extensão 50°	Direito	50°	50°
		Esquerdo	50°	50°
	Inversão 45°	Direito	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°
Eversão 20°	Direito	20°	20°	
	Esquerdo	20°	20°	

Evolução das amplitudes articulares em graus ao longo do internamento

Estudo de caso – P4

Segmento articular	Movimento	Lateralidade	19/10	26/10
Ombro	Abdução 180°	Direito	175°	175°
		Esquerdo	175°	175°
	Adução 0°	Direito	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°
	Flexão 180°	Direito	170°	170°
		Esquerdo	170°	170°
	Extensão 60°	Direito	50°	50°
		Esquerdo	50°	50°
		Direito	*	*

Segmento articular	Movimento	Lateralidade	19/10	26/10
	Rotação interna 50-80°	Esquerdo	*	*
		Direito	*	*
	Rotação externa 90-110°	Esquerdo	*	*
		Direito	*	*
Cotovelo	Flexão 150-160°	Direito	155°	155°
		Esquerdo	155°	155°
	Extensão 0°	Direito	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°
Antebraço	Pronação 75°	Direito	75°	75°
		Esquerdo	75°	75°
	Supinação 85°	Direito	80°	85°
		Esquerdo	85°	85°
Punho	Flexão 90°	Direito	85°	90°
		Esquerdo	90°	90°
	Extensão 80°	Direito	80°	80°
		Esquerdo	80°	80°
	Desvio cubital 30°	Direito	30°	30°
		Esquerdo	30°	30°
	Desvio radial 15°	Direito	15°	15°
		Esquerdo	15°	15°
Bacia	Flexão 120°	Direito	120°	120°
		Esquerdo	120°	120°
	Extensão 20°	Direito	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°
	Abdução 45°	Direito	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°
	Adução 60°	Direito	60°	60°
		Esquerdo	60°	60°
Joelho	Flexão 140°	Direito	140°	140°
		Esquerdo	140°	140°
	Extensão 0°	Direito	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°
Tornozelo	Flexão 20°	Direito	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°
	Extensão 50°	Direito	50°	50°
		Esquerdo	50°	50°
	Inversão 45°	Direito	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°
	Eversão 20°	Direito	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°

Evolução das amplitudes articulares em graus ao longo do internamento

Estudo de caso – P5

Segmento articular	Movimento	Lateralidade	24/11	06/12
Ombro	Abdução 180°	Direito	180°	180°
		Esquerdo	180°	180°
	Adução 0°	Direito	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°
	Flexão 180°	Direito	175°	175°
		Esquerdo	175°	175°
	Extensão 60°	Direito	55°	55°
		Esquerdo	55°	55°
	Rotação interna 50-80°	Direito	*	*
		Esquerdo	*	*
Rotação externa 90-110°	Direito	*	*	
	Esquerdo	*	*	
Cotovelo	Flexão 150-160°	Direito	160°	160°
		Esquerdo	160°	160°
	Extensão 0°	Direito	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°
Antebraço	Pronação 75°	Direito	75°	75°
		Esquerdo	75°	75°
	Supinação 85°	Direito	85°	85°
		Esquerdo	85°	85°
Punho	Flexão 90°	Direito	90°	90°
		Esquerdo	90°	90°
	Extensão 80°	Direito	80°	80°
		Esquerdo	80°	80°
	Desvio cubital 30°	Direito	30°	30°
		Esquerdo	30°	30°
Desvio radial 15°	Direito	15°	15°	
	Esquerdo	15°	15°	
Bacia	Flexão 120°	Direito	120°	120°
		Esquerdo	120°	120°
	Extensão 20°	Direito	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°
	Abdução 45°	Direito	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°
Adução 60°	Direito	60°	60°	
	Esquerdo	60°	60°	
Joelho	Flexão 140°	Direito	140°	140°

Segmento articular	Movimento	Lateralidade	24/11	06/12
	Extensão 0°	Esquerdo	140°	140°
		Direito	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°
Tornozelo	Flexão 20°	Direito	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°
	Extensão 50°	Direito	50°	50°
		Esquerdo	50°	50°
	Inversão 45°	Direito	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°
	Eversão 20°	Direito	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°

Evolução das amplitudes articulares do doente em graus

ANEXO X Escala de Braden

ANEXO I
Escala de Braden - Adulto

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Cama: _____	Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sensação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. NÃO consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. E detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. NÃO pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: NÃO faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. NÃO toma um suplemento dietético líquido. OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimentar-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total
<p>© Copyright Bethan Braden and Nancy Bergman, 1980; Versão Portuguesa 2001, Carlos Ságuas; Cristina Ságuas; Pedro Pereira; João Goncalves; Kátia Fátima Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)</p>				

Fonte: Direcção-Geral da Saúde (2011b)

ANEXO XI Escala de Gugging Swallowing Screen

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

Name: _____
Date: _____
Time: _____

1. Preliminary Investigation /Indirect Swallowing Test

	YES	NO
Vigilance (<i>The patient must be alert for at least for 15 minutes</i>)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cough and/or throat clearing (<i>voluntary cough</i>) (<i>Patient should cough or clear his or her throat twice</i>)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Saliva Swallow:		
• Swallowing successful	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Drooling	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Voice change (hoarse, gurgly, coated, weak)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SUM:	(5)	
	1 - 4= Investigate further* 5= Continue with part 2	

2. Direct Swallowing Test (Material: Aqua bi, flat teaspoon, food thickener, bread)

<i>In the following order:</i>	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	LIQUID**	SOLID ***
DEGLUTITION:			
• Swallowing not possible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Swallowing delayed (> 2 sec.) (Solid textures > 10 sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Swallowing successful	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
COUGH (involuntary): (<i>before, during or after swallowing - until 3 minutes later</i>)			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
VOICE CHANGE: (<i>listen to the voice before and after swallowing - Patient should speak „O“</i>)			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SUM:	(5)	(5)	(5)
	1 - 4= Investigate further* 5= Continue Liquid	1 - 4= Investigate further* 5= Continue Solid	1 - 4= Investigate further* 5= Normal
SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test)	----- (20)		

*	First administer ½ up to a half teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 3 rd spoonful.
**	3, 5, 10, 20 ml Aqua bi - if there are no symptoms continue with 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Assess and stop the investigation when one of the criteria is observed!
***	Clinical: dry bread; FEES: dry bread which is dipped in coloured liquid
†	Use functional investigations such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES), Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

Fonte: Trapl, et al. (2007)

APÊNDICES

APÊNDICE A Cronograma de atividades

Atividades previstas	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março
Revisão da literatura										
Elaboração do projeto de intervenção										
Submissão e aprovação do projeto pelas comissões de ética										
Implementação do projeto de intervenção										
Redação do relatório final										

APÊNDICE B Avaliação inicial com os dados sociodemográficos e diagnóstico inicial

Caracterização sociodemográfica

Código: P1, P2, P3...

Idade:

Gênero:

Estado Civil:

Pessoa significativa:

Residência (urbana ou rural):

Tipo de habitação:

Condições habitacionais:

Agregado familiar (nº de pessoas):

Habilitações literárias:

Profissão:

Diagnóstico inicial

Peso:

Altura:

Antecedentes pessoais:

Alergias:

Diagnóstico médico:

Avaliação da pessoa de acordo com as escalas de MIF, amplitudes articulares com recurso ao goniómetro, *Medical Research Council*, avaliação dos músculos-chave através do Motor Exam Guide, Escala de Ashworth modificada, escala numérica ou de faces da dor. Esta documentação será feita através do preenchimento da respetiva tabela ou figura.

Nº de sessões						
Sinais vitais	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
Tensão arterial (mmHg)						
Frequência cardíaca (bpm)						
SpO2 (%)						
Dor						

APÊNDICE C Avaliação dos músculos-chave através do Motor Exame
Guide

Músculo-chave	Lateralidade
Bícepite Braquial	Direito
	Esquerdo
Extensor Radial do Carpo	Direito
	Esquerdo
Tricépite	Direito
	Esquerdo
Flexor longo e profundo dos dedos	Direito
	Esquerdo
Adutor do 5º dedo	Direito
	Esquerdo
Iliopsoas	Direito
	Esquerdo
Quadrícepites	Direito
	Esquerdo
Tibial anterior	Direito
	Esquerdo
Extensor longo do Hálux	Direito
	Esquerdo
Tricépite Sural	Direito
	Esquerdo

Adaptada da ASIA - *International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury Motor Exam Guide* (2020)

APÊNDICE D Amplitudes articulares avaliadas com recurso ao
goniómetro

Segmento articular	Movimento
Ombro	Abdução 180°
	Adução 0°
	Flexão 180°
	Extensão 60°
	Rotação interna 50-80°
	Rotação externa 90-110°
Cotovelo	Flexão 150-160°
	Extensão 0°
Antebraço	Pronação 75°
	Supinação 85°
Punho	Flexão 90°
	Extensão 80°
	Desvio cubital 30°
	Desvio radial 15°
Bacia	Flexão (joelho em flexão) 120°
	Extensão 20°
	Abdução 45°
Joelho	Adução 60°
	Flexão 140°
	Extensão 0°
Tornozelo	Flexão 20°
	Extensão 50°
	Inversão 450°
	Eversão 20°

Graus de movimento adaptada das obra de Correia & Espanha (2020) e Musculino (2008)

APÊNDICE E Requerimento a autorizar a implementação do projeto à
comissão de ética hospitalar e consentimento informado

REQUERIMENTO

Exmo. Senhor(a) presidente da Comissão de Ética do [REDACTED]
[REDACTED]

Inês Sofia Ramalho Caldeira, Enfermeira de Cuidados Gerais (membro nº 71674 da Ordem dos Enfermeiros), aluna do quinto Mestrado em Enfermagem em associação, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora e sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo.

No âmbito do estágio final, solicito autorização para desenvolver o projeto de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação em pessoas com a problemática da imobilidade que possam cursar com alterações músculo-esqueléticas, projeto intitulado *Contributos da Enfermagem de Reabilitação na prevenção das complicações músculo-esqueléticas decorrentes da imobilidade em contexto de doença aguda*.

O projeto tem como objetivos avaliar quais os contributos da enfermagem de reabilitação na pessoa com o problema da imobilidade prolongada no leito ao nível da manutenção da amplitude nas articulações e prevenção da rigidez articular; aumentar a força muscular em pessoas com a problemática da imobilidade e prevenir a complicação da espasticidade.

Todas as intervenções serão validadas e supervisionadas pelo(a) enfermeiro(a) especialista em enfermagem de reabilitação responsável do Serviço de [REDACTED]
[REDACTED]

Comprometo-me a informar todos os intervenientes incluídos no projeto acerca dos objetivos, intervenções e resultados esperados, sem prejuízo da autorização escrita através do consentimento informado livre e esclarecido, garantindo o seu anonimato e, caso seja solicitado por vós, o anonimato da instituição.

Anexa-se a este requerimento o supracitado projeto de intervenção, o Curriculum Vitae da investigadora e a autorização da Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Pede deferimento

Consentimento informado livre e esclarecido para participar no projeto de intervenção, segundo as normas da Convenção de Helsínquia de 2013

Caro(a) utente,

Venho por este meio solicitar que leia com atenção o seguinte do documento e se lhe surgir alguma dúvida, por favor, não hesite em solicitar esclarecimento. Caso concorde em participar, deverá assinar no fim do documento para que possa ser incluído no estudo.

Enquadramento: Inês Sofia Ramalho Caldeira, Enfermeira de Cuidados Gerais (membro nº 71674 da Ordem dos Enfermeiros), aluna do quinto Mestrado em Enfermagem em associação, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora e sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo.

Explicação do estudo: O estudo intitulado de *Contributos da Enfermagem de Reabilitação na prevenção das complicações músculo-esqueléticas decorrentes da imobilidade*, será aplicado no estágio final do curso do Mestrado, para posterior discussão e divulgação dos resultados no relatório final.

O projeto de intervenção tem como objetivos:

- Avaliar quais os contributos da Enfermagem de Reabilitação na pessoa com o problema da imobilidade prolongada no leito ao nível da manutenção da amplitude nas articulações e prevenção da rigidez articular;
- Aumentar a força muscular em pessoas com a problemática da imobilidade;
- Prevenir a complicação da espasticidade e de contraturas.

A intervenção será realizada ao nível da prestação diferenciada de cuidados de enfermagem de reabilitação pela investigadora, sob a supervisão e validação do(a) enfermeiro(a) especialista responsável. Os resultados obtidos através da implementação de planos de exercícios e de mobilizações nos segmentos articulares serão avaliados através da aplicação de instrumentos de recolha de dados recomendados pela Ordem dos Enfermeiros.

Confidencialidade e anonimato: Os dados obtidos no presente estudo serão **confidenciais** e **anónimos**, na medida em que não será divulgado nenhum dado de identificação do interveniente, assegurando deste modo o seu anonimato. **Se a qualquer momento desejar abandonar o estudo, poderá fazê-lo sem necessidade de justificar-se e sem qualquer consequência.**

Desde já, agradeço a sua disponibilidade para participar no estudo, potencializando a investigação em Enfermagem.

Declaro ter lido e compreendido todas as informações fornecidas, bem como ter sido esclarecido(a) de forma clara todas as minhas dúvidas. Aceito participar no estudo de forma voluntária e a divulgação dos resultados obtidos para investigação científica, assegurando o meu anonimato. Também me foi garantido que caso, a qualquer momento, deseje abandonar o estudo o poderei fazê-lo sem que ocorra qualquer consequência ou justificação. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) a minha participação no estudo, assim como os procedimentos inerentes ao mesmo.

Se não for o próprio a assinar (por incapacidade)

Nome: _____

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

A investigadora: _____

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Orientadora: Professora Doutora Eugénia Grilo

Contacto: eugenia@ipcb.pt

Investigadora: Inês Sofia Ramalho Caldeira

Contacto: [REDACTED] [REDACTED]

Este documento é feito em duplicado, sendo um exemplar para a investigadora e outro para a pessoa interveniente (ou representante).

APÊNDICE F Plano de cuidados da doente P3

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem

Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

2º ano 1º semestre

Unidade Curricular: Estágio final

PLANO DE CUIDADOS

Docente:

Professora Doutora Eugénia Grilo

Enfermeira Supervisora:

Enfermeira Especialista [REDACTED]

Discente:

Inês Sofia Ramalho Caldeira nº m48179

[REDACTED] outubro de 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem

Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

2º ano 1º semestre

Unidade Curricular: Estágio final

PLANO DE CUIDADOS

Docente:

Professora Doutora Eugénia Grilo

Enfermeira Supervisora:

Enfermeira Especialista [REDACTED]

Discente:

Inês Sofia Ramalho Caldeira nº m48179

[REDACTED] outubro de 2021

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EV - Endovenoso

FC – Frequência Cardíaca

MIF - Medida de Independência Funcional

MRC - *Medical Research Council*

PO – *Per Os*

SC – Subcutânea

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TA – Tensão Arterial

TC CE - Tomografia Computorizada Cranioencefálica

LISTA DE ABREVIATURAS

bpm – batimentos por minuto

g – grama

m - metro

mg – miligrama

ml - mililitro

mmHg – milímetros de mercúrio

Kg – Quilograma

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

T ° - Temperatura

ÍNDICE

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA.....	7
2. PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	9
2.1 Caracterização sociodemográfica	9
2.2 Caracterização bio-fisiológica.....	9
2.3 História clínica e avaliação inicial.....	9
2.4 Exame neurológico.....	10
2.4.1 Estado Mental	11
2.4.2 Pares Cranianos.....	11
2.4.3 Coordenação motora	12
2.4.4 Sensibilidade	12
2.4.5 Marcha	13
3 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA E DE ÚLCERA POR PRESSÃO.....	15
3.1 Escala de Morse	15
3.2 Escala de Braden.....	17
4 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	19
4.1 Medida de Independência Funcional (MIF).....	20
4.5 Medical Research Council (MRC) - Avaliação dos músculos-chave através do Motor Exame Guide.....	21
4.6 Avaliação da amplitude articular através do goniômetro	23
4.7 Escala de Berg.....	25
4.8 Escala da espasticidade segundo a escala de Ashworth modificada.....	26
4.9 Avaliação da deglutição através da escala de GUSS	27
4.10 Avaliação dos sinais vitais antes e após o plano de exercícios de mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas resistidas e ativas livres, bem como dos isométricos	28
5 PLANO DE CUIDADOS	29
6 REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

NOTA INTRODUTÓRIA

A elaboração deste estudo de caso surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final, do quinto mestrado em associação a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus – Universidade de Évora. O estágio decorre sob a orientação da Docente Professora Doutora Eugénia Grilo e da Enfermeira Especialista [REDACTED], em contexto hospitalar, no [REDACTED]

Tal como o descrito no Artigo 4º do regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), este “*concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 10).

