



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Programa de Reeducação Funcional na
recuperação do equilíbrio corporal – Contributo
da Enfermagem de Reabilitação**

Patrícia Isabel Solda Gonçalves

Orientação: Maria Gorete Mendonça dos Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Beja, 2022



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Programa de Reeducação Funcional na
recuperação do equilíbrio corporal – Contributo
da Enfermagem de Reabilitação**

Patrícia Isabel Solda Gonçalves

Orientação: Maria Gorete Mendonça dos Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Beja, 2022

**PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL NA RECUPERAÇÃO DO EQUILIBRIO CORPORAL –
CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Patrícia Isabel Solda Gonçalves

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Júri:

Presidente: Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Mestre e Especialista João Vítor da Silva Vieira

Orientador: Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis

Data: 27 de abril de 2022

“Porém, qualquer um, independentemente das habilitações que tenha, ao menos uma vez na sua vida fez ou disse coisas muito acima da sua natureza e condição, e se a essas pessoas pudéssemos retirar do quotidiano pardo em que vão perdendo os contornos, ou elas a si próprias por violência se retirassem de malhas e prisões, quantas mais maravilhas seriam capazes de obrar, que pedaços de conhecimento profundo poderiam comunicar, porque cada um de nós sabe infinitamente mais do que julga e cada um dos outros infinitamente mais do que neles aceitamos reconhecer”

José Saramago (A Jangada de Pedra)

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste projeto de vida assentou num percurso longo e repleto de sentimentos contraditórios, mas essencialmente em ganhos pessoais e profissionais.

Este percurso reúne o contributo dos vários intervenientes indispensáveis para encontrar o melhor rumo durante esta caminhada, não podendo deixar de agradecer à Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis, aos supervisores clínicos e aos meus colegas.

Agradeço a todos os que contribuíram para a realização e concretização deste projeto de vida, em particular à minha mãe, a maior impulsionadora da minha vida e por quem tenho a maior admiração a nível pessoal e, sem dúvida, profissional.

Trilhar este caminho apenas foi possível com o apoio e encorajamento da minha família e especiais amigos(as), a quem dedico a conclusão de mais uma etapa na minha vida.

Que a perseverança e a resiliência sejam eternas no meu percurso de vida.

RESUMO

O presente Relatório foi elaborado no seguimento do percurso final da 4ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Enfermagem de Reabilitação, que decorreu no Instituto Politécnico de Beja.

O avanço da idade, a presença de comorbilidades e a inatividade física associados a processos degenerativos do sistema nervoso central e músculo-esquelético, conduzem a alterações do equilíbrio corporal e movimento muscular. Estas alterações têm impacto na funcionalidade da pessoa e deste modo, limitam a realização das atividades de vida.

Neste sentido, foi elaborado e implementado um projeto de intervenção profissional com o intuito de identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação e melhorar a funcionalidade da pessoa com diagnóstico de enfermagem, equilíbrio corporal comprometido. A eficiência da sistematização dos cuidados de enfermagem de reabilitação teve como resultado a melhoria do equilíbrio corporal, maximizando a funcionalidade.

De um modo geral, o Relatório apresenta a descrição e análise reflexiva do percurso realizado durante os Estágios, realçando-se o Final, cujo objetivo major foi desenvolver competências de Enfermeiro Especialista, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e de Mestre.

Palavras-chaves: Enfermagem, Reabilitação, Competências e Equilíbrio corporal

ABSTRACT

This report was prepared following the end of the 4th edition of the Master's in Nursing – Rehabilitation Nursing Area, which took place at the Polytechnic Institute of Beja.

The advancement age, the presence of comorbidity and physical inactivity associated with degenerative processes of the central nervous and musculoskeletal systems lead to changes in the body's balance and muscle movement. These changes have an impact on the person's functionality and thus, limits the performance of the day-to-day activities.

In this regard, a professional intervention project was designed and implemented with the aim of identifying sensible gains to rehabilitation nursing care and improve the functionality of the person with a nursing diagnosis, compromised body balance. The efficiency of the systematization of rehabilitation nursing care resulted in the improvement of the body's balance, maximizing functionality.

In general, the report displays the description and reflective analysis of the work carried out during the internships, highlighting the final internship, which had the main objective of developing the skills of Specialist Nurses in Rehabilitation and Masters.

Keywords: Nursing, Rehabilitation, Skills and Body Balance

INDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES.....	C V I I I
Apêndice I – Instrumento de recolha de dados	C I X
Apêndice II - Manual de Bolso para a pessoa com alteração da deglutição.....	C X X I
Apêndice III - Poster Reeducação dos Músculos da Face	C X X I V
Apêndice IV – Revisão Sistemática da Literatura	C X X V I

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS..... C X X X

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja C X X X I

INDICE DE FIGURAS

Figura nº. 1 - Pirâmide etária da população em Portugal, 2007 e 2016.	24
Figura nº. 2 – Fluxograma dos focos de enfermagem e respetivas variáveis em estudo	40

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº. 1 - Distribuição dos participantes por Sexo	51
Gráfico nº. 2 - Distribuição dos participantes pelo apoio da família	52
Gráfico nº. 3 - Comorbilidades presentes	53
Gráfico nº. 4 - Distribuição dos participantes por motivo internamento	54
Gráfico nº. 5 - Distribuição dos participantes por diagnóstico médico de internamento após ECDT	54
Gráfico nº. 6 - Distribuição dos participantes por critérios de diagnóstico do Movimento muscular	58
Gráfico nº. 7 – Distribuição dos participantes por critérios de diagnóstico do Equilíbrio Corporal	60
Gráfico nº. 8 - Evolução do Equilíbrio corporal (Escala de Equilíbrio de Berg)	60
Gráfico nº. 9 – Distribuição dos participantes por enunciado de ações de diagnóstico do Equilíbrio Corporal.....	61
Gráfico nº. 10 – Pontuação do Índice de Barthel.....	62

INDICE DE TABELAS

Tabela nº. 1 - Plano de Intervenção	42
Tabela nº. 2 - Estrutura do programa de treino de equilíbrio	49
Tabela nº. 3 - Características Habitacionais da amostra em estudo.....	53
Tabela nº. 4 – Avaliação inicial dos participantes face às variáveis em estudo.....	56
Tabela nº. 5 - Avaliação da força muscular (Medical Research Council Muscle Scale).....	59
Tabela nº. 6 – Independência dos participantes (Índice de Barthel)	64

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIT – Acidente isquémico transitório

AVC – Acidente vascular cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECDT – Exame complementar de diagnóstico e terapêutica

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermeiro de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização das Nações Unidas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

INDICE

INTRODUÇÃO	15
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	19
1.1 Hospital do Sul do País	19
1.1.1 Unidade de Acidente Vascular Cerebral.....	20
2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	23
2.1 Fundamentação da problemática	23
2.2 Suporte à atuação da Enfermagem de Reabilitação	29
2.3 Finalidade da Estratégia de Intervenção	33
2.4 Metodologia	34
2.4.1 Tipo de Estudo.....	35
2.4.2 População e amostra.....	35
2.4.3 Princípios éticos.....	36
2.4.4 Instrumentos e Técnicas de colheita de dados	38
2.4.5 Fases de intervenção	40
2.5 Atividades que concretizam a Estratégia de Intervenção	46
2.6 Resultados	51
2.7 Discussão	66

3.	ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	74
3.1	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	76
3.1.1	Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	77
3.1.2	Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	79
3.1.3	Domínio da gestão dos cuidados.....	82
3.1.4	Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	84
3.2	Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre.....	86
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	100

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem - área de Enfermagem de Reabilitação, curso em associação entre instituições de Ensino Superior, edição que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, elabora-se o presente Relatório que surge integrado na Unidade Curricular Relatório. Este realizou-se com o contributo dos estágios do curso e tem como finalidade analisar reflexivamente o continuo desenvolvimento, sedimentação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER), de competências de mestre e a tomada de decisão consciente e fundamentada. Descreve-se também o desenvolvimento, implementação e finalização do Projeto de Intervenção Profissional, Programa de reeducação funcional na recuperação do equilíbrio corporal- Contributo da Enfermagem de Reabilitação.

A coordenação pedagógica e orientação científica esteve a cargo da Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis da Universidade de Évora (Escola Superior de Enfermagem São João de Deus). A Unidade Curricular Estágio Final decorreu numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) de um Hospital do Sul do país.

Nos estágios pretendeu-se desenvolver competências diferenciadas e associadas à área especializada da enfermagem, sendo o enfermeiro especialista detentor de competências científicas, técnicas e humanas que lhe proporcionam a habilidade e capacidade de prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados em determinada área do saber (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, 1996). Neste sentido, a prossecução do Projeto de Intervenção Profissional constituiu-se num meio condutor e influenciador para o desenvolvimento das competências supracitadas, ainda que não fosse a única fonte de relevo para tal desiderato.

No seguimento, atuámos no sentido de dar resposta aos objetivos do Estágio final: Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; Implementa programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; Diagnostica, planeia, executa e avalia intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas cardíacos e respiratórios na fase aguda, subaguda, de sequelas, com problemas neurológicos; Capacita a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; Desenvolve programas de treino de atividades de vida diária e de utilização de ajudas técnicas; Gere os cuidados, e projetos,

otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Produz dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Objetivos específicos delineados para o presente Relatório são: Evidenciar a aquisição de conhecimentos, aptidões e competências inerentes ao Enfermeiro especialista (EE), EEER e de mestre; Analisar a prática dos cuidados do EEER baseada na evidência com recurso à metodologia científica, processo de enfermagem e referenciais teóricos; Demonstrar conhecimento e competência no planeamento dos cuidados de enfermagem especializados tendo o contributo das orientações da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação; Demonstrar a relevância da intervenção do EEER dirigida à pessoa com alteração do equilíbrio corporal no contexto do local de Estágio; Desenvolver espírito crítico e raciocínio clínico sobre a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

O Projeto de Intervenção Profissional centrou-se na estruturação e implementação de um programa de reeducação funcional, composto por intervenções específicas do EEER face as necessidades individuais identificadas. As estratégias delineadas foram desenvolvidas e fundamentadas com base no processo de enfermagem, na evidência científica, nos referenciais teóricos e de acordo, com o Padrão Documental dos Cuidados Especializados da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e restantes orientações da Mesa do Colégio da Especialidade. A estruturação e implementação do programa foi direcionado à especificidade de cada pessoa com alteração do equilíbrio corporal, através da avaliação da funcionalidade da mesma, permitindo identificar os problemas/necessidades reais e ou potenciais.

O envelhecimento populacional é uma realidade em Portugal e representa um dos fenómenos demográficos mais desafiantes nas sociedades modernas de todo o mundo (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). Apesar de se verificar aumento na longevidade da população portuguesa verifica-se que ainda é possível melhorar a qualidade dos anos de vida, sendo que esta se encontra intimamente relacionada com o empenho de cada pessoa no seu projeto de saúde e papel na sociedade. A pessoa enquanto agente ativo deve acompanhar a melhoria das condições de vida, retirando proveito destas e do avanço nos cuidados de saúde, partindo do pressuposto que a acessibilidade a melhores condições de saúde esteja ao alcance de toda a população de forma equitativa (Reis et al., 2021).

O avanço da idade da população associa-se ao comprometimento do desempenho neuromuscular nas mais distintas apresentações. Pode ser identificado inicialmente através da fraqueza muscular precoce, lentificação dos movimentos, decréscimo da função muscular resultante da sarcopenia e alterações nas competências psicomotoras decorrentes de patologias diversas. Com o desenrolar destas alterações a população mais idosa predispõe-se ao percurso de perda de independência apresentando limitações funcionais, como por exemplo, para caminhar, levantar-se, manter o equilíbrio corporal e conseqüentemente propensão a quedas (Correia, et al., 2019). O idoso, manifesta assim, alterações na funcionalidade, dificuldade em executar as atividades de vida diária e conseqüentemente impacto na capacidade para o autocuidado, demonstrando necessidade de cuidados saúde que, muitas vezes, envolvem um cuidador formal ou informal, dependendo da situação e contexto particular (Carvalho, et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

As alterações do equilíbrio, da marcha e o conseqüente aumento do risco de queda representam um problema de saúde importante que determina a fragilidade dos idosos e que merece foco pelo EEER, que pode através das suas competências e habilidades capacitar e instruir a pessoa, atuar sobre o ambiente e torná-lo seguro, recuperar ou adaptar trajetórias de saúde e deste modo, atingir ganhos em saúde (Correia, et al., 2019).

O EEER assume-se como um elemento-chave para intervenção precoce em consonância com a competência específica de cuidar de pessoas com necessidades especiais de todas as idades, que se encontrem inviabilizadas de realizar as suas atividades de vida diárias, por alteração da sua condição de saúde, por deficiência, por atividade condicionada ou restrição de participação, seja de origem permanente ou temporária. O EEER auxilia também a pessoa acometida por doença aguda, crónica ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional. Atua, no sentido de melhorar a função, promover a independência, a máxima satisfação da pessoa preservando a autoestima e concomitantemente auxiliando também no processo de transição que envolve também, a adaptação à situação de doença e dependência (Regulamento n.º 392/2019).

Assume-se a importância de uma intervenção precoce através da implementação de programas de reabilitação que visem melhorar o equilíbrio corporal e minimizar as alterações decorrentes do mesmo, no sentido da maximização das capacidades funcionais, da promoção do autocuidado tendo em vista a vivência saudável das transições de saúde, a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade (Rocha, et al., 2020).

Em suma e de forma global, este Relatório faz também a análise reflexiva sobre as competências desenvolvidas, ilustrando-as com experiências de aprendizagem vividas face os distintos contextos de cuidados e tendo alvos distintos de intervenção. A cognição, a sensibilidade, a respiração, a motricidade e a marcha entre outras foram alvo da nossa atenção. O equilíbrio foi objeto de planeamento e desenvolvimento estruturado e sistematizado assumindo a forma de uma intervenção específica.

O presente Relatório encontra-se organizado em quatro partes. Após a Introdução realiza-se a análise do contexto onde se desenvolveu o Projeto de Intervenção Profissional. Na segunda parte, encontra-se a descrição do Projeto de Intervenção Profissional, onde se realiza o enquadramento conceptual, a fundamentação científica, a definição da metodologia adotada, as atividades que concretizaram a estratégia e o relato e discussão dos resultados. A terceira parte destina-se à análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências propostas. Por último termina-se com a apresentação das conclusões, referências bibliográficas e posteriormente os apêndices e anexos.

O documento encontra-se, ainda, redigido com base no novo acordo ortográfico português e cumpre com as diretrizes de referência da American Psychological Association, 7ª edição.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo pretende-se fazer uma caracterização do contexto em que decorreu o Projeto de Intervenção Profissional, do espaço físico, dos recursos humanos e dos materiais disponíveis à aplicabilidade do projeto, bem como uma análise à produção de cuidados da Unidade de AVC. No seguimento da proteção de dados e da não identificação direta ou indireta de pessoas e entidades, o espaço físico onde decorreu o Estágio Final irá denominar-se de Hospital do Sul do País.

1.1 Hospital do Sul do País

O Hospital do Sul do País encontra-se aberto há 500 anos ao serviço da população, prestando cuidados diferenciados, envolvendo um total de 498.804 habitantes (Eurostat Statistics Explained, 2021).

O Hospital encontra-se inserido no Serviço Nacional de Saúde, desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de especialidade, diferenciados, adequados e em tempo útil com elevados padrões de desempenho técnico e científico pela equipa multidisciplinar. O serviço denota-se ainda por realizar uma eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização não descurando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores. Os objetivos delineados pelo presente Hospital residem em contribuir e obter de ganhos de saúde em articulação com os cuidados de saúde primários e com o setor social e privado; garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços; melhorar a eficiência técnica e económica; melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços; valorizar o capital humano (Hospital do Sul do País, 2021).

O Hospital rege-se pelos seguintes valores, Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; Excelência técnica; Cultura da melhor gestão; Respeito pelas normas ambientais; Promoção da qualidade; Ética, integridade e transparência; Motivação; Trabalho de equipa (Hospital do Sul do País, 2021).

Em 2006 o Hospital transformou-se em Entidade Empresarial passando por uma complexa transformação ao nível das instalações físicas, da organização interna e da diferenciação das suas valências, aumentando a oferta de cuidados mais diferenciados à população, de modo a suprimir algumas das carências existentes no território alentejano (Hospital do Sul do País, 2021). No sentido de dar respostas à Pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, no período de 2020-2021 surgiu a máxima necessidade de novas adaptações nas instalações físicas, tendo sido criadas também condições para o internamento em Enfermarias e Unidades de Cuidados Intensivos de utentes positivos ao vírus referido.

Nas análises de benchmarking elaboradas periodicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde, o Hospital tem apresentado bom desempenho, em destaque o excelente comportamento relativo a primeiras consultas realizadas em tempo adequado e da demora média pré-operatória (Hospital do Sul do País, 2021). O Hospital destaca que o bom desempenho do mesmo se deve à equipa de profissionais extremamente dedicada e que transformou as dificuldades em motivação para aprimorar a resposta às necessidades dos utentes e no combate à Pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2.

1.1.1 Unidade de Acidente Vascular Cerebral

Em 2011, a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) publicou a 1.ª edição do “Guia das Unidades de AVC” com vista a documentar a realidade das Unidades de AVC no nosso país (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2017).

Em 2004, foi criada a Unidade de AVC e posteriormente, em 2007 foi inaugurada a Unidade de Convalescença para reabilitação dos casos de AVC, porém em 2019 a mesma teve o seu término. De modo a dar resposta às necessidades criadas pela Pandemia. A Unidade de AVC foi um dos serviços mobilizados para outro espaço físico, dissociando-se do Serviço de Especialidades Médicas onde se encontrava até então inserido e que também teve término. Alguns elementos da equipa de enfermagem foram mobilizados para outros serviços.