Para concretizar este estudo de caso defini como objetivos:

- Avaliar e diagnosticar alterações da funcionalidade da pessoa em estudo;
- Planear, executar e avaliar as intervenções de enfermagem de reabilitação com vista à capacitação da pessoa;
- Implementar programas de treino motor;
- Desenvolver, a nível pessoal e profissional, as competências específicas do EEER.

Este estudo de caso incide sobre uma pessoa com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) na protuberancial parassagital esquerda na qual serão demonstradas as intervenções executadas, os resultados esperados, bem como os ganhos em saúde obtidos. Para elaborar o presente plano, foi solicitado à pessoa em questão a autorização verbal e escrita (a pessoa significativa também estava presente) para a colheita de dados, a implementação do plano respetivo, os objetivos, bem como a garantia do seu anonimato.

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC, mantêm-se como a principal causa de morte em Portugal, sendo, por isso, uma das prioridades no que se refere ao planeamento em saúde (DGS, 2015).

O AVC causa *handicaps* em muitas pessoas em todo o mundo. O *status* pós AVC requer vários tratamentos de reabilitação, uma vez que estes fazem parte do plano prescrito por profissionais de saúde, de modo a promover a função, a restaurar a funcionalidade e a qualidade de vida (Pishkhani et al., 2020).

Como suporte bibliográfico para o desenvolvimento do presente trabalho foram obtidos estudos no motor de busca B-ON, documentos e normas emanadas por organizações de referência (Ordem dos Enfermeiros), assim como obras que abordam temas relacionados com o conteúdo deste trabalho.

Para formular os diagnósticos de enfermagem, recorri ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação elaborado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, de 2015, da Ordem dos Enfermeiros.

A estrutura do trabalho foi organizada de acordo com as normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora e as referências (citações, fontes e bibliografia) com as normas APA *American Psychological Association 6th edition*.

A redação escrita foi redigida com base no novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Caracterização sociodemográfica

Código: P3

Idade: 85 anos

Gênero: Feminino

Estado Civil: Viúva

Pessoa significativa: Filha

Residência: Urbana

Condições habitacionais: Habitação própria, apartamento no 2º piso, com escadas sem elevador, com 2 quartos, 1 sala, 1 cozinha e 1 casa-de-banho

Agregado familiar: Vive sozinha

Habilitações literárias: Frequentou a escola até ao 3º ano, inclusive

Profissão: Aposentada

Atividades ocupacionais: Frequentava aulas de dança (Zumba)

Caracterização bio-fisiológica

Peso: 75 Kg

Altura: 1,55m

Antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial, Insuficiência Mitral (seguida em consulta de Cardiologia no [REDACTED]), Dislipidemia, Obesidade, Hipotireoidismo

Alergias: Desconhece

Diagnóstico médico: AVC isquémico da protuberância sagital esquerda

História clínica e avaliação inicial

A pessoa em estudo dia 29/09/2021 recorre ao serviço de urgência geral, proveniente de domicílio próprio, por quadro de diminuição da força muscular no hemicorpo direito e alteração do discurso. Negava outras queixas como cefaleias, alteração na visão, toracalgia ou alteração do estado de consciência. Realizou Angio-TC CE que não revelou

alterações agudas, apenas calcificações ateromatosas nos sífões carotídeos. Perante este resultado, fica internada no serviço de observação com o diagnóstico de AVC sem tradução imagiológica, mantendo hemiparesia direita e disartria.

Dia 01/10/2021 realiza TC-CE, onde é documentado AVC protuberancial parassagital esquerda, e é transferida para o serviço de [REDACTED] para continuação do estudo. Durante o internamento com melhoria dos défices motores e com potencial de reabilitação, nomeadamente, ao nível da comunicação e treino das Atividades de Vida Diária. A 15/10 realiza TC-CE para controlo evolutivo, que evidencia aumento das dimensões da hipodensidade protuberancial parassagital esquerda. Durante o internamento, apresentou como intercorrência infecciosa, Infecção do Trato Urinário por Urocultura positiva para *Escherichia coli*, tendo cumprido Ciprofloxacina de 04/10 a 10/10.

Dia 19/10/2021 teve alta para domicílio com apoio domiciliário (bom suporte familiar - 3 filhas que vivem próximo), todavia, foi referenciada à Rede Nacional de Cuidados Continuados para tipologia de Média Duração e Reabilitação para continuação do plano de reabilitação iniciado em meio hospitalar.

Medicação de ambulatório: Lisinopril 20mg + Hidroclorotiazida 12,5 mg PO, Bisoprolol 2,5mg PO/dia, Pitavastatina 20mg PO/dia, Levotiroxina 100mg PO/dia, Bioflavonóides 500mg PO 12/12h, Beta-histina 24mg PO 12/12h e Ginkgo biloba (não se sabe posologia).

Medicação durante o internamento: Ácido Acetilsalicílico 150mg PO/dia, Bisoprolol 2,5mg PO/dia, Candesartan 8mg PO/dia, Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h (04/10 a 10/10), Enoxaparina Sódica 40mg SC/dia, Esomeprazol 20mg PO/dia, Lactulose 15ml 8/8h, Levotiroxina 100mg PO/dia, Paracetamol 1g EV 8/8h em SOS, Sene 20mg/dia, Quetiapina 25mg PO/dia, Rosuvastatina 20mg PO/dia

Exame neurológico

Uma correta neuroavaliação ou possíveis alterações do estado neurológico é fundamental no processo de reabilitação para a individualização dos cuidados de

enfermagem (Menoita, 2012). De salientar que esta avaliação foi realizada no dia 01/10/2021.

Estado Mental

Estado de consciência	- Ao nível do estado de consciência, encontra-se <u>vigil</u> , reage de modo apropriado a estímulos verbais e dolorosos; - Ao nível da quantificação do estado de consciência, segundo a Escala de Coma de Glasgow, apresenta abertura ocular espontânea (4), resposta verbal orientada (5) e na resposta motora obedece a estímulos e comandos (6), portanto, traduz-se num score de 15/15 – normal (Menoita, 2012).
Estado de orientação	A pessoa encontra-se <u>orientada</u> autopsíquicamente e alopsíquicamente, portanto, tem conhecimento de si própria, do tempo e do espaço.
Atenção	Encontra-se <u>vigil</u> , sem alterações na tenacidade (não se distraiu durante a entrevista), bem como a concentração.
Memória	<u>Sensorial, imediata e recente</u> sem alterações. A nível da <u>remota</u> , revela algumas alterações pontuais.
Linguagem	A nível do discurso espontâneo revelou alterações no teste de fonação e ressonância (disartria), sem alterações na compreensão, nomeação, repetição, capacidade de escrita e leitura mantidas, escrevendo o seu nome.
Capacidades práticas	Sem apraxia ideomotora, ideativa ou bucofacial.

Tabela 1: Estado mental do exame neurológico

Pares Cranianos

Nº	Nervo	Avaliação
I	Olfativo	Sem alterações
II	Ótico	Sem alterações na acuidade visual e no campo de visão.
III	Motor ocular comum	Pupilas isocóricas e isorreativas. Sem nistagmo ou ptose papebral
IV	Troclear/Patético	Sem alterações
V	Trigêmeo	Sem alterações na sensibilidade tátil da face e sem alterações nos músculos da mastigação, observando-se capacidade para encerrar

		e mover a mandíbula de forma bilateral e simétrica. Não foi testado o reflexo córneo-palpebral
VI	Abducente	Sem alterações
VII	Facial	Apresenta parésia facial central à direita, com apagamento do sulco nasogeniano. Reconhece os sabores doces (açúcar), salgados (sal) e amargos (limão) no terço anterior da língua.
VIII	Vestíbulo-coclear	<u>Divisão coclear:</u> Avaliado pelo bater de palmas, de olhos fechados, que estava sem alterações. <u>Divisão vestibular (Só foi avaliado a 04/05/2021):</u> segundo a escala de Berg, sem equilíbrio estático e dinâmico sentada e em ortostatismo.
IX	Glossofaríngeo	Reconhece os sabores do terço posterior da língua. Desvio da úvula para a esquerda.
X	Vago	Reflexo de vômito presente, sem alterações no vago. Tosse eficaz.
XI	Espinal	Tem dificuldade em elevar o trapézio direito. Sem alterações no músculo esternocleidomastóideo.
XII	Hipoglosso	Desvio da língua para a direita. Movimentos da língua diminuídos na protusão e retração, sem acumulação de saliva.

Tabela 2: Avaliação dos pares cranianos do exame neurológico adaptada de Menoita (2012)

Coordenação motora

A coordenação motora foi avaliada através da prova calcanhar-jelho, na qual a pessoa revelou bastante dificuldade em realizá-la com o membro inferior direito. O inferior esquerdo não tinha alterações.

Sensibilidade

Testada a sensibilidade profunda através da barestesia, sendo que a pessoa apresenta ligeira perda de sensibilidade na pressão dos dedos do pé direito. Na sensibilidade postural também revelou dificuldades em identificar qual a posição exata dos segmentos em relação ao corpo. A sensibilidade vibratória não foi testada.

Quanto à sensibilidade superficial, não foi testada a térmica. Apresenta diminuição da sensibilidade tátil em todos os segmentos do hemicorpo direito, mas a dolorosa encontra-se mantida.

Marcha

Durante o internamento não foi possível avaliar a marcha por não apresentar capacidade de iniciá-la de forma espontânea.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA E DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Escala de Morse

Esta escala avalia o risco de queda.

Item	01/10	04/10	05/10	08/10	11/10	13/10	15/10	18/10
Historial de quedas	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)
Diagnósticos secundários	Não (0)	Sim (15)	Sim (15)	Sim (15)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)
Ajuda para caminhar	Acamado (0)	Cadeira de rodas (0)	Cadeira de rodas (0)	Cadeira de rodas (0)	Cadeira de rodas (0)	Cadeira de rodas (0)	Cadeira de rodas (0)	Cadeira de rodas (0)
Terapia intravenosa	Não (0)	Sim (20)	Sim (20)	Sim (20)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)
Postura no andar e na transferência	Acamado (0)	Dependente de ajuda (20)	Dependente de ajuda (20)	Dependente de ajuda (20)	Dependente de ajuda (20)	Dependente de ajuda (20)	Dependente de ajuda (20)	Dependente de ajuda (20)
Estado mental	Consciente das suas capacidades (0)	Consciente das suas capacidades (0)	Consciente das suas capacidades (0)	Consciente das suas capacidades (0)	Consciente das suas capacidades (0)	Consciente das suas capacidades (0)	Consciente das suas capacidades (0)	Consciente das suas capacidades (0)
TOTAL	0	55	55	55	20	20	20	20

Tabela 3: Escala de Morse adaptada da Direcção-Geral da Saúde (2019)
 pontos; Baixo risco de 24-50 pontos; Alto risco igual ou superior a 51 pontos

Legenda: Sem risco 0-24

Interpretação da escala de Morse: Na primeira avaliação a pessoa não apresentava risco de queda, sendo que nas três avaliações seguintes aumentou o score para 55 pontos (alto risco de queda) devido ao facto de estar a cumprir medicação endovenosa para a infeção do trato urinário (e com isto um diagnóstico secundário) e por necessitar de ajuda nas transferências. Nos dias seguintes o risco desceu para 20 pontos, passou novamente a sem risco por ter terminado a medicação endovenosa e ter ficado resolvido este problema secundário.

Escala de Braden

Esta escala avalia o risco de úlcera por pressão.

	01/10	04/10	05/10	08/10	11/10	13/10	15/10	18/10
Percepção sensorial	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)
Humidade	Pele ocasionalmente húmida (3)	Pele ocasionalmente húmida (3)	Pele ocasionalmente húmida (3)	Pele ocasionalmente húmida (3)	Pele raramente húmida (4)	Pele raramente húmida (4)	Pele raramente húmida (4)	Pele raramente húmida (4)
Atividade	Acamado (1)	Sentado (2)	Sentado (2)	Sentado (2)	Sentado (2)	Sentado (2)	Sentado (2)	Sentado (2)
Mobilidade	Completamente imobilizado (1)	Completamente imobilizado (1)	Completamente imobilizado (1)	Muito limitada (2)	Muito limitada (2)	Muito limitada (2)	Muito limitada (2)	Ligeiramente limitada (3)
Nutrição	Provavelmente inadequada (2)	Provavelmente inadequada (2)	Provavelmente inadequada (2)	Adequada (3)	Adequada (3)	Adequada (3)	Adequada (3)	Adequada (3)
Fricção e forças de deslizamento	Problema (1)	Problema (1)	Problema (1)	Problema (1)	Problema (1)	Problema (1)	Problema (1)	Problema potencial (2)
TOTAL	11	12	12	14	15	15	15	17

Tabela 4: Escala de Braden adaptada da Direcção-Geral da Saúde (2011)

Legenda: Risco Baixo 15-16 pontos; Risco Moderado 12-14 pontos; Risco Elevado: Inferior a 11 pontos

Interpretação da escala de Braden: Nas primeiras avaliações (01/10 a 05/10), a pessoa apresentava um score baixo na avaliação do risco de úlcera por pressão, ou seja, tinha alto risco de desenvolver úlcera por pressão. Do dia 08/10 esse risco diminuiu, passando a moderado e nos últimos dias de internamento passou a baixo risco de úlcera por pressão, ganhando pontos essencialmente na humidade, mobilidade e fricção e forças de deslizamento.

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Em enfermagem de reabilitação, os instrumentos de avaliação são essenciais na medição de progressos, incapacidades, melhorar a comunicação inter/intradisciplinar e medir a eficácia do tratamento, sendo ainda passível de documentação para posterior continuidade de cuidados e registo dos benefícios das intervenções de Enfermagem (Hoeman, 2011). Um instrumento de avaliação deve ser prático, simples de aplicar e produzir resultados significativos que possam orientar o processo de reabilitação (Sousa & Vieira, 2017). No decorrer do estudo de caso, foi possível avaliar a Medida de Independência Funcional (MIF), a avaliação da força dos músculos-chave através da *Medical Research Council* (MRC), a amplitude articular através do goniómetro, do equilíbrio através da escala de Berg, a espasticidade através da escala de Ashworth modificada, a avaliação da deglutição através da escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS).

Medida de Independência Funcional (MIF)

Autocuidados	Antes do AVC	01/10	04/10	05/10	08/10	11/10	13/10	15/10	18/10
A – Alimentação	7	1	2	2	3	3	3	4	4
B – Higiene Pessoal	7	1	1	2	2	3	3	3	4
C – Banho (lavar o corpo)	7	1	1	2	2	3	3	3	4
D – Vestir metade superior	7	1	1	2	2	2	3	3	3
E – Vestir metade inferior	7	1	1	1	1	1	1	1	1
F – Utilização da sanita	7	1	1	1	1	1	1	1	1
Controlo dos esfíncteres									
G - Bexiga	7	1	1	1	1	2	3	4	4
H - Intestinal	7	3	4	4	4	4	4	4	4
Mobilidade - Transferências									
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	7	1	1	1	1	2	2	2	2
J - Sanita	7	1	1	1	1	1	1	1	1
K – Duche / banheira	7	1	1	1	1	1	1	1	1
Locomoção									
L – Marcha / cadeira de rodas	7	1	1	1	1	1	1	1	1
M – Escadas	7	1	1	1	1	1	1	1	1
Comunicação									
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7	7	7	7	7	7	7	7

O – Expressão (vocal / não vocal)	7	3	3	4	4	4	4	5	5
Consciência do mundo exterior									
P – Interação Social	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Q – Resolução de problemas	7	1	1	1	1	1	1	1	1
R - Memória	7	5	5	5	5	6	6	6	6
TOTAL	126	38	40	44	45	50	52	55	57

Tabela 5: MIF adaptada da Direcção-Geral da Saúde (2011)

Legenda: Total assistência 1; Máxima assistência (25%) 2; Moderada assistência (50%) 3; Mínima assistência (75%) 4; Supervisão 5; Independência modificada 6; Independência completa 7

Total da pontuação: Dependência completa 18 pontos; Dependência modificada (assistência até 50% da tarefa) 19-60 pontos; Dependência modificada (assistência até 75% da tarefa) 61-103 pontos; Independência completa 104-126 pontos

Interpretação da MIF: Pela interpretação da tabela, podemos verificar que antes do AVC, a pessoa era independente em todos os seus autocuidados. Na primeira avaliação no serviço de internamento, a pessoa apresentava um score de 38 pontos, uma vez que tinha a pontuação mínima em todos os itens, à exceção da compreensão e da interação social, nos quais tinha a pontuação máxima (7 pontos). Nos dias seguintes, observou-se uma evolução positiva, gradual, na alimentação (no dia 08/10 a doente conseguiu começar a comer sozinha com a mão funcional), sendo que no fim do internamento apenas necessitava de supervisão; no banho e higiene pessoal a 08/10 a pessoa conseguiu lavar a metade superior do corpo, sendo que no último dia a pontuação subiu para 4, uma vez que conseguiu lavar o membro superior esquerdo, ainda que de forma rudimentar, com a mão direita. No vestuário a foi sempre necessário lembrar e reforçar a sequência correta de vestir/despir, porém revelou sempre alguma dificuldade neste campo, especialmente nos membros inferiores. No intestinal, ainda que com pontuação média, inicialmente, a pessoa referia vontade em evacuar, mas não conseguia controlar o esfíncter de modo a dar tempo de providenciar a arrastadeira, só a partir do dia 04/10 é que foi possível que a pessoa conseguiu-se controlar o esfíncter e dar tempo de providenciar a arrastadeira. Na eliminação vesical, inicialmente, foram tomadas algumas medidas para reeducar a bexiga, mas sem sucesso, uma vez que a pessoa acabava por ter micção no absorvente de forma espontânea e sem conseguir controlar o esfíncter, embora tenha evoluído positivamente neste campo, sendo que à data da alta, e durante o dia, a pessoa já conseguia controlar o esfíncter vesical. As transferências foram um aspeto algo complicado de trabalhar porque, apesar da força de grau 5/5 no membro inferior esquerdo e grau 3/5 no direito na escala de MRC, a pessoa sempre revelou, em todas as ocasiões, fator medo, tornando impossível

o treino de marcha (apesar do potencial); na expressão vocal (melhoria da disartria) e ao nível da higiene nos primeiros dias a memória também apresentou algumas falhas, principalmente na remota, na qual se esquecia de alguns aspetos já trabalhados anteriormente.

Medical Research Council (MRC) - Avaliação dos músculos-chave através do Motor Exame Guide

Músculo-chave	Lateralidade	01/ 10	04/ 10	05/ 10	08/ 10	11/ 10	13/ 10	15/ 10	18/ 10
Bícepite Braquial	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor Radial do Carpo	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	2/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Trícepite	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Flexor longo e profundo dos dedos	Direito	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Adutor do 5º dedo	Direito	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Iliopsoas	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Quadrícepites	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tibial anterior	Direito	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	4/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor longo do Hálux	Direito	1/5	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Trícepite Sural	Direito	1/5	1/5	1/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5

Tabela 6: MRC adaptada da *Medical Research Council* (1976) e escala dos músculos-chave adaptada da *ASIA - International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury Motor Exam Guide* (2020)

Legenda: Grau 5 - Força Normal; Grau 4 - O músculo suporta a articulação contra uma combinação de gravidade e resistência moderada; Grau 3 - O músculo não consegue suportar a articulação, mas move a mesma totalmente contra a gravidade; Grau 2 - O músculo move a articulação, mas não contra a gravidade; Grau 1 - Observa-se contração muscular, mas não há movimento; Grau 0 - Não há movimento

Interpretação da MRC: Através da tabela, pode-se verificar que nos primeiros dias a força dos músculos chaves do hemicorpo direito encontrava-se bastante comprometida, revelando valores de 2/5 nos segmentos mais proximais e grau 1/5 nos distais. Gradualmente, o valor do score foi aumentado ainda que pouco expressivo, sendo mais evidente nos músculos proximais (3/5) e 2/5 nos distais. Na última avaliação, os músculos Tricípite, Bícípete Braquial, Quadricípites e Tibial Anterior obtiveram um aumento do grau de força para 4/5. Quanto aos músculos do hemicorpo esquerdo, estes mantiveram sempre força de grau 5/5.

Avaliação da amplitude articular através do goniómetro

Segmento articular	Movimento	Lateralidade	Grau de movimento					
			01/10	05/10	08/10	11/10	13/10	18/10
Ombro	Abdução 180°	Direito	100°	110°	120°	150°	150°	155°
		Esquerdo	170°	170°	170°	170°	170°	170°
	Adução 0°	Direito	0°	0°	0°	0°	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°	0°	0°	0°	0°
	Flexão 180°	Direito	125°	130°	140°	160°	160°	160°
		Esquerdo	170°	170°	170°	170°	170°	170°
	Extensão 60°	Direito	30°	35°	40°	45°	45°	45°
		Esquerdo	50°	50°	50°	50°	50°	50°
	Rotação interna 50-80°	Direito	*	*	*	*	*	*
		Esquerdo	*	*	*	*	*	*
Rotação externa 90-110°	Direito	*	*	*	*	*	*	
	Esquerdo	*	*	*	*	*	*	
Cotovelo	Flexão 150-160°	Direito	155°	155°	155°	155°	155°	155°
		Esquerdo	155°	155°	155°	155°	155°	155°
	Extensão 0°	Direito	0°	0°	0°	0°	0°	0°

		Esquerdo	0°	0°	0°	0°	0°	0°
Antebraço	Pronação 75°	Direito	75°	75°	75°	75°	75°	75°
		Esquerdo	75°	75°	75°	75°	75°	75°
	Supinação 85°	Direito	80°	80°	80°	85°	85°	85°
		Esquerdo	85°	85°	85°	85°	85°	85°
Punho	Flexão 90°	Direito	85°	85°	85°	90°	90°	90°
		Esquerdo	90°	90°	90°	90°	90°	90°
	Extensão 80°	Direito	75°	75°	75°	80°	80°	80°
		Esquerdo	80°	80°	80°	80°	80°	80°
	Desvio cubital 30°	Direito	30°	30°	30°	30°	30°	30°
		Esquerdo	30°	30°	30°	30°	30°	30°
	Desvio radial 15°	Direito	15°	15°	15°	15°	15°	15°
		Esquerdo	15°	15°	15°	15°	15°	15°
Bacia	Flexão 120°	Direito	120°	120°	120°	120°	120°	120°
		Esquerdo	120°	120°	120°	120°	120°	120°
	Extensão 20°	Direito	20°	20°	20°	20°	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°	20°	20°	20°	20°
	Abdução 45°	Direito	45°	45°	45°	45°	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°	45°	45°	45°	45°
Adução 60°	Direito	60°	60°	60°	60°	60°	60°	
	Esquerdo	60°	60°	60°	60°	60°	60°	
Joelho	Flexão 140°	Direito	140°	140°	140°	140°	140°	140°
		Esquerdo	140°	140°	140°	140°	140°	140°
	Extensão 0°	Direito	0°	0°	0°	0°	0°	0°
		Esquerdo	0°	0°	0°	0°	0°	0°
Tornozelo	Flexão 20°	Direito	20°	20°	20°	20°	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°	20°	20°	20°	20°
	Extensão 50°	Direito	50°	50°	50°	50°	50°	50°
		Esquerdo	50°	50°	50°	50°	50°	50°
	Inversão 45°	Direito	45°	45°	45°	45°	45°	45°
		Esquerdo	45°	45°	45°	45°	45°	45°
	Eversão 20°	Direito	20°	20°	20°	20°	20°	20°
		Esquerdo	20°	20°	20°	20°	20°	20°

Tabela 7: Graus de movimento adaptada das obras de Correia & Espanha (2020) e Muscolini (2008) * Não foi avaliado

Interpretação das amplitudes articulares: Em termos gerais, as amplitudes articulares mantiveram-se sem alterações, ou seja, dentro dos parâmetros fisiológicos, salvo as articulações dos ombros, especialmente do direito, onde inicialmente apresentava uma grande limitação de movimentos devido à dor, mas que foi recuperado

paulatinamente. No momento da alta, apresentava o ombro direito mais funcional e sem queixas de dor.

Escala de Berg

Parâmetros a avaliar	04/ 10	05/ 10	08/ 10	11/ 10	13/ 10	15/ 10	18/ 10
Posição sentada para posição em pé	0	0	0	0	0	1	1
Permanecer em pé sem apoio	0	0	0	0	0	0	0
Permanecer sentado sem apoio nas costas	0	0	1	2	2	3	3
Posição em pé para posição sentada	0	0	0	1	1	1	1
Transferências	0	0	0	0	0	0	1
Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	0	0	0	1	1	1	1
Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	0	0	1	1	1	1
Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	0	0	0	0	0	0	0
Apanhar um objeto do chão	0	0	0	0	0	0	0
Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros	0	0	0	0	0	0	0
Girar 360 graus	0	0	0	0	0	0	0
Posicionar os pés alternadamente ao degrau	0	0	0	0	0	0	0
Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	0	0	0	0	0	0
Permanecer em pé sobre uma perna	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	1	5	5	7	8

Tabela 8: Escala de Berg adaptada de Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, da Ordem dos Enfermeiros (2016)

Legenda: 0 - 20 pontos diminuição do equilíbrio; 21 - 40 pontos equilíbrio aceitável; 41 – 56 pontos bom equilíbrio (Teixeira, 2014)

Interpretação da escala de Berg: Esta avaliação só se iniciou no dia em que a pessoa iniciou o levante, que foi a 04/10, e aqui verificou-se que a pessoa não apresentava equilíbrio estático nem dinâmico sentada, sendo a mesma avaliação no dia seguinte. Na avaliação posterior apresentou score de 1 onde apenas teve ganho no ato de conseguir estar sentada sem apoio de costas durante 10 segundos. Nas duas avaliações posteriores apresentou melhoria do equilíbrio na posição de sentada (ainda que um score muito baixo

– 5), no qual conseguir estar sentada sem apoio de costas durante 30 segundos, já se conseguiu sentar, mas com descida descontrolada e foi incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas manteve-se em pé com apoio de dispositivo e de terceiros. Nas duas últimas avaliações houve um ligeiro ganho na posição sentada para posição em pé e no permanecer sentado sem apoio nas costas, perfazendo um score de 8 pontos. Nesta análise, pode-se verificar que a pessoa apresenta alto de risco de queda devido ao score muito pobre de equilíbrio, segundo os Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, da Ordem dos Enfermeiros de 2016. A pessoa não apresentava marcha no início do internamento, no final já tinha a capacidade de se colocar na posição ortostática, mas sem marcha autónoma, deambulando com ajuda de dispositivo e de terceiros.

Escala da espasticidade segundo a escala de *Ashworth* modificada

	01/10	04/10	05/10	08/10	11/10	13/10	15/10	18/10
Avaliação do grau de espasticidade em todos os segmentos dos membros do hemicorpo direito	0/4	0/4	0/4	0/4	0/4	0/4	0/4	0/4

Tabela 9: Adaptado da *Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. Physical Therapy*, Bohannon & Smith (1987)

Interpretação da escala de *Ashworth* modificada: De acordo com a interpretação dos valores obtidos e o que está definido pela escala de *Ashworth* modificada em que o grau 0 corresponde a nenhum aumento do tónus e no grau 4 os segmentos afetados estão rígidos na flexão ou na extensão; a avaliação feita acerca do grau de espasticidade em todos os segmentos do hemicorpo direito, revela o valor de 0/4, isto é, não se observa nenhum aumento do tónus, portanto, sem espasticidade.

Avaliação da deglutição através da escala de GUSS

Investigação preliminar		Pontos
Vigília	Sim	1
Tosse e/ou pigarreio (voluntário)	Sim	1
Deglutição da saliva: eficaz	Sim	1
Deglutição da saliva: baba controlada	Sim	1
Deglutição da saliva: Alteração da qualidade vocal	Não	1
Teste de deglutição		
Semisólido	Sem alterações	5
Líquido	Sem alterações	5
Sólido	Sem alterações	5
TOTAL		20

Tabela 10: Adaptado da *Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients*. *Stroke*, Trapl et. al. (2007)

Legenda: 0 – 9 pontos Disfagia severa; 10 – 14 pontos Disfagia moderada; 15 – 19 pontos Disfagia ligeira; 20 pontos Sem disfagia.

Interpretação da escala de GUSS: De acordo com a avaliação da escala referente à deglutição, a pessoa não apresenta comprometimento desta, ou seja, não tem deglutição comprometida.

Concomitantemente à avaliação da deglutição através da escala de GUSS, previamente, no exame neurológico, já se tinha verificado que a pessoa apresentava desvio da úvula para a esquerda. Durante a avaliação, foi monitorizada a SpO₂ (manteve-se sempre nos 96%), manteve-se eupneica e foi realizada auscultação cervical (sons audíveis sem alterações).

Avaliação dos sinais vitais antes e após o plano de exercícios de mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas resistidas e ativas livres, bem como dos isométricos

Data	Nível temporal	TA (mmHg)	FC (bpm)	T (° C)	SpO ₂ (%)	Dor
01/10	Antes	145/80	62	36	96	2/10

	Após	150/80	70	-	97	2/10
04/10	Antes	110/70	70	36,5	97	0/10
	Após	120/72	75	-	95	2/10
05/10	Antes	123/75	63	36,3	98	0/10
	Após	115/75	68	-	97	0/10
08/10	Antes	112/69	72	36,4	95	0/10
	Após	115/70	80	-	95	0/10
11/10	Antes	114/72	66	36,6	96	0/10
	Após	118/75	70	-	96	0/10
13/10	Antes	115/68	72	36,3	97	0/10
	Após	121/71	76	-	96	0/10
15/10	Antes	117/69	69	36,4	96	0/10
	Após	123/73	72	-	96	0/10
18/10	Antes	129/70	73	36,6	97	0/10
	Após	132/73	76	-	97	0/10

Tabela 11: Avaliação dos sinais vitais antes e após as sessões de exercícios

PLANO DE CUIDADOS

FOCO: Movimento Muscular		
Enunciado de diagnóstico: Movimento muscular diminuído nos segmentos do hemicorpo direito		
Resultados esperados: Aumentar a força muscular nos segmentos do hemicorpo direito		
Início e termo	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenção de Enfermagem	Avaliação
01/10 a 18/10	<p>Dimensão: Movimento Muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a força muscular dos segmentos do hemicorpo direito através da escala de força <i>Medical Research Council</i>; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (1 série, 10 repetições) e posteriormente, ativo assistido nos segmentos do hemicorpo direito, consoante a tolerância à dor e respeitando os limites das amplitudes articulares; - Executar exercícios isométricos e exercícios isotónicos; - Incentivar as mobilizações ativas livres do hemicorpo esquerdo; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular. 	<p>01/10 e 04/10 - Nos primeiros dias a força dos músculos chave do hemicorpo direito encontrava-se bastante comprometida, revelando valores de 2/5 nos segmentos mais proximais e grau 1/5 nos distais.</p> <p>05/10 e 08/10 – Houve melhoria do grau de força nos segmentos distais para grau 2/5, ficando equiparado aos restantes segmentos.</p> <p>11/10 e 13/10 – Aumento da força muscular dos músculos mais proximais para 3/5 mas os distais mantiveram-se em grau 2/5.</p> <p>15/10 – Aumento da força muscular dos músculos proximais para grau 3/5.</p> <p>18/10 - Na última avaliação, os músculos Tricípite, Bícipete Braquial, Quadricípites e Tibial Anterior obtiveram um aumento do grau de força para 4/5. Quanto aos músculos do hemicorpo esquerdo, estes mantiveram sempre força de grau 5/5.</p>