O Hospital dispõe de quatro níveis de resposta ao AVC, sendo a patologia de principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Os níveis residem, na Via verde AVC do serviço de urgência para

realização de trombólises em fase aguda, sempre que indicado; na Unidade de AVC para monitorização e estudo etiológico dos doentes e tratamento precoce na fase aguda minimizando sequelas; e no Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SPAVC, 2017).

À chegada ao Serviço de Urgência pode ser acionada a Via Verde AVC através do Instituto Nacional de Emergência Médica ou no momento de realização de Triagem se identificados sinais de alerta. Nesse momento encontra-se descrito que deve ser acionado um médico, um enfermeiro e assistente operacional, sendo a pessoa observada, realizada colheita de sangue para análise e posterior realização de Tomografia Computorizada. Em caso de indicação para realização de Trombólise, a pessoa é submetida ao procedimento e permanece na Sala de Observação para vigilância sendo após algumas horas transferido para a Unidade de AVC. Doentes com critérios para realização de Trombectomia são referenciados a Centros Hospitalares de Lisboa e transferidos (SPAVC, 2017).

A Unidade de AVC permanece com lotação de 6 camas que se encontram destinadas a pessoas com diagnóstico de AVC em fase aguda (48 a 72 horas). Os diagnósticos médicos mais frequentes são: AVC isquémico, AVC hemorrágico, Acidente Isquémico Transitório (AIT) e Trombose Venosa Cerebral. Segundo dados da Unidade de AVC, pré-pandemia, o tempo médio de internamento é de 5,14 dias. Após a alta hospitalar a continuidade dos cuidados decorre em hospitais periféricos, instituições de apoio, lares ou Unidade de Cuidados Continuados Integrados e domicílio (Coelho, Marques, & Marranita, 2014). No entanto, após internamento na Unidade de AVC, o doente pode passar para os Serviços de Medicina ou Medicina de Apoio conforme as necessidades ainda decorrentes, mas sempre referenciado para a Consulta de Doença Vasculiar Cerebral.

O Hospital tem estabelecido um protocolo com os Centros de Saúde da região, de modo a manter a vigilância e controlo dos fatores de risco, com o intuito de após a alta dos doentes, este continuar a ser acompanhado por profissionais competentes. Existe ainda um grupo de apoio a utentes e familiares para auxiliar no percurso decorrente da patologia (SPAVC, 2017).

A Unidade de AVC tem desenvolvido um papel importante ao assumir a responsabilidade da divulgação do AVC, através da sensibilização da comunidade com campanhas de divulgação de sinais de alerta, a realização de atividades físicas, palestras, rastreios, entre outros. Foi também criado um projeto junto das escolas para o mesmo efeito (SPAVC, 2017).

Atualmente a Unidade de AVC apresenta como equipa multidisciplinar três Médicas de Medicina Interna e doze Enfermeiros, sendo cinco EEER, uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e os restantes enfermeiros de cuidados gerais e ainda cinco assistentes operacionais. A par

desta equipa associa-se ainda um Fisiatra, dois Neurologistas, um Neurorradiologista, uma Neuropsicologista, dois técnicos de cardiopneumografia, duas fisioterapeutas, uma terapeuta da fala, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e uma administrativa. Conta ainda, com a cooperação da Equipa de Gestão de Altas. De realçar a equipa multidisciplinar pelo esforço na reabilitação e educação da pessoa internada, família ou cuidador, em prol de um maior grau de autonomia, funcionalidade e qualidade de vida, transmitindo segurança aos intervenientes.

O método de trabalho da equipa de enfermagem é o Individual, sendo os diagnósticos de enfermagem prevalentes: o compromisso na realização das atividades de vida diária, da marcha, da comunicação, da deglutição, do equilíbrio, do movimento muscular, défice sensorial e presença de parésia. De referir que a realidade dos cuidados de enfermagem e da própria população encontrada na unidade sofreu alterações, comparativamente ao período pré pandemia.

A Unidade tem recursos de apoio e equipamento de reabilitação, como elevador hidráulico, triângulo de abdução, almofadas de gel, colchões anti escaras, sacos de areia, halteres, bandas elásticas, tábuas de transferência, auxiliares de marcha, bastão, bolas, inspirómetros de incentivo, entre outros.

2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O presente capítulo serve de exposição ao desenvolvimento da estratégia de intervenção profissional, que decorreu durante o Estágio Final.

2.1 Fundamentação da problemática

No início de 2018 viviam na União Europeia cerca de 101,1 milhões de pessoas idosas, o que correspondia a um quinto da população total a residir naquele território (European Union, 2019). A esperança média de vida tanto para homens como para mulheres aumentou cerca de 10 anos. Verificam-se regiões com envelhecimento acentuado e outras com aumento da população em idade ativa e apesar da Europa não ser o único continente a verificar-se envelhecimento demográfico acentuado, o processo está mais avançado face outros (Comissão Europeia, 2021).

O envelhecimento demográfico adveio, principalmente, da diminuição das taxas de fertilidade e aumento da longevidade. Este aumento de longevidade ocorreu consequentemente pela redução na mortalidade infantil, avanços no sector da saúde (tecnologia e terapêuticas), maior consciencialização e adoção de estilos de vida saudável, mudança de trabalhos pesados para ocupações terciárias e melhores condições de vida. Este processo de envelhecimento demográfico pode ser considerado uma vitória para muitos idosos que se encontram bem de saúde e que têm muito que esperar da velhice. (European Union, 2019).

No entanto, alguns analistas declaram que este novo paradigma representa uma das transformações sociais mais significativas do século XXI, conduzindo a vários desafios económicos e impacto na vida quotidiana das pessoas e na sociedade. O aumento da longevidade exercerá pressão descendente sobre o crescimento económico e afetará os cuidados de saúde de longa duração, o que conduzirá ao aumento de custos sociais e conseqüente impacto na sustentabilidade das finanças públicas. Nesta perspetiva, o número de pessoas idosas irá continuar a aumentar em relação ao tamanho da população em idade ativa. População esta necessária para cuidar das gerações mais velhas,

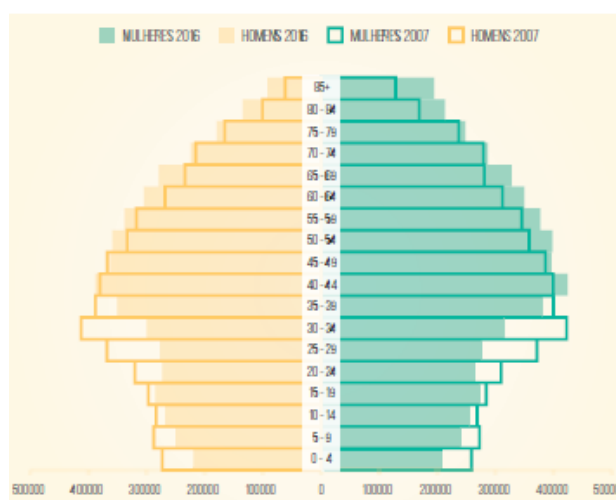
mas onde se observa diminuição da força de trabalho (Comissão Europeia, 2021; European Union, 2019). A pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, especificamente o impacto que teve na população idosa pôs em destaque alguns desafios que o envelhecimento coloca ao setor da saúde e assistência social (Comissão Europeia, 2021).

Eurostat Statistics Explained (2021), reafirma que, “a proporção de idosos na população total aumentará significativamente ao longo das próximas décadas. Este fenómeno (...) levará a um aumento do ónus sobre os ativos, que terão de suportar as despesas sociais exigidas pela população envelhecida (...) (p.1). Na União Europeia verificou-se ainda uma tendência crescente na taxa de dependência das pessoas idosas de 25 % em 2006 para 29,3 % em 2016 (Eurostat Statistics Explained, 2018).

Em Portugal verifica-se diminuição da população desde 2010, atualmente somos cerca de 10,3 milhões de habitantes no território continental. Em conformidade com o que foi anteriormente descrito, também Portugal apresenta uma população envelhecida, com um milhão de portugueses com mais de 75 anos de idade. “Olhando para a média de idades, Portugal tem uma população envelhecida, com mais idosos do que jovens a residir no país: 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos, enquanto 14% têm menos de 15” (Ministério da Saúde, 2018, p.8).

A diminuição da população revela que morrem mais pessoas face os nascimentos e que as pessoas têm emigrado (Ministério da Saúde, 2018). Na Figura nº. 1 encontra-se representada a diminuição da população.

Figura nº. 1 - Pirâmide etária da população em Portugal, 2007 e 2016.



Fonte: Ministério da Saúde. Retrato da Saúde 2018.