<p>Enunciado de diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular nos músculos do hemicorpo direito</p> <p>Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular nos músculos do hemicorpo direito</p>		
<p>01/10 a 18/10</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular nos segmentos do hemicorpo direito; - Ensinar sobre técnicas de exercícios muscular e articular nos segmentos do hemicorpo direito. 	<p>01/10 – A pessoa não apresenta qualquer conhecimento sobre técnicas de exercícios.</p> <p>04/10 a 13/10 – Quando abordado o assunto, a pessoa lembra-se quais são os exercícios que pode realizar, mas revela esquecimento frequente.</p> <p>15/10 a 18/10 – A pessoa revela que quando está sozinha realiza contrações isométricos dos músculos abdominais e glúteos. Também revela (e exemplifica) as mobilizações ao nível dos dedos, do cotovelo, anca, joelho e tibiotársica.</p>
<p>FOCO: Rigidez Articular</p> <p>Enunciado de diagnóstico: Risco de rigidez articular</p> <p>Resultado esperado: Manter a mobilidade articular e a prevenção da rigidez articular</p>		
<p>01/10 a 18/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; - Executar técnica de posicionamento; 	<p>01/10 a 05/10 – Dificuldade em mobilizar as articulações do ombro direito por dor presente com diminuição das amplitudes. Restantes articulações com a amplitude fisiológica mantida e sem rigidez.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar execução de exercício muscular e articular passivo; - Avaliar movimento articular; - Monitorizar amplitude do movimento articular através do goniómetro. 	<p>08/10 a 13/10 – Aumento das amplitudes articulares do ombro direito, mais expressivas ao nível da abdução e flexão. Refere melhoria considerável da dor, sendo que no dia 13/10 não referiu queixas. Restantes articulações com a amplitude fisiológica mantida e sem rigidez articular.</p> <p>18/10 – As amplitudes articulares mantiveram-se sensivelmente nos mesmos valores da última avaliação.</p>
<p>FOCO: Posicionar-se</p> <p>Enunciado de diagnóstico: Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se, não demonstrado</p> <p>Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se</p>		

<p>01/10 a 18/10</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se; - Ensinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se; - Providenciar material educativo (Anexo I). 	<p>01/10 – Não apresenta conhecimentos acerca da técnica de adaptação para posicionar-se. Foi explicado o motivo do posicionamento correto, neste caso, em padrão inibitório da espasticidade, que parece compreender.</p> <p>04/10 a 13/10 – Sem grande evolução relativamente ao conhecimento da técnica para posicionar, porém sabe qual o lado mais favorável (decúbito lateral sobre o lado são – <i>“para o lado da janela”</i>). No dia 11/10 houve o primeiro contacto com a pessoa significativa e foi-lhe explicado o procedimento, que compreendeu. Fornecido material educativo.</p> <p>15/10 e 18/10 – A pessoa sabe qual o lado mais favorável ao seu posicionamento e o menos (decúbito dorsal). No primeiro sabe a localização das almofadas, mas no segundo não.</p>
-------------------------------------	--	--

	FOCO: Transferir-se	
	Enunciado de diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se, não demonstrado	
	Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se	
01/10 a 18/10	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se. 	<p>01/10 – Não demonstra conhecimento sobre a técnica correta para realizar transferências.</p> <p>04/10 – Dia em que iniciou levantar com meias tromboembólicas, mas não demonstrou conhecimento sobre a técnica correta para realizar transferências. Não apresentou hipertensão ortostática.</p> <p>05/10 a 11/10 – Manteve levantar diário e bi-diário (nos dias em que a EEER estava presente no turno da tarde) mas não demonstra conhecimento sobre a técnica correta para realizar transferências e revela receio.</p> <p>13/10 – Mais colaborante e com melhoria do conhecimento da técnica da transferência, mas perturbado pelo sentimento de medo de queda.</p> <p>15/10 a 18/10 – Revela melhoria no conhecimento da técnica de transferência, sendo que no último dia foi possível realizá-lo com a ajuda de uma só pessoa.</p>
	Enunciado de diagnóstico: Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, não demonstrada	
	Resultado esperado: Melhoria da capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se	

<p>05/10 a 18/10</p>	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Treinar técnica de adaptação para transferir-se.</p>	<p>05/10 – Sem capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, por não demonstrar conhecimento acerca da mesma, bem como insegurança da própria.</p> <p>08/10 e 11/10 – Apesar do levante diário e do treino, continuou a não demonstrar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se;</p> <p>13/10 e 15/10 - Apresentou ligeira melhoria, com mais colaboração na transferência, embora necessite de ajuda total.</p> <p>18/10 – Foi possível realizar o levante com a ajuda de uma pessoa.</p>
<p>FOCO: Autocuidado: Vestuário</p> <p>Enunciado de diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário, não demonstrado</p> <p>Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário</p>		
<p>01/10 a 18/10</p>	<p>Dimensão: Conhecimento - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (veste primeiro o membro afetado e depois o outro, sendo o oposto a despir).</p>	<p>01/10 a 11/10 - A pessoa não apresenta conhecimentos sobre adaptação para o autocuidado vestuário. Foram iniciados os ensinamentos relativos ao vestir e despir, mas a pessoa revelou sempre dificuldade em lembrar a sequência correta.</p> <p>13/10 a 15/10 – Melhoria do conhecimento sobre a técnica correta para vestir, tendo vestido a camisola de forma correta. Relativamente às calças, apresentou dificuldade em realizar a sequência correta.</p> <p>18/10 – Praticamente vestiu a metade superior sozinha, com supervisão, porém a metade inferior revelou dificuldade.</p>

Enunciado de diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário		
Resultado esperado: Melhoria da capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário		
01/10 a 18/10	<p>Dimensão: Aprendizagens de Capacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado vestuário. 	<p>01/10 a 11/10 – A pessoa não consegue vestir-se, necessário relembrar a sequência correta do vestir/despir várias vezes.</p> <p>13/10 a 15/10 - Revela melhoria da aprendizagem de capacidades, nomeadamente em vestir a metade superior, contudo não consegue vestir e despir a metade inferior do corpo sem ajuda de terceiros.</p> <p>18/10 - Praticamente vestiu a metade superior sozinha, com supervisão, porém a metade inferior revelou dificuldade.</p>
FOCO: Autocuidado: Higiene		
Enunciado de diagnóstico: Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene, não demonstrado		
Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene		
01/10 a 18/10	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene. 	<p>01/10 a 04/10 – A pessoa não apresenta conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado higiene.</p> <p>05/10 a 08/10 – Ténue melhoria do conhecimento, ainda que muito limitada.</p> <p>11/10 a 18/10 – A pessoa revela melhoria do conhecimento sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado higiene.</p>
Enunciado de diagnóstico: Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, não demonstrado		
Resultado esperado: Melhoria da capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene		

<p>01/10 a 18/10</p>	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene. 	<p>01/10 a 04/10 – Higiene realizada no leito, com ajuda total, incentivada a lavar-se, mas não consegue.</p> <p>05/10 a 08/10 – Ligeira melhoria, já consegui lavar o rosto, a boca e pentear-se sozinha.</p> <p>11/10 e 15/10 – Consegue lavar sozinha o rosto, a boca, o tronco, membros superiores e genitais, com o membro superior esquerdo.</p> <p>18/10 – Além dos ganhos obtidos nas últimas avaliações, neste dia foi possível lavar (ainda que de forma rudimentar) o membro superior esquerdo com a mão direita (a menos funcional).</p>
<p>FOCO: Autocontrolo: continência urinária</p> <p>Enunciado de diagnóstico: Autocontrolo: continência urinária ineficaz</p> <p>Resultado esperado: Eficácia no autocontrolo: continência urinária</p>		
<p>01/10 a 18/10</p>	<p>Dimensão: Autocontrolo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aconselhar eliminação urinária antes do sono; - Avaliar autocontrolo: continência urinária; - Monitorizar eliminação urinária; - Planear eliminação urinária; 	<p>01/10 – A pessoa não apresenta autocontrolo na eliminação urinária, tem micção no absorvente e desconhece o possível uso da arrastadeira.</p> <p>04/10 a 08/10 – Apesar de continuar a não ter controlo vesical, foi-lhe providenciada a arrastadeira, onde foi feito o ensino do uso da mesma e a importância do exercício da ponte para concretizar este objetivo.</p> <p>11/10 a 13/10 – Nos turnos realizados, após ser providenciada a arrastadeira, conseguiu ter micção e a pessoa sentiu-se bastante satisfeita</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Planear ingestão de líquidos; - Reforçar comportamentos com técnica de feedback; - Reforçar auto-eficácia. 	<p>com este ganho. Foi lhe explicado a importância de tentar urinar quando acorda, após as refeições e a horas fixas, bem como reduzir a ingestão de líquidos após as 18h.</p> <p>15/10 a 18/10 – A pessoa verbalizou vontade em urinar, sendo possível providenciar a arrastadeira, pelo menos durante o dia.</p>
<p>FOCO: Autocontrole: continência intestinal</p> <p>Enunciado de diagnóstico: Autocontrole: continência intestinal ineficaz</p> <p>Resultado esperado: Eficácia no autocontrole: continência intestinal</p>		
<p>01/10 a 18/10</p>	<p>Dimensão: Autocontrole</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocontrole: continência intestinal; - Incentivar o autocontrole: continência intestinal; - Planear eliminação intestinal; - Reforçar os comportamentos com técnica de feedback; - Reforçar auto-eficácia. 	<p>01/10 – A pessoa não revela capacidade para usar a arrastadeira, em parte por desconhecer a existência da mesma. Foi lhe mostrado o dispositivo para solicitar quando necessário.</p> <p>04/10 a 08/10 – Foi possível usar a arrastadeira para defecar e conseguiu executar a ponte de modo a facilitar a adaptação da mesma.</p> <p>11/10 a 18/10 – Solicitou sempre a arrastadeira para defecar, mas para ter micção teve de ser incentivada (e foi possível realizar).</p>

FOCO: Autocuidado: comer		
Enunciado de diagnóstico: Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer, não demonstrado		
Resultado esperado: Melhoria da capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer		
01/10 a 18/10	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: comer; - Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: comer. 	<p>01/10 – A pessoa não consegue comer sozinha, necessitada de ajuda de terceiros para se alimentar (apesar de força de grau 5/5 no membro superior esquerdo), mas não demonstra vontade em comer pela própria mão.</p> <p>04/10 a 08/10 – Revelou alguma melhoria, foi incentivada a comer pela própria mão, tendo conseguido com colher.</p> <p>11/10 a 15/10 – Melhoria das capacidades, com a mão direita já consegue segurar o prato enquanto a esquerda leva a comida à boca. No beber nunca apresentou comprometimento, sempre conseguiu ingerir água autonomamente.</p> <p>18/10 – Necessitou de supervisão para comer, sendo que o faz corretamente, usa a mão direita para segurar o prato (uso da terapia por restrição), todavia só conseguia comer com a mão esquerda.</p>
FOCO: Parésia		
Enunciado de diagnóstico: Parésia presente na face (à direita)		
Resultado esperado: Melhoria da parésia da face (à direita)		
01/10 a 18/10	<p>Dimensão: Parésia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular; 	<p>01/10 – Iniciados exercícios de fortalecimento muscular facial ao espelho, que a pessoa cumpre e consegue executá-los sem dificuldade.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar parésia; - Supervisionar a pessoa no mastigar. 	<p>04/10 a 13/10 – Melhoria da parésia facial direita. Tem cumprido a realização dos exercícios muscular faciais. Mastigação sem alterações.</p> <p>15/10 a 18/10 – Manteve o plano de exercício de fortalecimento muscular faciais, que cumpre ao espelho, com melhoria da assimetria facial.</p>
<p>Enunciado de diagnóstico: Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular não demonstrado</p> <p>Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</p>		
<p>01/10 a 18/10</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Providenciar material educativo (anexo II). 	<p>01/10 – A pessoa não revela conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, pelo que foi feito o ensino.</p> <p>04/10 a 08/10 – Devido à memória remota com alguns lapsos, a pessoa apenas se recorda do exercício de simular um beijo.</p> <p>11/10 a 13/10 – Melhoria considerável do conhecimento, recorda-se de outros exercícios ensinados, como o assobiar, o brincar com a língua, sorrir com os dentes e franzir as sobrancelhas.</p> <p>15/10 – Além dos exercícios descritos anteriormente, também se recorda (e realiza) o soprar.</p>

FOCO: Comunicação		
Enunciado de diagnóstico: Comunicação comprometida		
Resultado esperado: Comunicação eficaz		
01/10 a 18/10	<p>Dimensão: Comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para comunicar; - Incentivar a pessoa a comunicar. 	<p>01/10 a 04/10 – A pessoa é bastante comunicativa, porém apresenta disartria. Foi lhe sugerido falar mais pausadamente e com a prótese dentária.</p> <p>05/10 a 13/10 - Apresenta melhoria na articulação das palavras, comunica de forma mais pausada e sabe que se torna mais perceptível com a prótese dentária.</p> <p>15/10 a 18/10 – Melhoria considerável da disartria, conseguindo-se exprimir de forma eficaz.</p>
FOCO: Equilíbrio corporal		
Enunciado de diagnóstico: Equilíbrio corporal comprometido		
Resultado esperado: Melhoria do equilíbrio corporal		
01/10 a 18/10	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio corporal; - Estimular a manter o equilíbrio corporal (correção postural); - Monitorizar equilíbrio corporal através de escala de Berg; - Executar técnica de treino de equilíbrio (até ao momento, ponte e rolar). 	<p>04/10 e 05/10 – A pessoa iniciou levante dia 04/10 e tanto nesse dia como no seguinte não revelou equilíbrio estático e dinâmico sentada.</p> <p>08/10 – Revelou ténue melhoria do equilíbrio estático sentada, ainda que bastante diminuído. Nas restantes dimensões ainda sem qualquer equilíbrio.</p> <p>11/10 a 13/10 – Segundo a escala de Berg revelou ligeira melhoria do equilíbrio estático sentada, já conseguindo estar sentada sem apoio de costas.</p>

		15/10 a 18/10 - Nas duas últimas avaliações houve um ligeiro ganho na posição sentada para posição em pé e no permanecer sentado sem apoio nas costas.
FOCO: Espasticidade		
Enunciado de diagnóstico: Espasticidade em grau reduzido nos segmentos do hemicorpo direito		
Resultado esperado: Melhoria ou prevenção da espasticidade		
01/10 a 18/10	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo e assistido, - Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; - Incentivar técnica de exercício muscular e articular; - Monitorizar espasticidade através de escala de Ashworth modificada. 	01/10 a 18/10 – Em todas as avaliações, a pessoa não apresentou espasticidade, nos segmentos do hemicorpo direito, com valor 0/4 na escala de Ashworth modificada. Foram privilegiados exercícios musculares e articulares passivos e, posteriormente, ativos assistidos.

Tabela 12: Plano de cuidados segundo o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o término deste estudo, posso concluir que foi bastante proveitoso a sua concretização no sentido de me ajudar a delinear o plano terapêutico, bem como na assimilação de vários conceitos dentro dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa após AVC.

Este trabalho permitiu-me aprofundar conhecimentos, melhorar e refletir sobre a minha prática, sob a supervisão da enfermeira especialista.

Foi visível todo o trabalho desenvolvido com a pessoa, demonstrando-se ganhos na funcionalidade, autonomia e saúde. A reabilitação também foi possível graças ao acompanhamento frequente da mesma, permitindo sempre ganhos nos autocuidados.

Também foi possível usar várias escalas de avaliação recomendadas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação para conseguir avaliar a pessoa como um todo, o que acaba por complementar o percurso académico em contexto de estágio iniciado no ano anterior.

Outro aspeto bastante proveitoso na minha aprendizagem foi a possibilidade de aplicar, intervir e demonstrar os resultados obtidos (na goniometria, avaliação da força pela escala da MRC e do tónus muscular), através das minhas intervenções, não só ao nível do treino de mobilizações no leito e em cadeira de rodas, como nas restantes atividades terapêuticas.