Portugal tem seguido a tendência dos países desenvolvidos, sendo que a população portuguesa vive cada vez mais anos o que revela a melhoria geral das condições de vida, mas também o avanço dos cuidados de saúde, da tecnologia e de terapêuticas eficazes e eficientes. O envelhecimento populacional é uma realidade em Portugal, tal como, em todo o mundo e representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas, sendo que deixou de ser característica das zonas do interior do país, mas sim geral a todo o território português (INE, 2012).

A população portuguesa apresenta outros fenómenos que devem ser tidos em conta pelo peso que acrescentam às respostas, nomeadamente, o baixo índice de fecundidade e a emergência de novos problemas de saúde, onde as doenças crónicas se destacam, assim como se verifica um elevado número de pessoas portadoras de múltiplas patologias que necessitam de cuidados de saúde diferenciados. O agravamento do estado de saúde dos portugueses é também devido a estilos de vida pouco saudáveis associados a diversos fatores de risco. A maioria das doenças que provoca a morte, incapacidade ou conduz à perda de qualidade de vida estão associadas a fatores de riscos que podem ser modificados e evitados. De modo, a intervir nos fatores de risco responsáveis pelas doenças crónicas foram criados programas de saúde que focalizam o tabagismo, alimentação saudável, atividade física, diabetes, doenças cérebro e cardiovasculares, doenças oncológicas e respiratórias (Ministério da Saúde, 2018).

Por base no contexto demográfico do país e inovação tecnológica a nível mundial, o Serviço Nacional de Saúde, tem vindo a adaptar-se de modo a dar respostas com qualidade às novas necessidades de saúde da população (Ministério da Saúde, 2018). O Plano Nacional de Saúde revisto e com extensão a 2020, demonstra que os ganhos em saúde assentam essencialmente no equilíbrio entre as necessidades de saúde (da população e serviços) e a correta relação entre recursos e resultados. Este equilíbrio tem como intuito, a melhoria da saúde da população, da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e o envolvimento e participação das comunidades (estruturas, contextos e recursos inseridos nesta). Ao longo dos anos, o Serviço Nacional de Saúde tem demonstrado progressos significativos ao nível da eficiência, acesso, qualidade e sustentabilidade (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A saúde e o processo saúde-doença podem ser descritos de forma individual e coletiva, mas sempre associados a elevada incerteza, configurando-se num processo dinâmico, complexo e multidimensional. Está associado a fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos, socioculturais e ambientais que beneficiam da inovação e evolução do conhecimento científico teórico-prático e de políticas de saúde consistentes e persistentes (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A Diretora-Geral da Saúde Graças Freitas, refere que:

“A esperança de vida dos portugueses ultrapassa, atualmente, os 80 anos, sendo mais elevada do que a média da União Europeia, e o número de pessoas com mais de 75 anos é superior a um milhão, facto de que nos devemos orgulhar. Viver mais é uma conquista. Viver melhor é um desafio” (Ministério da Saúde, 2018, p.7).

Apesar de nos devermos orgulhar deste facto não podemos esquecer que o avanço da idade da pessoa está associado ao comprometimento do desempenho neuromuscular identificado inicialmente através da fraqueza muscular precoce, lentificação dos movimentos, decréscimo da função muscular resultante da sarcopenia e alterações nas competências psicomotoras. Com o desenrolar destas alterações a população mais idosa inicia o percurso da perda de independência apresentando limitações funcionais, no caminhar, em levantar-se, manter o equilíbrio corporal e consequentemente propensão a quedas (Correia et al., 2019). Alguns idosos vão, paulatinamente, manifestando dificuldade em executar as atividades de vida diária, que pode conduzi-los à incapacidade, e à necessidade de cuidados saúde que, muitas vezes, envolve um cuidador formal ou informal dependendo da situação e contexto particular (Carvalho, et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Os CENSOS de 2011 identificavam já, na população com 65 ou mais anos, as dificuldades na realização das atividades, tais como: andar (27%), ver (19%), ouvir (15%), memória/concentração (15%), tomar banho/vestir-se (14%) e compreender/fazer-se entender (10%). De notar, que o índice de dependência de idosos aumentou cerca de 21% na última década. (INE, 2012). Ainda que o envelhecimento seja um processo pessoal, não se deixa de verificar que o “envelhecimento afeta todos os aspetos da nossa vida, ao longo de toda a nossa existência” (Comissão Europeia, 2021, p.2).

O envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crónicas conduzem à procura de cuidados de saúde, de forma mais precoce em fases agudas e subagudas (Ministério da Saúde, 2017, Martins, Ribeiro & Silva, 2018a). Os EEER assumem uma posição de destaque por serem detentores de conhecimentos, competências e habilidades, que lhes permitem contrariar o efeito do envelhecimento na dependência, minimizando a incapacidade decorrente de doença crónica ou aguda (Hoeman,2000).

O EEER atua perante necessidades especiais/atividade limitada, ao longo do ciclo vital e posteriormente à identificação de problemas reais e ou potenciais; contribui na definição de diagnósticos de enfermagem e intervenção precoce, com o intuito de maximizar a funcionalidade, o autocontrolo, o autocuidado e a prevenir complicações e incapacidades, obtendo ganhos em saúde. A intervenção é considerada uma área de excelência e referência por prevenir, recuperar e habilitar a pessoa acometida por doença súbita ou descompensação de doença crónica. Realçamos em particular,

as alterações ao nível da função motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, neurológica e no desempenho das atividades de vida, que contribuem para ajudar a pessoa a encontrar uma forma de viver, compatível com a sua capacidade, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

O processo de cuidado do EEER engloba intervenções que visam a promoção/manutenção do bem-estar e qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade associada à prevenção de complicações, a potencialização das capacidades e habilidades e muito importante a promoção do autocuidado (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

No Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação, em particular no prefácio, encontra-se escrito pelo Sr. ^o Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros José Carlos Gomes (Ordem dos Enfermeiros, 2013), que:

“No quotidiano todos executamos um conjunto vastíssimo de atividades para suprir as nossas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Fazemo-lo sem nos apercebermos verdadeiramente da importância que é podermos mobilizar, sem restrições, para garantir o cumprimento da mais singela necessidade. Só nos apercebemos da importância do movimento quando, por qualquer motivo, nos vemos privados dessa possibilidade” (p.13).

A ausência de mobilidade associada a comorbilidades pode tornar o indivíduo suscetível a alterações do equilíbrio, da coordenação e das capacidades. Estudos apontam que de entre os principais problemas associados ao envelhecimento, encontra-se, a alteração da capacidade para controlar o equilíbrio corporal e a marcha (Carvalho, et al., 2011). Efetivamente estão-lhes associados o aumento do risco de queda, pois representa um problema de saúde sério que determina a fragilidade dos idosos e que merece atenção do EEER, que pode através das suas competências e habilidades capacitar a pessoa, e atingir ganhos em saúde.

Hoeman (2000) denota que os conceitos biológicos relacionados com o envelhecimento são alvo de grande atenção porque o equilíbrio corporal nem sempre é fácil de manter, existindo elevada propensão a readmissão nos hospitais devido a problemas de saúde agudos associados aos já preexistentes ou por incapacidades.

O conceito de equilíbrio é, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o “Status: segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p.56). O equilíbrio consiste na posição corporal em que o peso se encontra equitativamente distribuído pela superfície de apoio permitindo manter uma postura correta e implicando alinhamento (Ordem dos Enfermeiros, 2013). O equilíbrio corporal torna possível manter a postura sem grandes oscilações ou mantê-la durante o desempenho de uma atividade motora, sendo garantido através da interação do sistema sensorial, musculo esquelético e sistema nervoso central. Em caso de alteração da capacidade de processamento e na transmissão de informação das vias eferentes do sistema nervoso central as respostas neuromusculares serão diferentes. A ocorrência de lesão ou alteração do desempenho do sistema nervoso central provoca alterações anteriormente descritas com resultado no compromisso do equilíbrio (Leme, Carvalho & Sheicher, 2017).

O equilíbrio correlaciona-se com a informação proveniente das vias aferentes pelo VIII par craniano, o auditivo/estímulo coclear. Este divide-se em coclear servindo à acuidade auditiva e vestibular, servindo à sensação do equilíbrio (Menoita, 2012). Ter controlo postural significa ter função de suporte, equilíbrio e estabilização de segmentos através de múltiplas informações sensoriais. Neste sentido, as perturbações do equilíbrio resultam de afeções nos trajetos vestibulares (centrais ou periféricos), cerebelares, propriocetivos e diversas vias de integração destes com o restante sistema nervoso central. O envelhecimento associado a doenças agudas, crónicas-degenerativas pode conduzir e ter impacto negativo conduzindo a estas perturbações, sendo que o ambiente em que a pessoa idosa está inserida pode também propiciar a instabilidade postural (Leme, Carvalho & Sheicher, 2017).