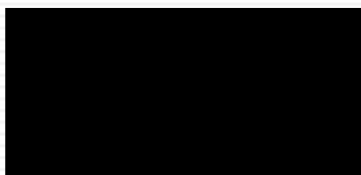
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bentes, R., & Bossini, E. (2018). Efeitos da mobilização com movimento em associação ao tratamento fisioterapêutico. *Fisioterapia Brasil*, 272-281 . Obtido de <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=02725fb7-036a-4967-a906-555fb1b9702e%40sessionmgr101>
- Bohannon, R., & Smith, M. (february de 1987). Interrater Reliability of a Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206-207. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/19353182_Interrater_Reliability_of_a_Modified_Ashworth_Scale_of_Muscle_Spasticity
- Correia, P., & Espanha, M. (2020). *Aparelho Locomotor - Anatomia dos sistemas nervoso, osteoarticular e muscular* (3ª ed., Vol. 1). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Lusodidacta.
- King, W., Baty, J., & Miller, J. (março de 1992). Intrarater Reliability of Manual Muscle Test (Medical Research Council Scale) Grades in Duchenne's Muscular Dystrophy. *Physical Therapy*, 72(2), 115-122. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/21605360_Intrarater_Reliability_of_Manual_Muscle_Test_Medical_Research_Council_Scale_Grades_in_Duchenne's_Muscular_Dystrophy
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

- Muscolino, J. (2008). *Cinesiologia, o sistema do esqueleto e a função muscular*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015 de 2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreatilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf
- Pishkhani, M., Dalvandi, A., Ebadi, A., & Hosseini, M. (2020). Adherence to a Rehabilitation Regimen in Stroke Patients: A Concept Analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 136-145.
- Santos, A., Ramos, N., Estêvão, P., Lopes, A., & Pascoalinho, J. (2005). Instrumentos de medida úteis no contexto da avaliação em fisioterapia. *Revista da*, 131-156. Obtido de <http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/testes/BergBalanceScale>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] . (5 de maio de 2019). *Temas da Saúde - Obesidade*. Obtido de SNS 24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/#sec-0>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients. *Stroke*, 38(11), 2948-2952.

Decúbito lateral para o lado afetado

- Almofada baixa que suporte a cabeça e os ombros;
- Braço afetado apoiado na cama, com o cotovelo esticado, palma da mão virada para cima e dedos afastados;
- Perna afetada com o joelho ligeiramente dobrado e a perna não afetada fica sobre uma almofada com o joelho e anca ligeiramente fletidos.



POSICIONAMENTOS NO LEITO NA PESSOA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)



CONSELHOS PRÁTICOS

O posicionamento no leito à pessoa após o AVC é **fundamental** para evitar espasmos dos membros afetados. Deve ser realizada ao longo das 24 horas, preferencialmente de 3/3 horas e roupa da cama deve manter-se limpa e sem rugas.

Os posicionamentos são importantes para:

- Proporcionar conforto;
- Prevenir complicações musculares e nas articulações;
- Prevenir problemas de pele, como as úlceras por pressão;
- Promover a estimulação sensorial do lado afetado;
- Evitar o aumento exagerado de tônus muscular;
- Alternar o campo visual.

Decúbito dorsal

- Almofada baixa que suporte a cabeça e os ombros;
- O braço afetado fica ligeiramente afastado do tronco, sobre uma almofada baixa;
- Cotovelo e braço estendidos e dedos afastados;
- Anca do lado afetado estabilizada com uma almofada baixa.



Decúbito lateral para o lado não afetado

- Almofada baixa que suporte a cabeça e os ombros;
- Tronco e ombro ligeiramente inclinados para a frente;
- O braço e a mão afetados ficam sobre uma almofada alta;
- A perna afetada fica sobre uma almofada, à frente do não afetado, com ligeira flexão da anca e joelho;
- O braço não afetado fica numa posição confortável para a pessoa.





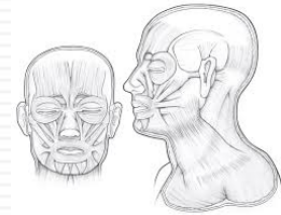
Sorrir



A nível dos lábios e língua, também pode:

- Estalar os lábios;
- Lateralizar os lábios;
- Retrair os lábios;
- Mover a língua dentro da boca;
- Colocar a língua em concha

REEDUCAÇÃO DOS MÚSCULOS DA FACE NA PESSOA COM PARALISIA FACIAL



Encher a boca de ar



CONSELHOS PRÁTICOS

O que é a paralisia facial?

Ocorre após causas neurológicas (exemplo, o AVC), na qual há uma interrupção da informação motora para a musculatura facial, afetando o nervo facial. Manifesta-se por ausência de rugas frontais, incapacidade em fechar os olhos e desvio do canto da boca.



Unir as sobrancelhas



Fechar os olhos abruptamente



Enrugar a testa



Assobiar



De modo a reeducar os músculos da face, existem vários exercícios que podem ser feitos por si, preferencialmente em frente ao espelho, 2 vezes ao dia, não mais do que 15 minutos.

Elevar as sobrancelhas



Mostrar os dentes



APÊNDICE G Plano de cuidados da pessoa P4

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem

Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

2º ano 1º semestre

Unidade Curricular: Estágio final

PLANO DE CUIDADOS

Docente:

Professora Doutora Eugénia Grilo

Enfermeira Supervisora:

Enfermeira Especialista [REDACTED]

Discente:

Inês Sofia Ramalho Caldeira nº m48179

[REDACTED], outubro de 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem

Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

2º ano 1º semestre

Unidade Curricular: Estágio final

PLANO DE CUIDADOS

Docente:

Professora Doutora Eugénia Grilo

Enfermeira Supervisora:

Enfermeira Especialista [REDACTED]

Discente:

Inês Sofia Ramalho Caldeira nº m48179

[REDACTED], outubro de 2021

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral



DGS – Direção-Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência Cardíaca

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

UI - Unidades Internacionais

MIF - Medida de Independência Funcional

MRC - *Medical Research Council*

PO – *Per Os*

SC – Subcutânea

TA – Tensão Arterial

TC CE - Tomografia Computorizada Cranioencefálico

LISTA DE ABREVIATURAS

bpm – batimentos por minuto

g – grama

m - metro

mg – miligrama

mg/dL – miligrama por decilitro

mmHg – milímetros de mercúrio

Kg – Quilograma

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

T (°C) - Temperatura em graus Celsius

ÍNDICE

ÍNDICE

1.	NOTA INTRODUTÓRIA.....	6
2.	PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	8
2.1	Caracterização sociodemográfica.....	8
2.2	Caracterização bio-fisiológica.....	8
2.3	História clínica e avaliação inicial.....	8
2.4	Exame neurológico.....	9
2.4.1	Estado Mental.....	10
2.4.2	Pares Cranianos.....	11
2.4.3	Coordenação motora.....	12
2.4.4	Sensibilidade.....	12
2.4.5	Marcha.....	12
3	AValiação DO RISCO DE QUEDA E DE ÚLCERA POR PRESSÃO.....	13
3.1	Escala de Morse.....	13
3.2	Escala de Braden.....	15
4	INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	16
4.1	Medida de Independência Funcional (MIF).....	17
4.2	Medical Research Council (MRC) - Avaliação dos músculos-chave através do Motor Exame Guide.....	18
4.3	Escala de Berg.....	20
4.4	Escala da espasticidade segundo a escala de Ashworth modificada.....	21
4.5	Avaliação da deglutição através da escala de GUSS.....	22
4.6	Avaliação dos sinais vitais e glicémia capilar.....	23
5	PLANO DE CUIDADOS.....	24
6	REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

NOTA INTRODUTÓRIA

A elaboração deste estudo de caso surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final, do quinto mestrado em associação a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus – Universidade de Évora. O estágio decorre sob a orientação da Docente Professora Doutora Eugénia Grilo e da Enfermeira Especialista [REDACTED], em contexto hospitalar, no [REDACTED]

Tal como o descrito no Artigo 4º do regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), este “*concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 10).

Para concretizar este estudo de caso defini como objetivos:

- Avaliar e diagnosticar alterações da funcionalidade da pessoa em estudo;
- Planear, executar e avaliar as intervenções de enfermagem de reabilitação com vista à capacitação da pessoa;
- Implementar programas de treino motor;
- Desenvolver, a nível pessoal e profissional, as competências específicas do EEER.

Este estudo de caso incide sobre uma pessoa com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) na circunvalação frontal ascendente na qual irei demonstrar as intervenções executadas, os resultados esperados, bem como os ganhos em saúde obtidos. Para elaborar o presente plano, foi solicitado à pessoa em questão a autorização para a colheita de dados, a implementação do plano respetivo, os objetivos, bem como a garantia do seu anonimato.

Como suporte bibliográfico para o desenvolvimento do presente trabalho foram obtidos estudos do motor de busca B-ON, documentos e normas emanadas por organizações de referência (Ordem dos Enfermeiros), assim como obras que abordam temas relacionados com o conteúdo deste trabalho.

Para formular os diagnósticos de enfermagem, recorri ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação elaborado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, de 2015, da Ordem dos Enfermeiros.

A estrutura do trabalho foi organizada de acordo com as normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora e as referências (citações, fontes e bibliografia) com as normas *APA American Psychological Association 6th edition*.

A redação escrita foi redigida com base no novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Caracterização sociodemográfica

Código: P4

Idade: 78 anos

Gênero: Masculino

Estado Civil: Divorciado

Pessoa significativa: Namorada

Residência: Urbana

Condições habitacionais: Habitação própria, apartamento no 3º piso, com escadas sem elevador, com 2 quartos, 1 sala, 1 cozinha e 1 casa-de-banho

Agregado familiar: Vive com a namorada

Habilitações literárias: Frequentou a escola até ao 4º ano, inclusive

Profissão: Aposentado

Atividades ocupacionais: Andava de bicicleta e jogava às cartas

Caracterização bio-fisiológica

Peso: 80 Kg

Altura: 1,80 m

Antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Diabetes *Mellitus* tipo II e cirurgia à mão esquerda devido a acidente sofrido na guerra, que afetou os tendões (não sabe especificar qual foi a intervenção)

Alergias: Desconhece

Diagnóstico médico: AVC isquémico na circunvalação frontal ascendente

História clínica e avaliação inicial

A pessoa em estudo, dia 09/10/2021 recorre ao serviço de Urgência Geral, proveniente de domicílio próprio, por quadro de parestesias no hemicorpo esquerdo. Realizou TC CE que não revelou alterações agudas e teve alta clínica neste mesmo dia. A 13/10/2021 recorre novamente ao [REDACTED] por quadro de hemiparesia à esquerda, desequilíbrio e tonturas desde há 4 dias. Repete TC CE que revela pequena hipodensidade cortical na circunvalação frontal ascendente, sugestiva de lesão isquémica recente. Perante este resultado, fica internado no serviço de observação a aguardar vaga em internamento no serviço de [REDACTED], para onde é transferido dia 16/10/2021.

Durante o internamento com melhoria dos défices motores e com potencial de reabilitação, nomeadamente, ao nível da deglutição e treino das Atividades de Vida Diária. A 27/10/2021 teve alta para domicílio, a aguardar avaliação pela Terapia da Fala e continuação de Medicina Física e Reabilitação iniciada no internamento.

Medicação de ambulatório: Atorvastatina 20mg PO/dia, Glicazida 60mg PO, Linagliptina 5mg PO, Metformina + Dapagliflozina 1000mg + 50mg PO.

Medicação durante o internamento: Ácido Acetilsalicílico 100mg PO/dia, Amlodipina 10mg PO/dia, Captopril 25mg PO até 3 vezes ao dia em SOS, Insulina Glulisina Ação Rápida 6 UI SC ao pequeno-almoço/almoço/jantar, Insulina Glulisina Ação Rápida SC em SOS (mediante o esquema de valores de glicémia capilar), Ramipril 5mg PO/dia, Rosuvastatina 10mg PO/dia.

Exame neurológico

Uma correta neuroavaliação ou possíveis alterações do estado neurológico é fundamental no processo de reabilitação para a individualização dos cuidados de enfermagem (Menoita, 2012). De salientar que esta avaliação foi realizada no dia 19/10/2021.

Estado Mental

Estado de consciência	<p>- Ao nível do estado de consciência, encontra-se <u>vigil</u>, reage de modo apropriado a estímulos verbais e dolorosos;</p> <p>- Ao nível da quantificação do estado de consciência, segundo a Escala de Coma de Glasgow, apresenta abertura ocular espontânea (4), resposta verbal orientada (5) e na resposta motora obedece a estímulos e comandos (6), portanto, traduz-se num score de 15/15 – normal (Menoita, 2012).</p>
Estado de orientação	A pessoa encontra-se <u>orientada</u> autopsíquicamente e alopsíquicamente, portanto, tem conhecimento de si própria, do tempo e do espaço.
Atenção	Encontra-se <u>vigil</u> , porém revelou alterações ao nível da tenacidade por se distrair com alguma facilidade durante a entrevista, iniciando conversas paralelas.
Memória	<u>Sensorial, imediata e recente</u> sem alterações. A nível da <u>remota</u> , revela algumas alterações pontuais.
Linguagem	A nível do discurso espontâneo não revelou alterações no teste de fonação e ressonância, nem alterações na compreensão, nomeação, repetição, capacidade de escrita e leitura mantidas, escrevendo o seu nome.
Capacidades práxicas	Sem apraxia ideomotora, ideativa ou bucofacial.

Tabela 1: Estado mental do exame neurológico

Pares Cranianos

Nº	Nervo	Avaliação
I	Olfativo	Sem alterações.
II	Ótico	Sem alterações na acuidade visual e no campo de visão.
III	Motor ocular comum	Pupilas isocóricas e isorreativas. Sem nistagmo ou ptose palpebral.
IV	Troclear/Patético	Sem alterações.
V	Trigêmeo	Sem alterações na sensibilidade tátil da face e sem alterações nos músculos da mastigação, observando-se capacidade para encerrar e mover a mandíbula de forma bilateral e simétrica. Não foi testado o reflexo córneo-palpebral

VI	Abducente	Sem alterações
VII	Facial	Apresenta parésia facial central à esquerda, com apagamento do sulco nasogeniano, com desvio da comissura labial para a direita. Reconhece os sabores doces (açúcar), salgados (sal) e amargos (limão) no terço anterior da língua.
VIII	Vestíbulo-coclear	<u>Divisão coclear</u> : Avaliado pelo bater de palmas, de olhos fechados, que estava sem alterações. <u>Divisão vestibular</u> : Segundo a escala de Berg, com equilíbrio estático e dinâmico sentado e em ortostatismo apenas estático.
IX	Glossofaríngeo	Reconhece os sabores do terço posterior da língua. Desvio da úvula para a direita.
X	Vago	Reflexo de vômito presente, sem alterações no vago. Tosse eficaz.
XI	Espinal	Tem dificuldade em elevar o trapézio esquerdo. Trapézio direito sem alterações. Sem alterações no músculo esternocleidomastóideo.
XII	Hipoglosso	Desvio da língua para a esquerda. Movimentos da língua diminuídos na protusão e retração, sem acumulação de saliva.

Tabela 2: Avaliação dos pares cranianos do exame neurológico adaptada de Menoita (2012)

Coordenação motora

A coordenação motora foi avaliada através da prova calcanhar-jelho, na qual a pessoa revelou dificuldade em realizá-la com o membro inferior esquerdo.

Sensibilidade

Testada a sensibilidade profunda através da barestesia, sendo que a pessoa não apresenta perda de sensibilidade na pressão dos dedos, nem alterações na sensibilidade postural. A sensibilidade vibratória não foi testada.

Quanto à sensibilidade superficial, não foi testada a térmica. Apresenta diminuição da sensibilidade tátil na mão esquerda, mas a dolorosa encontra-se mantida.

Marcha

Esta avaliação iniciou-se no primeiro dia em que começou o acompanhamento à pessoa. Sendo que não tem dificuldade em iniciar e manter a marcha, todavia apresenta ligeiro desequilíbrio unilateral à esquerda e ligeira assimetria. Desde o início que faz treino de marcha com andarilho, embora por vezes se esqueça que o deve usar e acaba por deambular sem ajudas técnicas.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA E DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Escala de Morse

Esta escala avalia o risco de queda.