O desalinhamento dos segmentos corporais e estruturas ligamentares e articulares sob grande pressão e desgaste, também alteram a dinâmica corporal e configuram pontos de instabilidade que modificam a condução da informação e dificultam a ações para reestabelecer o equilíbrio corporal (Carvalho, et al., 2011). Deste modo, a mecânica corporal apresenta-se como um fator chave muito importante, que consiste em executar esforços coordenados ao nível musculo esquelético e nervoso, de modo a manter o equilíbrio, a postura, o alinhamento corporal nas atividades realizadas e a promover a utilização eficaz da energia muscular. Apesar da fragilidade e incapacidade que os idosos possam apresentar, o ensino da mecânica corporal e treino de equilíbrio, denota-se importante para estes e para o profissional de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Concomitantemente ao processo de envelhecimento diversas patologias de origem traumática, neurológica ou alterações fisiopatológicas podem provocar mudanças no equilíbrio corporal. O presente

projeto de intervenção profissional incidiu em pessoas com alteração do equilíbrio decorrente de lesão neurológica. Em detrimento deste tipo de lesão a intervenção do enfermeiro deve ser o mais precoce possível de forma a maximizar o potencial de reabilitação da pessoa, tendo sempre, em consideração o tipo de lesão, localização e a estabilidade hemodinâmica da mesma e todas as particularidades envolventes (Hoeman, 2000). A oscilação postural é duas vezes maior nas pessoas com AVC o que conduz à diminuição da estabilidade, nomeadamente na sua capacidade de se levantar ou andar (Song & Heo, 2015).

2.2 Suporte à atuação da Enfermagem de Reabilitação

As bases disciplinares da Enfermagem representam uma forma de orientação clara e um guia para o exercício profissional. A teoria tem como intuito melhorar a prática sendo importante para sustentar a decisão clínica e o Enfermeiro de Reabilitação (ER) deve também sustentar o seu exercício profissional nos referenciais da disciplina.

Ainda no seguimento e de acordo com Martins, Ribeiro e Silva (2018b),

“as teorias que têm vindo a moldar o exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação são as de Afaf Meleis, Dorothea Orem, Callista Roy e Madeleine Leininger, sendo com base nesses referenciais teóricos que os enfermeiros vão validando as necessidades e os problemas reais e potenciais dos clientes e relativamente aos quais concebem e implementam planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em vista melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência, bem como minimizar o impacto das incapacidades instaladas, nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e/ou ortopédica” (p.47).

Alguns estudos denotam que os EEER dão primazia ao seu papel facilitador dos processos e das experiências humanas de transição, na promoção do autocuidado, na capacidade de adaptação da pessoa dando relevo à promoção da saúde, estabilidade e qualidade de vida, bem como à assistência,

capacitação, apoio à pessoa, de forma a manter e readquirir o bem-estar. (Martins, Ribeiro & Silva, 2018b).

Para a prossecução do Projeto de Intervenção Profissional e orientação do exercício profissional foram utilizados como referenciais teóricos, a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem e Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis assenta em transições que acarretam mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos e no ambiente de cada pessoa e daqueles que os rodeiam, englobando a análise da natureza das transições, condicionantes facilitadoras ou inibidores de transição, padrões de resposta e terapêutica de enfermagem. O processo de transição é dotado de singularidade, diversidade, complexidade e multidimensionalidade, criando diversos significados que estão dependentes da análise e perceção de cada pessoa. A pessoa só se envolverá no processo de cuidar depois de tomar consciência das mudanças sociais, emocionais, físicas e ambientais ocorridas (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Uma das competências do ER reside na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, de modo a maximizar a autonomia, facilitar a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, melhorar a participação na sociedade, a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde, focalizando o processo de transição saúde-doença (Regulamento n.º 392/2019). As mudanças ou desafios decorrentes do processo de transição exigem por parte do ER enfoque na transmissão de conhecimento e aprendizagem de capacidades de modo, a que o individuo se sinta empoderado, capaz de tomar decisões e agir, desenvolvendo habilidades e capacitando-o (Sousa, Martins & Novo, 2020).

A TDAE assenta na compreensão das condições e limitações das pessoas com carência de cuidados de enfermagem. No sentido, de os cuidados prestados não se tornarem em excesso e interferir na capacidade da pessoa se auto cuidar. A ideia central desta teoria reside na determinação da necessidade de intervenção de enfermagem quando as necessidades de autocuidado excedem a capacidade da pessoa para se auto cuidar (Martins, Ribeiro & Silva, 2018b).

O conceito de défice de autocuidado é muito amplo, mas através da determinação das limitações de ação da pessoa é possível compreender o seu papel no autocuidado e no seguimento direcionar o enfermeiro na seleção de intervenções que colmatem as necessidades/limitações identificadas (Tomey & Alligood, 2002). O processo de cuidado do ER engloba intervenções que visam a promoção/manutenção do bem-estar e qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade associada à prevenção de complicações potencializando as capacidades e habilidades e muito importante a

promoção do autocuidado (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018). A TDAE denotou-se de extrema importância para o desenvolvimento do projeto de intervenção dado que a capacidade para o autocuidado fica comprometida devido à perda de equilíbrio corporal. Neste sentido, a implementação de um programa de reabilitação direcionado para a recuperação do equilíbrio promove concomitantemente o restabelecimento da capacidade para o autocuidado.

Ao longo deste percurso foi essencial o recurso ao processo de enfermagem, sendo este um processo sistematizado, contínuo e dinâmico em constante reformulação à medida que se alteram as necessidades da pessoa. Este promove cuidados de enfermagem individualizados, de modo a satisfazer e dar resposta às necessidades, de forma atempada e consciente para melhorar ou manter o nível de saúde. Intimamente ligado a este recurso esteve o uso da nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem que permite uma linguagem científica e unificada a nível mundial facilitando a identificação de diagnósticos de enfermagem através da definição de fenómenos (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015).

O recurso a documentos elaborados pela Mesa do Colégio da Especialidade, tais como, o Padrão documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, o *Core* de indicadores por categoria de enunciados descritivos, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e o documento dos Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, foram cruciais para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção Profissional. Estes recursos contribuíram para o desenvolvimento de competências de análise, de planeamento e atuação referentes aos cuidados de enfermagem de reabilitação com o objetivo da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Em virtude da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros de reabilitação, para atingir a excelência dos cuidados de enfermagem de reabilitação e obter ganhos em saúde, o EEER deve incorporar na atuação os seguintes enunciados descritivos: a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem estar e autocuidado do cliente, readaptação funcional, reeducação funcional, estigma, exclusão social e organização dos serviços de enfermagem (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

De acordo com anteriormente descrito e face a prossecução do projeto de intervenção profissional e estágios procurou-se nortear a atuação com base nos seguintes enunciados descritivos:

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação persegue os mais elevados níveis de satisfação do cliente.” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014a, p.5)

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014a, p.6)

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação previne complicações para a saúde dos clientes.” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014a, p.6)

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014a, p.8)

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde.” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014a, p.13)

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade.” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014a, p.15)

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação desenvolve processos de promoção da inclusão social das pessoas com deficiência.” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014a, p.18)

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014a, p.19)

Com base nas necessidades e realidades contextuais o ER pode selecionar, monitorizar e avaliar os indicadores que entenderem mais relevantes (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014a).

2.3 Finalidade da Estratégia de Intervenção

O avanço da idade da população associa-se ao comprometimento do desempenho neuromuscular nas mais distintas apresentações. Com o desenrolar destas alterações a população mais idosa predispõe-se ao percurso de perda de independência apresentando limitações funcionais (Correia, et al., 2019). O idoso, manifesta assim, alterações na funcionalidade, dificuldade em executar as atividades de vida diária e conseqüentemente impacto na capacidade para o autocuidado (Carvalho, et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

As alterações do equilíbrio, da marcha e o conseqüente aumento do risco de queda representam um problema de saúde importante que determina a fragilidade dos idosos e que merece foco pelo EEER, que pode através das suas competências e habilidades capacitar e instruir a pessoa, atuar sobre o ambiente tornando-o seguro, recuperar ou adaptar trajetórias de saúde e deste modo, atingir ganhos em saúde (Correia, et al., 2019).

Assume-se a importância de uma intervenção precoce através da implementação de programas de reabilitação que visem melhorar o equilíbrio corporal e minimizar as alterações decorrentes do mesmo, no sentido da maximização das capacidades funcionais, da promoção do autocuidado tendo em vista a vivência saudável das transições de saúde, a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade (Rocha, et al., 2020). O EEER, elemento-chave na intervenção precoce, auxilia a pessoa acometida por doença aguda, crónica ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência, atuando no sentido de melhorar a função, promover a independência, a máxima satisfação da pessoa, auxiliando no processo de transição que envolve a adaptação à situação de doença e dependência (Regulamento n.º 392/2019).

O projeto de intervenção profissional desenvolvido tem como finalidade a implementação de um programa de reabilitação funcional direcionado à pessoa com equilíbrio corporal comprometido, decorrente de lesão neurológica, e avaliar os ganhos em saúde da intervenção do ER. Pretende-se também analisar o fenómeno em estudo e através dos resultados e conclusões pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de ER. A estratégia desenvolvida foi sustentada e fundamentada no processo de enfermagem, nos referenciais teóricos, na evidência científica e de acordo com os documentos realizados pelos peritos da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Como objetivos específicos, avaliou-se a funcionalidade da pessoa com alteração do equilíbrio corporal e aprofundou-se e desenvolveu-se competências na prestação de cuidados especializados de ER. Neste sentido, foi avaliada a funcionalidade da pessoa que permitiu identificar os problemas/necessidades reais e ou potenciais, de modo, a estabelecer diagnósticos de enfermagem de reabilitação que orientaram o ER, na prossecução da sua intervenção.

2.4 Metodologia

O projeto de intervenção profissional realizou-se em contexto hospitalar, numa Unidade de AVC do Sul do país.

A metodologia de cuidados que norteou o desenvolvimento do projeto de intervenção encontra raízes implícitas no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Este defende uma metodologia de cuidados com alicerce na “interação entre enfermeiro e utente” e que desenvolve um processo de colheita de dados, identificação de problemas ou definição de diagnósticos de enfermagem, estruturação de planos de cuidados, execução dos mesmos e avaliação dos resultados, tornando evidente os ganhos em saúde (Decreto de Lei n.º 161/96, p. 2960).

Em consonância com a metodologia de cuidados defendida no REPE encontra-se a Teoria de médio alcance preconizada por Lopes (2005) com alicerce na relação entre enfermeiro e pessoa sendo descrita por uma fase inicial de processo de avaliação diagnóstica e fase de intervenção terapêutica de enfermagem. Lopes (2005), descreve numa fase inicial a interação entre enfermeiro e pessoa, em virtude da realidade contextual, das necessidades, do conhecimento detido, das preocupações, das estratégias e das capacidades deste último. Posteriormente, a fase de intervenção terapêutica que se concretiza na atuação do enfermeiro direcionada à pessoa, sua família e o meio que a rodeia incidindo na gestão de informação e sentimentos.

Como descrito anteriormente na subseção 3.2, para a prossecução do Projeto de Intervenção Profissional e orientação do exercício profissional, constituíram-se como recursos essenciais o processo de enfermagem, os referenciais teóricos TDAE de Dorothea Orem e da Teoria das Transições de Afaf Meleis.

2.4.1 Tipo de Estudo

O projeto de intervenção assenta numa natureza quantitativa, descritiva e exploratória. Assemelha-se a estudos de caso, baseados no esquema do processo de cuidados comumente seguido em enfermagem, e inseridos numa estrutura metodológica comum, previamente definida. Foi assumida uma atitude investigativa e partilhada com o participante, o enfermeiro supervisor e o professor orientador, de modo, a ajustar o projeto de intervenção à individualidade e especificidade da pessoa, sem o desvirtuar.

A investigação descritiva tem o intuito de descrever fenómenos existentes, comportamentos, identificar fatores que se relacionam e descobrir novos conhecimentos (Fortin, 2009; Frixo, 2009), embora no contexto atual desta intervenção esse objetivo limita-se a ser indicativo do sentido. Assim, direcionamo-nos no sentido do desenvolvimento e validação de conhecimentos (Fortin, 2006) sem, no entanto, pretender generalizar resultados, prever e controlar fenómenos. A abordagem adotada assenta num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, com recurso a instrumentos próprios, com base na observação de acontecimentos independentes ao investigador.

2.4.2 População e amostra

Foram selecionados indivíduos com equilíbrio corporal comprometido, decorrente de lesão neurológica, com necessidade de intervenção do ER e independentemente de diagnóstico médico, antecedentes patológicos ou motivo de internamento. De acordo, com os Censos de 2011 concluímos que a população-alvo dos cuidados de Enfermagem é maioritariamente envelhecida, acometida por diversas comorbilidades e com dependência em várias atividades de vida (INE, 2012).

Critérios de inclusão aplicados: apresentar alteração do equilíbrio corporal durante o internamento; beneficiar dos cuidados de enfermagem de reabilitação; estar indivíduo vígil e orientado no tempo, no espaço e na pessoa; ter potencial de recuperação; aceitar participar no projeto de intervenção proposto.

2.4.3 Princípios éticos

Em 1998, através da publicação *Position Statement: Nurse and Human Rights*, o International Council of Nurses fez destaque à indissociável relação dos Enfermeiros e os Direitos Humanos. Os enfermeiros têm o dever de, em qualquer momento ou circunstância, salvaguardar os direitos humanos garantindo cuidados de enfermagem eficazes e eficientes face os recursos disponíveis com base na ética (Nunes, 2013). A Declaração Universal dos Direitos Humanos faz referência que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência (...) Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (Organização das Nações Unidas [ONU], 1948, p.2). Ao longo deste percurso adotou-se uma prática centrada na pessoa com necessidade cuidados, assumindo uma relação terapêutica e de parceria com a mesma no processo de cuidar, com o objetivo de a capacitar e elucidar face o seu poder no processo de recuperação. Procurou-se também, incentivar o controlo e responsabilidade pelo seu projeto de saúde.

Durante o desenvolvimento do projeto de intervenção profissional foi assegurado o direito da pessoa ao acesso à informação, confidencialidade, proteção de dados, privacidade e sigilo profissional. Neste sentido, foi solicitado o consentimento informado, esclarecido e livre, respeitando a decisão final deste. Ainda de acordo com o Internacional Council of Nurses (2007), o enfermeiro é obrigado a transmitir informação pertinente e adequada à pessoa, de modo que este seja detentor de toda a informação necessária para uma tomada de decisão consciente, livre e esclarecida em detrimento de consentirem tratamentos, procedimentos ou participação em investigação. Durante o processo de intervenção assegurou-se o respeito pelos princípios éticos, Beneficência, Avaliação da maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade, Confidencialidade e o respeito pelos direitos dos participantes, tais como, não receber dano, direito da autodeterminação, direito à intimidade, anonimato e confidencialidade (Nunes, 2013).

Em *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*, de notar uma referência de Nunes (2013) muito importante e que deve estar sempre presente no exercício profissional:

“Fazer investigação em saúde e em enfermagem implica, muitas vezes, estudar uma população constituída por indivíduos fragilizados física ou psicologicamente, de uma forma temporária ou permanente: por isso, devem ser alvo de cuidados redobrados

atendendo ao dever de proteoo daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis” (p.9).

A classe profissional de Enfermagem  autorregulada pelo Código Deontológico do Enfermeiro e o REPE, através dos princípios éticos e deontológicos a cumprir na prestao de cuidados (Nunes, 2013). Na prestao de cuidados gerais e especializados e na tomada de decisão foram respeitados, os valores, os costumes, as crenças espirituais e respetiva cultura dos indivíduos e grupos. Ao longo deste percurso e através da supervisão e discussão com os pares e orientadores foi realizada a avaliao sistemática das melhores práticas e assegurados os direitos da pessoa.

Importa ressaltar, que o tratamento de dados de saúde envolve um especial dever de sigilo profissional e, no seguimento, foi assegurado o anonimato dos participantes e confidencialidade dos dados tratados, assim como o consentimento informado, esclarecido e livre, de todos os participantes, sendo o mesmo expresso através de documento próprio do Hospital (em conformidade com a proteo de dados não  colocado o consentimento informado na versão final do Relatório de Estágio).

Os participantes integraram o projeto de forma voluntária, após terem sido esclarecidos sobre a interveno, foi-lhes fornecido tempo para a leitura do documento, tempo para pensar e ainda espaço para serem esclarecidas dvidas incluindo a possibilidade de recusa ou interrupo da participao em qualquer momento do projeto, sem que dessa decisão resultasse qualquer prejuízo para os mesmos.

De modo a garantir o direito  confidencialidade e anonimato, todos os dados obtidos e analisados não se encontravam passíveis de identificao direta e indireta do participante e no final foram destruídos. Foi assegurada a ausência de quaisquer identificadores que permitissem, por si são ou combinados com outras informaoes, a identificao ou reidentificao do participante por parte dos envolvidos diretamente ou pessoa externa ao projeto de interveno. A informao obtida através dos participantes foi sucinta e a estritamente necessária para a conduo do projeto de interveno de modo, a impossibilitar a identificao direta e indireta do participante, conforme solicitado pela Comissão de tica do Instituto Politécnico.

O projeto de interveno não comportou danos para os participantes nem custos adicionais a nenhum dos seus intervenientes.

Para a presente interveno, requereu-se parecer  Comissoes de tica do Hospital do Sul do País e do Instituto Politécnico, tendo sido obtida resposta favorável por parte de ambos (Anexo I).

2.4.4 Instrumentos e Técnicas de colheita de dados

A apreciação inicial foi realizada através da observação, da anamnese, da consulta do processo clínico e com recurso a entrevista ao participante. Foi elaborado um instrumento de colheita de dados (Apêndice I), que permitiu a caracterização dos mesmos, através da idade, sexo, estado civil, condições habitacionais, motivo de internamento, diagnóstico de internamento, antecedentes patológicos, avaliação da dor, da força muscular, do tónus muscular, do equilíbrio corporal e da funcionalidade.