Item	19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	25/10	26/10
Historial de quedas	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)
Diagnósticos secundários	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)
Ajuda para caminhar	Andarilho (15)	Andarilho (15)	Andarilho (15)	Andarilho (15)	Andarilho (15)	Apoia-se no mobiliário para andar (30)	Apoia-se no mobiliário para andar (30)
Terapia intravenosa	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)
Postura no andar e na transferência	Debilitado (10)	Debilitado (10)	Debilitado (10)	Debilitado (10)	Debilitado (10)	Debilitado (10)	Debilitado (10)
Estado mental	Esquece-se das suas limitações (15)	Esquece-se das suas limitações (15)	Esquece-se das suas limitações (15)	Esquece-se das suas limitações (15)	Esquece-se das suas limitações (15)	Esquece-se das suas limitações (15)	Esquece-se das suas limitações (15)
TOTAL	40	40	40	40	40	55	55

Tabela 3: Escala de Morse adaptada da Direcção-Geral da Saúde (2019)
 pontos; Baixo risco de 24-50 pontos; Alto risco igual ou superior a 51 pontos

Legenda: Sem risco 0-24

Interpretação da escala de Morse: Inicialmente a pessoa manteve baixo risco de queda (40 pontos), ainda que tenha postura no andar debilitada e se esqueça das suas limitações. Porém, no dia 25/10 o risco de queda aumentou para alto dado que a pessoa, por se esquecer das suas limitações, deambulou várias vezes apoiado ao mobiliário sem supervisão, mesmo tendo sido advertido frequentemente que só o pode fazer com supervisão.

Escala de Braden

Esta escala avalia o risco de úlcera por pressão.

	19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	25/10	26/10
Percepção sensorial	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)
Humidade	Pele raramente húmida (4)	Pele raramente húmida (4)	Pele raramente húmida (4)	Pele raramente húmida (4)	Pele raramente húmida (4)	Pele raramente húmida (4)	Pele raramente húmida (4)
Atividade	Anda frequentemente (4)	Anda frequentemente (4)	Anda frequentemente (4)	Anda frequentemente (4)	Anda frequentemente (4)	Anda frequentemente (4)	Anda frequentemente (4)
Mobilidade	Nenhuma limitação (4)	Nenhuma limitação (4)	Nenhuma limitação (4)	Nenhuma limitação (4)	Nenhuma limitação (4)	Nenhuma limitação (4)	Nenhuma limitação (4)
Nutrição	Adequada (3)	Adequada (3)	Adequada (3)	Adequada (3)	Adequada (3)	Adequada (3)	Adequada (3)
Fricção e forças de deslizamento	Nenhum problema (3)	Nenhum problema (3)	Nenhum problema (3)	Nenhum problema (3)	Nenhum problema (3)	Nenhum problema (3)	Nenhum problema (3)
TOTAL	21	21	21	21	21	21	21

Tabela 4: Escala de Braden adaptada da Direcção-Geral da Saúde (2011)

Legenda: Sem risco igual ou superior a 17 pontos; Risco Baixo 15-16 pontos; Risco Moderado 12-14 pontos; Risco Elevado: Inferior a 11

Interpretação da escala de Braden: A pessoa manteve a mesma pontuação em todas as avaliações (21 pontos), ou seja, sem risco de desenvolver úlcera por pressão.

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Em enfermagem de reabilitação, os instrumentos de avaliação são essenciais na medição de progressos, incapacidades, melhorar a comunicação inter/intradisciplinar e medir a eficácia do tratamento, sendo ainda passível de documentação para posterior continuidade de cuidados e registo dos benefícios das intervenções de Enfermagem (Hoeman, 2011). Um instrumento de avaliação deve ser prático, simples de aplicar e produzir resultados significativos que possam orientar o processo de reabilitação (Sousa & Vieira, 2017). No decorrer do estudo de caso, foi possível avaliar a Medida de Independência Funcional (MIF), a avaliação da força dos músculos-chave através da *Medical Research Council* (MRC), a amplitude articular através do goniómetro, do equilíbrio através da escala de Berg, a espasticidade através da escala de Ashworth modificada, a avaliação da deglutição através da escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS).

Medida de Independência Funcional (MIF)

Autocuidados	Antes do AVC	19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	25/10	26/10
A – Alimentação	7	6	6	6	7	7	7	7
B – Higiene Pessoal	7	4	4	4	4	5	6	6
C – Banho (lavar o corpo)	7	4	4	4	4	4	5	6
D – Vestir metade superior	7	4	4	4	4	4	4	5
E – Vestir metade inferior	7	4	4	4	4	4	4	5
F – Utilização da sanita	7	5	5	5	6	6	7	7
Controlo dos esfíncteres								
G - Bexiga	7	7	7	7	7	7	7	7
H - Intestinal	7	7	7	7	7	7	7	7
Mobilidade - Transferências								
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	7	7	7	7	7	7	7	7
J - Sanita	7	7	7	7	7	7	7	7
K – Duche / banheira	7	4	4	4	4	4	4	5
Locomoção								
L – Marcha / cadeira de rodas	7	3	4	4	5	5	5	5
M – Escadas	7	2	2	2	2	2	2	3
Comunicação								

N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7	7	7	7	7	7	7
O – Expressão (vocal / não vocal)	7	7	7	7	7	7	7	7
Consciência do mundo exterior								
P – Interação Social	7	7	7	7	7	7	7	7
Q – Resolução de problemas	7	5	5	5	5	5	5	5
R - Memória	7	6	6	6	6	6	6	6
TOTAL	126	96	97	97	100	101	104	109

Tabela 5: MIF adaptada da Direção-Geral da Saúde (2011)

Legenda: Total assistência 1; Máxima assistência (25%) 2; Moderada assistência (50%) 3; Mínima assistência (75%) 4; Supervisão 5; Independência modificada 6; Independência completa 7

Total da pontuação: Dependência completa 18 pontos; Dependência modificada (assistência até 50% da tarefa) 19-60 pontos; Dependência modificada (assistência até 75% da tarefa) 61-103 pontos; Independência completa 104-126 pontos

Interpretação da MIF: Pela interpretação da tabela, podemos verificar que antes do AVC, a pessoa era independente em todos os seus autocuidados. Ainda que tenha vindo a evoluir positivamente a nível da pontuação, manteve-se sempre com dependência modificada (assistência até 75% da tarefa) até ao dia 23/10, posteriormente progrediu para independência completa. Os autocuidados onde foi obtendo ganhos foi ao nível do banho, vestir e utilização da sanita. A marcha também obteve uma evolução positiva. Nas restantes dimensões manteve sempre a mesma pontuação.

Medical Research Council (MRC) – Avaliação dos músculos-chave através do Motor Exame Guide

Músculo-chave	Lateralidade	19/ 10	20/ 10	21/ 10	22/ 10	23/ 10	25/ 10	26/ 10
Bíceps Braquial	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
Extensor Radial do Carpo	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	2/5	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5
Tricípite	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
Flexor longo e profundo dos dedos	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	3/5
Adutor do 5º dedo	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	2/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	3/5
Iliopsoas	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Quadríceps	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tibial anterior	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Extensor longo do Hálux	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tricípite Sural	Direito	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Esquerdo	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5

Tabela 6: MRC adaptada da *Medical Research Council* (1976) e escala dos músculos-chave adaptada da *ASIA - International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury Motor Exam Guide* (2020)

Legenda: Grau 5 - Força Normal; Grau 4 - O músculo suporta a articulação contra uma combinação de gravidade e resistência moderada; Grau 3 - O músculo não consegue suportar a articulação, mas move a mesma totalmente contra a gravidade; Grau 2 - O músculo move a articulação, mas não contra a gravidade; Grau 1 - Observa-se contração muscular, mas não há movimento; Grau 0 - Não há movimento

Interpretação da MRC: Através da tabela, pode-se verificar que o único membro onde teve alteração no grau de força foi o superior esquerdo, essencialmente ao nível da articulação da mão e punho. Previamente ao internamento a pessoa já apresentava dificuldade em realizar movimentos de motricidade fina com esta mão pelo que se torna difícil interpretar se houve agravamento comparativamente ao pré AVC. Porém nos primeiros dias verificou-se que apresentava força de grau 2/5 na mão esquerda, enquanto nos seguintes melhorou para grau 3/5. Quanto aos músculos do hemisfério direito e membro inferior esquerdo, estes mantiveram sempre força de grau 5/5.

Escala de Berg

Parâmetros a avaliar	19/ 10	20/ 10	21/ 10	22/ 10	23/ 10	25/ 10	26/ 10
Posição sentada para posição em pé	3	3	3	3	3	3	3
Permanecer em pé sem apoio	2	2	2	2	2	2	2
Permanecer sentado sem apoio nas costas	1	2	3	3	4	4	4
Posição em pé para posição sentada	2	2	2	3	3	3	3
Transferências	3	3	3	3	3	3	3
Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	1	1	1	2	2	2	2
Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	1	1	1	2	2	2	2
Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	1	1	1	2	2	3	3
Apanhar um objeto do chão	1	1	2	2	3	3	3
Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros	1	1	2	2	3	3	3
Girar 360 graus	1	1	1	2	2	2	2
Posicionar os pés alternadamente ao degrau	0	0	0	0	0	0	1
Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	2	2	2	3	3	3	3
Permanecer em pé sobre uma perna	0	0	0	1	1	1	1
TOTAL	19	20	23	30	33	34	35

Tabela 8: Escala de Berg adaptada de Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, da Ordem dos Enfermeiros (2016)

Legenda: 0 - 20 pontos diminuição do equilíbrio; 21 - 40 pontos equilíbrio aceitável; 41 – 56 pontos bom equilíbrio (Teixeira, 2014)

Interpretação da escala de Berg: Nas duas primeiras avaliações verificou-se que apresentava diminuição do equilíbrio, com apenas 20 pontos. Nas avaliações seguintes, verificou-se que a pessoa apresentava equilíbrio aceitável (entre 21 e 33 pontos), todavia, este foi sempre evoluindo positivamente em todos os aspetos suscetíveis de avaliar. Os parâmetros onde obteve uma evolução mais expressiva foi no permanecer sentado sem apoio nas costas no alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé e no apanhar um objeto do chão.

Escala da espasticidade segundo a escala de Ashworth modificada

	19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	25/10	26/10
Avaliação do grau de espasticidade em todos os segmentos dos membros do hemicorpo esquerdo	0/4	0/4	0/4	0/4	0/4	0/4	0/4

Tabela 9: Adaptado da *Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. Physical Therapy*, Bohannon & Smith (1987)

Interpretação da escala de Ashworth modificada: De acordo com a interpretação dos valores obtidos e o que está definido pela escala de Ashworth modificada em que o grau 0 corresponde a nenhum aumento do tónus e no grau 4 os segmentos afetados estão rígidos na flexão ou na extensão; a avaliação feita acerca do grau de espasticidade em todos os segmentos do hemicorpo esquerdo, revela o valor de 0/4, isto é, não se observa nenhum aumento do tónus, portanto, sem espasticidade.

Avaliação da deglutição através da escala de GUSS

Investigação preliminar	Pontos
Vigília	Sim 1
Tosse e/ou pigarreio (voluntário)	Sim 1
Deglutição da saliva: eficaz	Sim 1

Deglutição da saliva: baba controlada	Sim	1
Deglutição da saliva: Alteração da qualidade vocal	Não	1
Teste de deglutição		
Semisólido	Sem alterações	4
Líquido	Sem alterações	0
Sólido	Sem alterações	5
TOTAL		14

Tabela 10: Adaptado da *Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients*. Stroke, Trapl et. al. (2007) **Legenda:** 0 – 9 pontos Disfagia severa; 10 – 14 pontos Disfagia moderada; 15 – 19 pontos Disfagia ligeira; 20 pontos Sem disfagia.

Interpretação da escala de GUSS: De acordo com a avaliação da escala referente à deglutição, a pessoa apresenta disfagia moderada com risco de aspiração, com atraso na deglutição para semi-sólidos e não tolera líquidos. Diante deste resultado, foi alterada a dieta para pastosa e ingestão de líquidos com espessante em consistência néctar e reportado ao médico assistente esta alteração. Por sua vez, o clínico solicitou avaliação pela Terapia da Fala, que até ao momento da alta não aconteceu, ficando a aguardar a mesma em ambulatório.

Concomitantemente à avaliação da deglutição através da escala de GUSS, previamente, no exame neurológico, já se tinha verificado que a pessoa apresentava desvio da úvula para a esquerda. Durante a avaliação, foi monitorizada a SpO₂ (dessaturou para 92% aquando do teste para consistência líquida), com tosse eficaz, sialorreia e atraso na deglutição. Também se realizou auscultação cervical (sons audíveis sem alterações, exceto para líquidos onde não se conseguiu auscultar à direita).

Avaliação dos sinais vitais e glicémia capilar

Data	TA (mmHg)	FC (bpm)	T (° C)	SpO₂ (%)	Dor	Glicémia capilar (mg/dL)
19/10	121/75	62	36	96	2/10	240
20/10	110/60	59	36,5	97	0/10	190
21/10	112/59	63	36,3	98	0/10	180
22/10	116/62	63	36,4	95	0/10	220

23/10	120/58	66	36,6	96	0/10	195
25/10	130/63	58	36,3	97	0/10	200
26/10	108/61	62	36,4	96	0/10	182

Tabela 11: Avaliação dos sinais vitais e glicémias capilares

PLANO DE CUIDADOS

FOCO: Andar com auxiliar de marcha		
Enunciado de diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha não demonstrado		
Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha		
19/10 a 26/10	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho); - Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha; - Ensinar sobre medidas de segurança com recurso a andarilho para aumentar a base de sustentação. 	<p>19/10 – A pessoa não apresenta conhecimento sobre a forma correta de andar com auxiliar de marcha (andarilho). Foram iniciados ensinamentos neste dia. Ensinamentos sobre necessidade de calçado adequado. Explicado necessidade de manter zonas de circulação o mais livre possível de acordo com a vontade da pessoa.</p> <p>20/10 a 23/10 – Revela melhoria do conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho), todavia revela frequentes períodos de esquecimento acerca da sequência correta, principalmente quando não está a ser supervisionado. Também se esquece de colocar o andarilho junto ao leito.</p> <p>25/10 a 26/10 – Considerável melhoria do conhecimento, com pontuais períodos de desorganização da sequência de andar com o andarilho e também com menos períodos de esquecimento quanto ao local correto de deixar o dispositivo. Devido ao excesso de confiança, quando se distrai, retira as mãos do andarilho, sendo que foi advertido para não o fazer devido ao risco de queda por equilíbrio ainda deficitário. No dia 26/10 foi feito o ensino de subir escadas, sendo que revelou não possuir conhecimentos acerca da mesma, porém mostrou-se preocupado por morar num 3º andar sem elevador.</p>
Enunciado de diagnóstico: Capacidade para andar com auxiliar de marcha, não demonstrada		
Resultado esperado: Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada		
19/10 a 26/10	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; 	<p>19/10 – Iniciados ensinamentos e feito treino de marcha com auxiliar de marcha (andarilho), que a pessoa revelou dificuldade em compreender a sequência correta.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir o ambiente físico; - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho, subir e descer escadas e pequena e média distância); - Treinar e andar com auxiliar de marcha (andarilho, subir e descer escadas e pequena e média distância). 	<p>20/10 a 23/10 – Manteve o treino de marcha com andarilho, mas com frequência revelou esquecimento da sequência correta, retirava as mãos do andarilho para falar e gesticular e, nestes momentos, desequilibrava-se. Foi instruindo que devido ao desequilíbrio que apresenta, tem risco de queda e foi lhe explicado quais as consequências que poderão ocorrer disso. Também com períodos em que se esquece do local correto de colocar o andarilho quando chega ao leito, acaba por o deixar junto à parede oposta a uma distância de cerca de 3m do leito.</p> <p>25/10 a 26/10 – Considerável melhoria da sequência correta de andar com andarilho, já conseguindo percorrer médias distâncias (do leito ao corredor do serviço) e com menos períodos de esquecimento também no local correto de colocar o andarilho (junto ao leito). Revelou estar mais concentrado na tarefa, com menos distração. No dia 26/10 fez treino de subir e descer escadas, com alguma dificuldade por se esquecer da sequência certa, mas que após várias tentativas conseguiu demonstrar corretamente.</p>
<p>FOCO: Autocuidado: Beber</p> <p>Enunciado de diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: beber, não demonstrado</p> <p>Resultado esperado: Melhoria do Conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: beber</p>		
19/10 a 26/10	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: beber; - Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: beber. 	<p>19/10 – Na primeira avaliação verificou-se que apresentava disfagia para líquidos, pelo que foram iniciados os ensinamentos para ingerir líquidos espessados em consistência néctar, que compreendeu.</p> <p>20/10 a 26/10 – A pessoa sabe quais as técnicas que deve usar para ingerir líquidos.</p>

Enunciado de diagnóstico: Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber, não demonstrado		
Resultado esperado: Melhoria da capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber		
19/10 a 26/10	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: beber; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: beber. 	<p>19/10 – Devido ao diagnóstico de disfagia para líquidos, foi informado acerca da necessidade de ingeri-los com espessante na consistência néctar, porém sem capacidade para realizar esta preparação.</p> <p>20/10 a 22/10 – Apesar de beber água com espessante, revela que por vezes esquece-se que tem de ingerir líquidos desta forma, mas admite que não o fez.</p> <p>23/10 a 26/10 – Mantém-se a ingerir líquidos com o espessante e sabe que só assim é que os poderá ingerir. Não tem tido episódios de engasgamento e ingere os líquidos de acordo com as estratégias ensinadas (flexão da cabeça, sem distrações, copo cheio, do lado esquerdo da boca e sem recurso a palhinhas).</p>
FOCO: Autocuidado: Comer		
Enunciado de diagnóstico: Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer, não demonstrado		
Resultado esperado: Melhoria da capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer		
19/10 a 26/10	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: comer; - Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: comer; - Lavar a boca/assistir na higiene oral; - Evitar distrações; - Vigiar refeição; 	<p>19/10 a 22/10 – A pessoa consegue comer sozinha, necessita apenas de supervisão para garantir que come do lado esquerdo (desvio da úvula), que cumpre.</p> <p>23/10 a 26/10 – Consegue comer autonomamente, inclusive usa a mão esquerda para agarrar em objetos mais volumosos ou agarrar no prato (terapia por restrição). Ingere o comer do lado esquerdo da boca.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir dieta; - Estimular o uso de talheres do lado esquerdo. 	
FOCO: Autocuidado: Higiene Enunciado de diagnóstico: Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene, não demonstrado Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene		
19/10 a 26/10	Dimensão: Conhecimento <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene. 	19/10 a 22/10 – A pessoa apresenta poucos conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado higiene. 23/10 a 26/10 – A pessoa revela melhoria do conhecimento sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado higiene.
Enunciado de diagnóstico: Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, não demonstrado Resultado esperado: Melhoria da capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene		
19/10 a 26/10	Dimensão: Aprendizagem de capacidades <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Incentivar o autocuidado; - Ensinar técnicas adaptativas para o autocuidado higiene, como avaliação térmica pelo lado direito por manter sensibilidade térmica mantida. 	19/10 a 22/10 – Higiene realizada no duche, com ajuda parcial, necessitando de ajuda para lavar a região dorsal. Tem desfeito a barba diariamente e de forma autónoma, em frente ao espelho e realiza a sua higiene oral. 23/10 a 26/10 – Conseguiu lavar-se autonomamente, necessitando de supervisão. Manteve-se a ser incentivado a desfazer a barba autonomamente, em frente ao espelho, e a realizar a sua higiene oral, que cumpre.

FOCO: Autocuidado: Vestuário		
Enunciado de diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário, não demonstrado		
Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário		
19/10 a 26/10	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (veste primeiro o membro afetado e depois o outro, sendo o oposto a despir); - Incentivar o autocuidado vestuário. 	<p>19/10 - A pessoa não apresenta conhecimentos sobre adaptação para o autocuidado vestuário. Foram iniciados os ensinamentos relativos ao vestir e despir, bem como calçar os tênis com 1 atacador, mas a pessoa revelou sempre dificuldade em lembrar a sequência correta.</p> <p>20/10 a 23/10 – Melhoria do conhecimento sobre a técnica correta para vestir, sabe que primeiro deve vestir o lado afetado, tendo vestido a camisola de forma correta. Relativamente às calças, apresentou dificuldade em realizar a sequência correta. Em relação ao calçado, também revelou dificuldades em lembrar-se da forma de dar o nó no atacador.</p> <p>25/10 – Vestiu a metade superior sozinho, com supervisão, exceto abotoar os botões (já tinha esta incapacidade previamente devido à cirurgia realizada na guerra). Conseguiu vestir as calças, mas esqueceu-se que antes de se colocar em pé para puxar as calças, já tem de estar calçado para não escorregar. (para evitar possíveis quedas).</p>
Enunciado de diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário		
Resultado esperado: Melhoria da capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário		
19/10 a 26/10	<p>Dimensão: Aprendizagens de Capacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado vestuário. 	<p>19/10 – A pessoa consegue vestir-se autonomamente, mas não da forma correta, sendo necessário lembrar a sequência correta do vestir/despir várias vezes.</p> <p>20/10 a 23/10 - Revela melhoria da aprendizagem de capacidades, nomeadamente em vestir a metade superior e inferior, porém nesta última parte esquece-se qual o membro que deve vestir primeiro. Também ainda revela dificuldades em lembrar-se do nó para atar o atacador.</p> <p>25/10 – Vestiu-se autonomamente, com exceção dos botões da camisa. Conseguiu vestir as calças, mas esqueceu-se que antes de se colocar em pé para puxar as calças, já tem de estar calçado para não escorregar.</p>

FOCO: Deglutição Enunciado de diagnóstico: Deglutição comprometida Resultado esperado: Deglutição eficaz		
19/10 a 26/10	Dimensão: Deglutição - Avaliar capacidade de deglutição; - Monitorizar deglutição, através da escala de GUSS; - Observar e avaliar os lábios quanto à simetria, capacidade de os fechar firmemente, e quanto à sua coloração; - Avaliar o estado de dentição; - Avaliar e verificar a qualidade da voz; - Avaliar e observar o reflexo de tosse; - Executar técnica de deglutição; - Gerir dieta; - Posicionar a pessoa; - Supervisionar a deglutição; - Ensinar e treinar sobre exercícios para melhorar a força e resistência muscular da face, lábios e língua; - Ensinar, treinar e instruir sobre exercícios dos músculos da mastigação; - Providenciar material educativo (anexo I e II).	19/10 – Feita a avaliação da deglutição, com recurso à escala de GUSS, e verificou-se que a pessoa apresentava disfagia para líquidos. Durante a avaliação verificou-se que a pessoa não apresenta assimetria interna da cavidade oral e lábios sem alteração da coloração. Apresenta prótese dentária. Sem alterações da qualidade da voz e da linguagem. Padrão respiratório toraco-abdominal regular com dessaturação, sialorreia não controlada e tosse eficaz na consistência líquida. Neste mesmo dia, iniciou-se os ensinamentos relativos à ingestão hídrica: Usar espessante para consistência néctar, comer sentado, fazer flexão da cervical, não se distrair com o ambiente em redor, não falar, não usar palhinha e colocar o copo no lado esquerdo da boca (posição da úvula). Foi informado que a sua dieta teria de ser pastosa, que cumpre. 20/10 a 26/10 – A pessoa cumpre as indicações fornecidas, porém revela que, por vezes, esquece-se que tem disfagia para líquidos (apesar de não ingerir água). Não apresentou nenhum episódio de engasgamento. Tem cumprido a dieta pastosa.

FOCO: Equilíbrio corporal		
Enunciado de diagnóstico: Equilíbrio corporal comprometido		
Resultado esperado: Melhoria do equilíbrio corporal		
19/10 a 26/10	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio corporal; - Estimular a manter o equilíbrio corporal (correção postural); - Monitorizar equilíbrio corporal através de escala de Berg; - Executar técnica de treino de equilíbrio no leito (ponte com ajuda para estabilização, rolamento para ambos os lados, carga no cotovelo); - Executar exercícios isométricos dos abdominais, glúteos, quadríceps e isquiotibiais – duas séries de 10 repetições; - Levantar a pessoa; - Incentivar o levante; - Executar treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e na posição ortostática (correção postural); - Treinar técnica de treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e na posição ortostática; - Validar conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e na posição ortostática. 	<p>19/10 a 20/10 – Nestas duas avaliações verificou-se que a pessoa apresentava diminuição do equilíbrio, segundo a escala de Berg. Verificou-se que tinha, por vezes, diminuição do equilíbrio dinâmico sentado e em ortostatismo.</p> <p>21/10 a 26/10 – Houve melhoria do equilíbrio, evoluindo para aceitável, já com equilíbrio dinâmico sentado, estático em ortostatismo, mas por vezes com diminuição do equilíbrio dinâmico em ortostatismo, principalmente quando não tinha apoio de mobiliário ou do andarilho. Só no dia 26/10 é que iniciou treino de escalas e aqui também revelou considerável diminuição do equilíbrio dinâmico, porém foram feitos os ensinamentos inerentes, que compreendeu. Também foram realizados ensinamentos referentes aos cuidados no domicílio nomeadamente ao nível da disposição da sua habitação (retirar tapetes, usar banco para a higiene, manter boa iluminação, usar calçado adequado e fechado e usar roupa não muito larga de modo a não arrastar pelo chão).</p>
FOCO: Espasticidade		
Enunciado de diagnóstico: Espasticidade em grau reduzido nos segmentos do hemitórax esquerdo		
Resultado esperado: Melhoria ou prevenção da espasticidade		

19/10 a 26/10	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo e ativo assistido (descrito igualmente no foco movimento muscular) - Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; - Incentivar técnica de exercício muscular e articular; - Monitorizar espasticidade através de escala de Ashworth modificada. 	<p>19/10 a 26/10 – Em todas as avaliações, a pessoa não apresentou espasticidade, nos segmentos do hemicorpo esquerdo, com valor 0/4 na escala de Ashworth modificada. Foram privilegiados exercícios musculares e articulares ativos assistidos.</p>
<p>FOCO: Movimento Muscular</p> <p>Enunciado de diagnóstico: Movimento muscular diminuído nos segmentos do membro superior esquerdo</p> <p>Resultados esperados: Aumentar a força muscular nos segmentos do membro superior esquerdo</p>		
19/10 a 26/10	<p>Dimensão: Movimento Muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a força muscular dos segmentos do membro superior esquerdo através da escala de força <i>Medical Research Council</i>; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo e posteriormente, ativo assistido nos segmentos do hemicorpo esquerdo, consoante a tolerância à dor e respeitando os limites das amplitudes articulares: No membro superior duas séries de 10 repetições de oponência do polegar, flexão/extensão e abdução/adução dos dedos, desvio cubital/radial e flexão/extensão do punho, supinação/pronação do antebraço, flexão/extensão do cotovelo, e flexão/extensão, rotação interna/externa e abdução/adução do ombro. - Executar exercícios isométricos dos abdominais, glúteos e quadricíptes e isquiotibiais 10 repetições; 	<p>19/10 a 21/10 - Nos primeiros dias a força dos músculos do membro superior esquerdo encontrava-se mais comprometida, ao nível da mão revelando valores de 2/5. Já nos segmentos proximais a força encontrava-se em 4/5, segundo a escala de MRC.</p> <p>22/10 a 26/10 – Houve melhoria do grau de força nos segmentos distais para grau 3/5, porém nos segmentos proximais manteve-se em 4/5.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar as mobilizações ativas livres do hemicorpo direito e membro inferior esquerdo; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular como auto mobilização do membro superior esquerdo com auxílio do membro superior direito, respetivamente, quer no leito como na posição de sentada, facilitação cruzada, rolamento, ponte com ajuda para estabilização e levante com carga no cotovelo. 	
<p>Enunciado de diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular nos músculos do membro superior esquerdo</p> <p>Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular nos músculos do membro superior esquerdo</p>		
19/10 a 26/10	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular nos segmentos do membro superior esquerdo; - Ensinar sobre técnicas de exercícios muscular e articular nos segmentos do membro superior esquerdo. 	<p>19/10 – A pessoa não apresenta qualquer conhecimento sobre técnicas de exercícios.</p> <p>20/10 a 22/10 – Quando abordado o assunto, a pessoa lembra-se quais são os exercícios que pode realizar, mas revela esquecimento frequente.</p> <p>23/10 a 26/10 – A pessoa revela que quando está sozinha realiza contrações isométricas dos músculos abdominais e glúteos. Também revela (e exemplifica) as mobilizações ao nível dos dedos, do cotovelo e ombro esquerdo.</p>
<p>FOCO: Parésia</p> <p>Enunciado de diagnóstico: Parésia presente na face (à esquerda)</p> <p>Resultado esperado: Melhoria da parésia da face (à esquerda)</p>		
19/10 a 26/10	<p>Dimensão: Parésia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular; - Vigiar parésia; - Avaliar a simetria da face; 	<p>19/10 – Iniciados exercícios de fortalecimento muscular facial ao espelho, que a pessoa cumpre e consegue executá-los sem dificuldade.</p>

	- Supervisionar a pessoa no mastigar.	20/10 a 22/10 – Melhoria da parésia facial esquerda. Refere que tem cumprido a realização dos exercícios muscular faciais, mas quando é solicitado que exemplifique, esquece-se de vários. Mastigação sem alterações. 23/10 a 25/10 – Manteve o plano de exercício de fortalecimento muscular faciais, que cumpre ao espelho, com melhoria da assimetria facial.
Enunciado de diagnóstico: Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular não demonstrado Resultado esperado: Melhoria do conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular		
19/10 a 26/10	Dimensão: Conhecimento - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar e treinar sobre exercícios para melhorar a força e resistência muscular da face, lábios e língua; - Validar conhecimento sobre exercícios de fortalecimento da face, lábios e língua; - Providenciar material educativo (anexo II).	19/10 – A pessoa não revela conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, pelo que foi feito o ensino. 20/10 a 22/10 – A pessoa refere que sabe quais são os exercícios facial que deve realizar, porém, quando é solicitado para exemplificá-los, apenas se recorda do exercício de simular o sorriso, o assobiar e lateralizar a língua dentro da boca. 23/10 a 26/10 – Melhoria considerável do conhecimento, recorda-se de outros exercícios ensinados, como o soprar, encher as bochechas de ar e colocar a língua em concha.
FOCO: Pôr-se de pé Enunciado de diagnóstico: Pôr-se de pé comprometido Resultado esperado: Melhoria da capacidade para pôr-se de pé		
19/10 a 26/10	Dimensão: Pôr-se de pé - Advogar uso de dispositivo auxiliar (andarilho) para pôr-se de pé; - Avaliar a pessoa a pôr-se de pé; - Informar sobre dispositivo auxiliar (andarilho) para pôr-se de pé;	19/10 – A pessoa é capaz de pôr-se de pé autonomamente, porém com desequilíbrio. Foi-lhe fornecido o andarilho para o auxiliar, mas só o usa para iniciar a marcha. 20/10 a 23/10 – Revela melhoria do equilíbrio, mas por vezes ainda se esquece de usar o andarilho para se colocar de pé. 25/10 a 26/10 – Usa mais vezes o andarilho para pôr-se de pé, com maior estabilização.

	<ul style="list-style-type: none">- Orientar no uso de dispositivo auxiliar (andarrilho) para pôr-se de pé;- Providenciar dispositivo auxiliar (andarrilho) para pôr-se de pé;- Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé.	
--	--	--

Tabela 12: Plano de cuidados segundo o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015)

REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o término deste estudo, posso concluir que foi bastante proveitoso a sua concretização no sentido de me ajudar a delinear o plano terapêutico, bem como na assimilação de vários conceitos dentro dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa após AVC, que ainda não tinha conseguido colocar em prática.

Este trabalho permitiu-me aprofundar conhecimentos, melhorar e refletir sobre a minha prática, sob a supervisão da Enfermeira Especialista.

Foi visível todo o trabalho desenvolvido com a pessoa, demonstrando-se ganhos na funcionalidade, autonomia e saúde. A reabilitação também foi possível graças ao acompanhamento frequente da mesma, permitindo sempre ganhos nos autocuidados.

Também foi possível usar várias escalas de avaliação recomendadas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação a fim de avaliar a pessoa como um todo, o que acaba por complementar o percurso académico em contexto de estágio iniciado no ano anterior.