Ao longo de todo o percurso, foi tido em conta o estado de consciência e orientação do participante, avaliada a presença ou não de dor através da escala numérica e analisada estabilidade hemodinâmica pela potencial influência na execução do projeto.

O Padrão Documental elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade consistiu num recurso recorrente face os focos de enfermagem em estudo. Foram realizadas notas de campo para posterior orientação e que no final foram destruídas. Os instrumentos de medida utilizados e sugeridos pela Mesa do Colégio da Especialidade foram a Escala de Ashworth Modificada, o Índice de Barthel, a *Medical Research Council Muscle Scale* e a Escala de Equilíbrio de Berg.

A Escala de Ashworth Modificada, datada de 1987 sendo os seus autores Richard Bohannon e Melissa Smith, apresenta-se traduzida para português e o seu objetivo é avaliar o tónus/espasticidade. Alguns artigos referem-na como o *Gold Standard* da avaliação da espasticidade/tónus. A avaliação faz-se após mobilização passiva dos membros, determinando-se a resistência (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

O Índice de Barthel, datado de 1965, tem como autores F. Mahoney e D. Barthel. Apresenta-se traduzida para português e validada para a população portuguesa. O objetivo é avaliar o nível de independência na realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Esta escala é recomendada pela da Direcção-Geral da Saúde (Norma Número 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação). O procedimento, a cotação e a interpretação de resultados, na versão original mostram a pontuação a variar entre 0-100 (com intervalos de 5 pontos) sendo a pontuação mínima, zero, que correspondente à dependência total e a máxima, 100, à independência (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

A Medical Research Council Muscle Scale, de 1943, tem como autor a Medical Research Council. Apresenta-se traduzida para português e avalia a força muscular. A Escala está graduada nos seguintes níveis de força: 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal). Avalia-se a força máxima apresentada, usando-se também a resistência à mobilização ativa, se possível (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

A Escala de Equilíbrio de Berg, de 1992 e da autoria de Katherine Berg, está traduzida para língua portuguesa e validada para a população portuguesa. Tem como objetivo avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e prever o risco de queda em adultos e idosos. O índice é composto por atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito, avaliação das transferências: levantar, sentar, rodar em torno de si mesmo, transferência de carga para a frente e para os lados, apanhar um objeto do chão, entre outras, em diferentes situações de disposição da base de sustentação. Através do desempenho de 14 atividades funcionais de dificuldade variada, é avaliado o equilíbrio funcional. As atividades avaliadas são: posição sentada para posição em pé, permanecer em pé sem apoio, permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho, posição em pé para posição sentada, transferências, permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados, permanecer em pé sem apoio com os pés juntos, alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé, apanhar um objeto do chão a partir de uma posição em pé, virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé, girar 360 graus, Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio, permanecer em pé sem apoio com um pé à frente e permanecer em pé sobre uma perna. O *score* é baseado na habilidade para executar as atividades em tempo e de forma independente e engloba 3 dimensões: manutenção de posição, ajuste postural e movimentos voluntários. A habilidade para desempenhar as atividades é classificada de 0 a 4 em função do desempenho do utente, sendo que, 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente. A pontuação global máxima é de 56 pontos. Pontuações entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio. Uma pontuação de 45 é considerada preditor de queda, e uma pontuação menor ou igual a 36 está associado a 100% de risco de queda (Souza & Ribeiro, 2012).

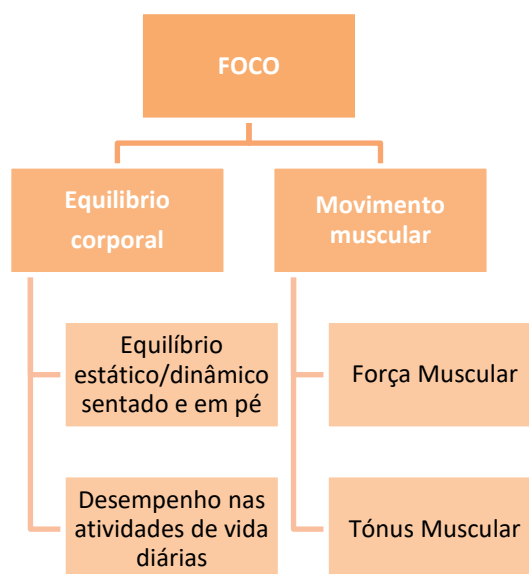
2.4.5 Fases de intervenção

Foi tido em atenção o evento que conduziu o participante ao internamento, sendo que é o despertar de uma transição de saúde-doença, com potencial para gerar outras transições em simultâneo ou em sequência. O processo de adaptação inicia-se com a consciencialização da situação, tendo o EEER um papel importante na motivação e no apoio à pessoa e família. É o início de uma trajetória que todos querem que seja no sentido da mestria, tal como preconiza Meleis.

Com base na linguagem CIPE, o plano de intervenção contemplou dois focos de enfermagem, o Equilíbrio corporal e o foco Movimento muscular, intimamente relacionados. No foco movimento muscular avaliou-se a força muscular e o tónus muscular e no foco equilíbrio corporal avaliou-se o equilíbrio estático e dinâmico, nas duas vertentes sentado e ortostático e determinou-se também, o desempenho dos participantes na realização das atividades de vida.

Os focos de enfermagem e respetivas variáveis foram analisadas e organizadas através de critérios sustentados no Padrão Documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de reabilitação. No seguimento, apresenta-se o fluxograma com os focos e respetivas variáveis (Figura nº. 2).

Figura nº. 2 – Fluxograma dos focos de enfermagem e respetivas variáveis em estudo



Fase A – Procedeu-se à identificação dos possíveis participantes, aplicação dos critérios de inclusão concomitantemente à apresentação do projeto e respetiva aceitação em participar, expressa através de Consentimento Informado. Foram selecionados indivíduos com equilíbrio corporal comprometido e com necessidade de intervenção do ER, independentemente de diagnóstico médico, antecedentes patológicos ou motivo de internamento. Os participantes encontravam-se vígil e orientados no tempo, no espaço e na pessoa e tinham potencial de recuperação. Esta fase correspondeu à avaliação inicial dos participantes (e colheita de dados), em consequência dos focos de enfermagem e das variáveis em estudo.

De acordo com o Padrão Documental (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014b), para a determinação de equilíbrio corporal comprometido foram aplicados os seguintes critérios de diagnóstico: Tem equilíbrio dinâmico sentado; Tem equilíbrio estático sentado, Tem equilíbrio dinâmico em pé, Tem equilíbrio sentado em pé; Adota posições viciosas; Apresenta deformidades da coluna; Apresenta dismetria dedo nariz; Apresenta dismetria calcanhar joelho; Suporta o próprio peso em diferentes posições. Do mesmo modo, para o movimento muscular, foram aplicados os seguintes critérios de diagnóstico: Controlo de movimentos; Diminuição de movimento muscular; Mobiliza ativamente. Para todos os critérios de diagnóstico as respostas possíveis corresponderam a “sim” ou “não”.

Estabelecidos os diagnósticos de enfermagem foram adicionadas respetivas intervenções de enfermagem de acordo com o Padrão Documental, evidência científica e referenciais teóricos. Os focos e variáveis em estudo foram posteriormente detalhados através da aplicação dos Instrumentos de medida já mencionados.

Fase B – Contempla a execução do plano de intervenção conforme disposto na Tabela nº. 1. O plano de intervenção apesar de ser apresentado em âmbito geral, foi ajustado à individualidade, especificidade, capacidade de colaboração e necessidade de cada participante. Ao longo de todo o percurso foi tido em conta o estado de consciência e orientação do participante, avaliada a presença ou não de dor através da escala numérica, pela potencial influência na prossecução do plano. No seguimento, também foi assegurado tempo ao participante para se expressar e deste modo, dada relevância a medos, opiniões, necessidades, críticas entre outros.

Durante a execução do plano de intervenção, e sempre que possível, foi realizada análise se estávamos num bom caminho, ou se existia a necessidade de reformular, evitando dano para a pessoa. Foram realizados ajustes sempre que necessário em virtude das necessidades de cada participante.

Tabela nº. 1 - Plano de Intervenção

FOCO	Enunciado do Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão	Enunciado de ações de diagnóstico e de intervenção de enfermagem	Indicadores / Resultados esperados
Equilíbrio corporal	Equilíbrio corporal comprometido	Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o equilíbrio corporal e o desempenho nas atividades de vida diárias; - Estimular a manter o equilíbrio corporal (correção da postura); - Executar treino de equilíbrio e atividades de vida diária; - Monitorizar equilíbrio corporal e funcionalidade, através de escala; - Orientar, assistir e incentivar treino de equilíbrio estático e dinâmico. 	<p>Indicador: Taxa de resolução de equilíbrio corporal comprometido;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio estático e dinâmico melhorado; - Prevenir e corrigir alterações posturais; - Promover segurança para a marcha. - Promover a maximização da funcionalidade.