Outro aspeto bastante proveitoso na minha aprendizagem foi a possibilidade de aplicar, intervir e demonstrar os resultados obtidos ao nível de treino de Atividades de Vida Diária, como o vestuário (e calçar os ténis), a higiene do duche e o treino de deglutição, que noutras ocasiões anteriores não tinha sido feito de forma tão intensa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Spinal Injury Association [ASIA]. (February de 2020). *International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury*. Obtido de American Spinal Injury Association: https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2016/02/Motor_Exam_Guide.pdf
- Bohannon, R., & Smith, M. (february de 1987). Interrater Reliability of a Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206-207. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/19353182_Interrater_Reliability_of_a_Modified_Ashworth_Scale_of_Muscle_Spasticity
- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Obtido de Direcção-Geral da Saúde: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Obtido de Direcção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Lusodidacta.
- Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. London. Obtido de <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015 de 2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Colégio da*

Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreaabilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

Teixeira, S. (2014). *Adaptação para a População Portuguesa da Escala de Avaliação Trunk Impairment Scale (TIS)*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto, Vila Nova de Gaia.

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients. *Stroke*, 38(11), 2948-2952.

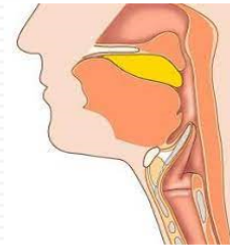
Sinais de alerta



- Vigiar sinais de desnutrição (perda de peso, pele seca e pálida)
- Dificuldade em engolir a saliva
- Saída de comida pelos cantos da boca ou pelo nariz
- Tosse antes e após engolir
- Falta de ar
- Engasgamentos frequentes

Se isto acontecer, deve procurar ajuda de um profissional de saúde o mais rápido possível!

Cuidados a ter na pessoa com alteração na deglutição - DISFAGIA



CONSELHOS PRÁTICOS

O que é a **disfagia**?

- É uma alteração na deglutição, onde ocorre dificuldade em engolir os alimentos sólidos e/ou líquidos, que acabam por ficar retidos na transição da boca para o estômago.
- É uma complicação comum nas pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e em outras doenças neurológicas e degenerativas.
- Um dos grandes riscos é a Pneumonia de Aspiração na qual os alimentos passam para a árvore brônquica e também a desnutrição.

Para que a deglutição seja eficaz e sem ocorrência de complicações, durante a sua refeição deve:

Fazer flexão da cabeça enquanto engole



Estar num ambiente calmo, sem distrações e não falar enquanto come

Não usar palhinhas para ingerir líquidos



Usar o espessante na consistência recomendada

Comer bem Sentado



Colocar a colher no lado menos afetado

Usar colher de sobremesa de metal e evitar copos de vidro

Importante: Realizar a higiene oral após a refeição para evitar que fiquem restos alimentares na boca



APÊNDICE H Formação sobre o posicionamento da pessoa com AVC

POSICIONAMENTO DA PESSOA COM AVC

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Aluna: Inês Caldeira
Supervisora: Enfermeira Especialista

Orientadora: Professora Doutora
Eugénia Grilo

Sumário

- Objetivos;
- Definição de AVC e restante enquadramento teórico;
- Classificação dos tipos de AVC;
- Fatores de risco do AVC;
- Funções alteradas na pessoa com AVC;
- Padrão espástico e anti-espástico;
- Posicionamentos corretos;
- Conclusões.

Objetivos



OBJETIVO GERAL

- - Clarificar junto da equipa de enfermagem os posicionamentos corretos na pessoa com AVC.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- - Descrever o AVC e a importância do posicionamento em padrão-antiespástico;
- - Demonstrar os posicionamentos corretos na pessoa com AVC com recurso à demonstração.

Enquadramento teórico: AVC

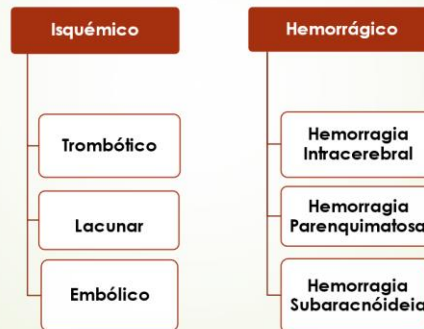
- O AVC tem uma prevalência alta a nível mundial e a tendência é a de aumento do número de casos;
- Segundo a *European Stroke Association* o AVC é a causa mais importante de morbilidade e incapacidade crónica na Europa;
- É a primeira causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal, mais prevalente nos homens do que nas mulheres;
- É mais frequente em pessoas com mais de 65 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade;
- Na fase aguda os enfermeiros têm uma função determinante na deteção precoce e prevenção de complicações (Pneumonia de aspiração, infeção urinária ou trombose venosa profunda).



(Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. 2017; Menor, et. al, 2016; Menoita, 2012; DGS, 2011)

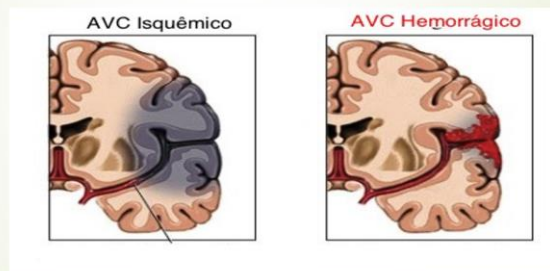
Definição do AVC

O AVC caracteriza-se por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que destrói parte do cérebro, tendo como consequência um conjunto de sequelas ou défices.



(Menoita 2012)

Classificação do AVC



Fatores de risco do AVC

Quais são os fatores de risco?

- Idade;
- Sexo;
- Raça;
- Tabagismo e alcoolismo;
- Obesidade;
- Hipertensão Arterial;
- Diabetes Mellitus;
- Dislipidemia;
- Sedentarismo.

(Menoita 2012)



Funções alteradas na pessoa com AVC

- A alteração da mobilidade é a mais frequente, sendo a **hemiparesia** e a **hemiplegia** as principais causas de incapacidade.
- As alterações da mobilidade estão relacionadas com as alterações na força e tônus muscular, controlo postural e sensibilidade.

HEMIPARÉSIA – Diminuição da força muscular e sensibilidade no hemicorpo

HEMIPLEGIA – Parálise do hemicorpo

(Menoita 2012)

Funções alteradas na pessoa com AVC

- Também ocorre alteração do **tônus muscular**, no qual ocorre um estado de flacidez no hemicorpo afetado, sem movimentos voluntários, com hipotonia, geralmente durante as primeiras semanas, mas pode durar apenas horas ou dias...
- É frequente de seguida surgir um quadro de hipertonia, ou seja, **espasticidade**.



Aumento do tônus muscular, onde ocorre aumento da resistência ao movimento passivo

(Menoita 2012; Araújo et al., 2021)

Padrão espástico

Cabeça e pescoço:

- Rotação para o lado sã
- Inclinação para o lado lesado

Membro superior:

- Retração e depressão da escapulo-umeral
- Contração dos flexores do tronco do lado afetado
- Rotação interna do braço
- Flexão com pronação do cotovelo e punho
- Dedos em flexão e adução.

Postura de
Wernicke-Mann



(Menoita 2012)

Padrão espástico

Bacia:

- Bâscula anterior em anteversão

Membro inferior:

- Rotação externa da coxo-femural
- Extensão da coxo-femural e joelho
- Inversão da tíbio-társica
- Dorsi-flexão do pé



(Menoita 2012)

Padrão anti-espástico

- O primeiro passo na reabilitação da pessoa é o posicionamento adequado, isto é, em padrão **anti-espástico**.
- Deve ser encarado como um hábito de vida e durante as 24 horas do dia.
- Apesar de não ser possível prevenir na totalidade o surgimento da espasticidade, esta pode ser combatida através do posicionamento correto e, desta forma, prevenir o aparecimento da postura de **Wernicke-Mann**.
- Esta postura deve ser evitada através da alternância de decúbitos para facilitar a integração do corporal e da lateralidade, bem como das complicações músculo-esqueléticas.



(Menoita 2012; Araújo et al., 2021)

Importância do posicionamento correto

- Proporcionar conforto e bem-estar;
- Prevenir complicações músculo-esqueléticas;
- Manter a integridade cutânea;
- Alternar o campo visual;
- Integrar o esquema corporal.



(Menoita 2012)

Decúbito dorsal

É o posicionamento que mais favorece a espasticidade, sendo que só deve ser usado para a alimentação.

- Cabeça apoiada numa almofada (e deve chegar até às omoplatas) e inclinada para o lado menos afetado;
- Membro superior apoiado na almofada desde o ombro em abdução, rotação externa, extensão do cotovelo, punho e dedos;
- Membro inferior apoiado numa almofada desde a bacia até à popliteia, para que faça a ligeira flexão e rotação interna da coxo-femural e flexão do joelho.



(Menoita 2012; Araújo et al., 2021)

Posicionamento para o lado afetado

É o decúbito preferencial por que não agrava o padrão espástico porém, é importante restringir o tempo em que fica apoiado sobre o lado afetado devido às alterações da sensibilidade e do risco de ombro doloroso

- Cabeça apoiada numa almofada;
- Membro superior afetado apoiado na cama, em abdução e rotação externa do ombro, cotovelo, punho e dedos em extensão, com antebraço em supinação;
- Membro inferior afetado fica em ligeira flexão da coxo-femural e joelho. Membro não afetado fica sobre uma almofada para conforto.



(Menoita 2012; Araújo et al., 2021)

Posicionamento para o lado não afetado

- Cabeça sobre uma almofada mais baixa ou sem ela;
- Membro superior afetado fica apoiado numa almofada para que o ombro fique em flexão, antebraço em pronação, cotovelo, punho e dedos em extensão;
- Membro inferior afetado fica apoiado numa almofada à frente do menos afetado, em ligeira flexão da coxo-femural.

(Menoita 2012; Araújo et al., 2021)



NOTA: Em caso de dúvida ou se pretenderem praticar os posicionamentos, poderão a qualquer momento solicitar ajuda da formadora.

O que se deve evitar...

- Posicionar a pessoa "puxando" pelos ombros – provoca dor, principalmente quando já existe ombro doloroso. Deve-se usar o resguardo para posicionar;
- Os decúbitos semi-dorsais não são aconselhados, porque favorecem a espasticidade, porém deve-se ter em consideração determinados fatores como é o caso de uma pessoa obesa em que possivelmente tolera melhor um decúbito semi-dorsal do que um lateral;
- Deve-se privilegiar os decúbitos laterais e dorsal (para alimentação);
- **Não há qualquer indicação** ou orientação para colocar almofadas debaixo do colchão. Estas devem ser colocadas junto ao corpo como qualquer outro posicionamento;
- Não se deve colocar "rolos" na palma das mãos, uma vez que favorece a espasticidade e o reflexo de garra.

Conclusões

- O posicionamento em padrão anti-espástico deve ser usado até à recuperação total, encarando-o como um hábito de vida;
- Este posicionamento é fundamental para prevenir complicações músculo-esqueléticas;
- Proporciona um conjunto de benefícios, como conforto e bem-estar, a manutenção da integridade cutânea e a alternância do campo visual.



Bibliografia

- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 164-233). Lisboa: [Lidel](#);
- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>;
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 465-474). Loures: [Lusodidacta](#);
- [Menaita, E.](#) (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência;
- Menor, M., Ricarte, C., Sanches, C., Gomes, C., & Barrancos, L. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com acidente vascular cerebral. Em M. Lourenço, Ó. Ferreira, & C. Baixinho, *Terapêutica de Posição- Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro*. Loures: [Lusodidacta](#).

SWOT:

Forças - Identificação do problema por parte de todos os membros da Equipa de Enfermagem/da chefia. Experiência. Equipa jovem, aberta à mudança.

Fraquezas

- Lacunas nos conhecimentos e formação;
- Falta de peritos na área;
- Rotatividade da equipa.

Oportunidades – Formação em serviço para os destinatários;

- Possibilidade de desenvolver competências pedagógicas para a formadora.

Ameaças – Falta de material adequado (almofadas de vários tamanhos);

- Falta de dotações seguras.

ANÁLISE SWOT

Na conquista do objectivo



Forças (Strengths),
Fraquezas
(Weaknesses),
Oportunidades
(Opportunities)
Ameaças (Threats).

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

- Falta de formação acerca do posicionamento em padrão anti-espástico;
- Falta de peritos na área;
- Ausência de normas que auxiliem a integração de novos elementos.

Determinação de prioridades

- Formação (teórico-prática) no serviço com envolvimento da equipa de enfermagem acerca da importância do posicionamento na pessoa com AVC.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, executáveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo).

OBJETIVO GERAL

- Clarificar junto da equipa de enfermagem os posicionamentos corretos na pessoa com AVC.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Descrever o AVC e a importância do posicionamento em padrão-antispástico;
- Demonstrar os posicionamentos corretos na pessoa com AVC com recurso à demonstração.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2012). *Doenças cardiovasculares*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde Administração Central do Sistema de Saúde: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Doencas_Cardiovasculares.pdf
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 164-233). Lisboa: Lidel.
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Guedes, L., Oliveira, M., & Carvalho, G. (2018). Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos – uma revisão. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 516-522.
- Hashem, M., Parker, A., & Needham, D. (2016). Early Mobilization and Rehabilitation of Patients Who Are Critically Ill. *Chest*, 722-731.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 465-474). Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Menor, M., Ricarte, C., Sanches, C., Gomes, C., & Barrancos, L. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com acidente vascular cerebral. Em M. Lourenço, Ó. Ferreira, & C. Baixinho, *Terapêutica de Posição- Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro*. Loures: Lusodidacta.
- Schaffler, A., & Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Planeamento da formação

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>- Descrever o AVC e a importância do posicionamento em padrão-antispástico;</p> <p>- Demonstrar os posicionamentos corretos na pessoa com AVC com recurso à demonstração.</p>	<p>- Pesquisa bibliográfica;</p> <p>- Planeamento da sessão;</p> <p>- Divulgação da formação;</p> <p>- Elaboração da formação sobre o posicionamento da pessoa com AVC (método expositivo);</p> <p>- Elaboração de um questionário de avaliação do formando pós formação (para validar acréscimo de conhecimentos).</p>	<p>Formadora: Aluna do Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação</p> <p>Enfermeira Especialista [REDACTED]</p> <p>Enfermeira Chefe [REDACTED]</p> <p>Professora Doutora Eugénia Grilo</p> <p>Formandos/Destinatários: Enfermeiros e Enfermeiros Especialistas do Serviço de [REDACTED]</p>	<p>- Computador;</p> <p>- Demonstração da formação através do programa <i>Power Point</i> do Office 365;</p> <p>- <i>Datashow</i>;</p> <p>- Tela de projeção.</p>	30 minutos	<p>- Adesão a formação acima dos 75% da equipa;</p> <p>- Pontuação no questionário pós formação superior 80%;</p> <p>- Existência de uma diferença significativa de respostas corretas;</p> <p>- Tomada de conhecimento a 100% por toda a equipa.</p>
<p>Orçamento: Não estão previstos gastos a nível de recursos humanos e materiais.</p>					
<p>Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar: Baixa adesão à formação – Divulgação antecipada da mesma</p>					

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Docente: _____

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO SUBORDINADA AO TEMA:
POSICIONAMENTO DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
(AVC)**

Responda como V(erdadeiro) ou F(also) às seguintes afirmações:

- 1 A espasticidade é uma das principais complicações músculo-esqueléticas pós-AVC. V__ /F__
- 2 O posicionamento em padrão anti-espástico aumenta a espasticidade. V__ /F__
- 3 O decúbito dorsal deve ser o posicionamento mais frequente. V__ /F__
- 4 O decúbito lateral sobre o lado afetado estimula a sensibilidade. V__ /F__
- 5 O posicionamento deve ser encarado como um modo de vida. V__ /F__
- 6 O correto posicionamento previne a postura de Wernicke-Mann V__ /F__
- 7 Na postura de Wernicke-Mann ocorre extensão do segmento do membro superior e flexão do membro inferior afetado V__ /F__
- 8 O posicionamento não promove a alternância do campo visual, mas sim o conforto. V__ /F__
- 9 Colocar rolos nas palmas das mãos previne a espasticidade. V__ /F__
- 10 As almofadas devem ser colocadas junto ao corpo da pessoa. V__ /F__

Por fim, indique, numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde à pontuação mais baixa e 5 a mais alta, o valor adequado a cada questão.

	1	2	3	4	5
Considerou a formação adequada às suas expectativas?					
Os conteúdos programáticos foram úteis?					
A metodologia da formação foi adequada?					
A qualidade da sala foi adequada?					

Indique, se for pertinente, sugestões de melhoria _____

Muito obrigado pela sua colaboração!