	<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>Conhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal; - Ensinar sobre equilíbrio corporal; - Analisar com a pessoa a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio melhorada; - Analisar com a pessoa relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair melhorada. 	<p>Indicador: Ganhos em conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio melhorada; - Consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair melhorada; - Conhecimento sobre exercícios para treino de equilíbrio, melhorado.
	<p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>Aprendizagem de capacidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para executar treino de equilíbrio corporal; - Instruir sobre treino de equilíbrio corporal e correção postural; - Treinar equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico); 	<p>Indicador: Ganhos em capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio, melhorada.

Movimento muscular	Movimento muscular diminuído	Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Executar exercício muscular e articular; - Incentivar execução de exercício muscular e articular; - Monitorizar força muscular e tónus através de escala; - Supervisionar movimento muscular; - Analisar com a pessoa a relação entre os exercícios e mobilidade. 	<p>Indicador: Ganhos em melhoria do movimento muscular.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimento muscular melhorado; - Prevenir perda de mobilidade e alteração do tónus muscular; - Melhorar e/ou manter a força muscular.
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre exercício muscular e articular; - Ensinar sobre exercício muscular e articular. 	<p>Indicador: Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização da relação entre os exercícios e a mobilidade. - Conhecimento exercício muscular e articular, melhorado.

Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular

Aprendizagem de capacidades

- Avaliar capacidade para executar exercício muscular e articular;
- Instruir sobre exercício muscular e articular;
- Treinar exercício muscular e articular.

Indicador: Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.

- Capacidade para executar exercício muscular e articular, melhorada.

(Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014a; Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014b)

Fase C – Esta fase corresponde à avaliação final após, pelo menos, três dias de intervenção com o participante e tendo correspondido ao momento de alta. No seguimento foi reavaliado o diagnóstico de enfermagem e apresentado um resultado, sendo desejável um resultado já esperado e sustentado no core de indicadores dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Ao longo do processo diagnóstico tornou-se necessário a continua avaliação da capacidade cognitiva, capacidade física, tomada de consciência das alterações do estado de saúde, motivação, envolvimento no processo de aprendizagem e de reabilitação, crença demonstrada no processo de recuperação e vontade expressa de atingir a máxima independência possível. Os instrumentos de medida selecionados para avaliação dos participantes e os critérios de diagnóstico foram recurso em todas as fases de intervenção. No que diz respeito à Dimensão “Conhecimento” e “Aprendizagem de capacidades” tivemos por base os seguintes critérios de avaliação: Demonstra-se atento; Retém e repete informação; Executa a tarefa.

O plano de intervenção foi executado sempre em consonância com a estabilidade hemodinâmica do participante e sempre que contraindicado não foi aplicado. A avaliação final teve em atenção a programação e preparação para a alta, promovendo a continuidade dos cuidados apesar, de alguns constrangimentos decorrentes da pandemia que conduziram a défices na articulação com outras instituições. Foram esclarecidas dúvidas e facultadas indicações ao próprio participante e familiares/cuidadores, facilitadoras dessa transição.

Durante este processo foi transmitido ao participante que apesar da possível melhoria no equilíbrio decorrente do programa de treino, no seu quotidiano continuará a deparar-se com diversos e inesperados estímulos externos que exigirão do mesmo atenção, concentração e capacidade de antecipação e adaptação para os superar sem intercorrências (Araújo, et al., 2021).

Todas as fases de intervenção estiveram perante análise crítica do supervisor clínico.

2.5 Atividades que concretizam a Estratégia de Intervenção

No seguimento serão apresentados os exercícios e atividades terapêuticas que constituíram o Programa de treino de equilíbrio, conforme disposto na Tabela nº. 2.

Inerente ao desenvolvimento das atividades terapêuticas esteve a garantia da observação do movimento realizado. O participante foi sempre incentivado e conduzido a ter perceção do que estava à sua volta, do exercício que estava a realizar e do movimento gerado de forma a integrar a informação decorrente deste processo. Do mesmo modo, foi garantido treino bilateral no sentido de facilitar a neuroplasticidade (Borella & Saccheli, 2009). No cumprimento das atividades terapêuticas foi sempre respeitado o limite da dor, a fadiga cumulativa e a tolerância, de acordo com a reação do participante (Araújo, et al., 2021; Coelho, Barros & Sousa, 2017).

- **Foco de Enfermagem Equilíbrio corporal**

Correção da postura em posição de sentado, enquanto o participante não adquire equilíbrio estático sentado. A posição do corpo deve ser corrigida para prevenção de deformações e quedas. A correção postural promove a recuperação do equilíbrio e a possibilidade para retomar a marcha. O equilíbrio estático sentado, previne e reduz a hipertonia e promove a naturalidade postural (Araújo, et al., 2021);

Equilíbrio sentado – transferência de peso para os braços, promovendo alongamento do tronco (Araújo, et al., 2021).

Equilíbrio dinâmico sentado – carga no cotovelo/facilitação cruzada, promovendo o equilíbrio e estimulando o participante a transferir o seu peso face diferentes movimentos (Araújo, et al., 2021).

Equilíbrio estático em pé - membros superiores ao longo do tronco; de pé com os membros superiores estendidos; de pé com os olhos fechados (Araújo, et al., 2021).

Equilíbrio dinâmico em pé – alternância unipodal. Contorno de obstáculos, sendo que o controlo postural em pé exige mudança do sistema sensorial e motor face as exigências externas (Araújo, et al., 2021); Alternância de carga nos membros inferiores, permitindo treinar o apoio coordenado para adaptação a deslocamentos alternados de peso. Flexão plantar, do joelho, coxofemoral, extensão coxofemoral e elevação lateral da perna promovendo o fortalecimento dos músculos da região posterior da coxa, perna, coxofemoral e glútea; Agachamentos com correção postural; Levantar/Sentar sem apoio de mãos (Araújo, et al., 2021; Coelho, Barros & Sousa, 2017);

- **Foco de Enfermagem Movimento muscular**

Mobilização dos segmentos articulares de forma passiva, ativa, ativa assistida e ativa resistida. As mobilizações foram realizadas 2 vezes por dia e repetidas, no mínimo 10 vezes (Direção-Geral da Saúde, 2010);

Flexão e extensão controlada da anca, rotação bilateral do tronco, flexão e extensão do tronco (Araújo, et al., 2021, 2021; Coelho, Barros & Sousa, 2017);

Exercício de ponte com ou sem bola, esta atividade terapêutica permite ativar os músculos do tronco, estimular a sensibilidade postural e a alternância de posição no leito. Denota-se de extrema importância porque permite restabelecer o movimento funcional da anca que é essencial para a realização dos autocuidados. A bola permite o treino em superfície instável aumentando a ativação dos músculos estabilizadores do tronco e deste modo melhorando o equilíbrio. Apresenta ainda outros benefícios, tais como, otimizar os exercícios respiratórios, aumentar o tónus e força muscular, ganho de consciência corporal, relaxamento muscular e alongamento (Araújo, et al., 2021; Coelho, Barros & Sousa, 2017);

Dissociação da cintura pélvica, esta atividade terapêutica é importante para o alongamento do tronco e a rotação do mesmo bilateralmente, promovendo a postura correta do corpo (Araújo, et al., 2021; Coelho, Barros & Sousa, 2017).

Tabela nº. 2 - Estrutura do programa de treino de equilíbrio

FASES	Objetivo	Dinâmica	Duração/Número de repetições
Aquecimento	Promoção gradual da transição do estado de repouso para início de atividade.	Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; Consciencialização e correção postural.	10 minutos
Exercícios e atividades terapêuticas	Promoção do fortalecimento muscular, resistência, equilíbrio corporal e controlo postural.	Exercícios mobilização articular e muscular; Flexão e extensão controlada da anca; Dissociação da cintura pélvica; Exercício de ponte com ou sem bola; Rotação bilateral, flexão e extensão do tronco; Equilíbrio sentado – transferência de peso para os braços; Equilíbrio dinâmico sentado – carga no cotovelo/facilitação cruzada; Equilíbrio estático ortostático - de pé com os membros supe-	1 serie de 10 repetições cada, ajustada ao participante

		<p>riores ao longo do tronco; de pé com os membros superiores estendidos; de pé com os olhos fechados;</p> <p>Equilíbrio dinâmico ortostático – alternância unipodal; Alternância de carga nos membros inferiores; Agachamentos com correção postural; Levantar/sentar sem apoio de mãos.</p>	
Alongamento e relaxamento	Promoção gradual do padrão respiratório e cardíaco com retorno ao estado de repouso.	<p>Alongamento dos membros superiores e inferiores e mobilização cervical;</p> <p>Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>Consciencialização postural.</p>	10 minutos

2.6 Resultados

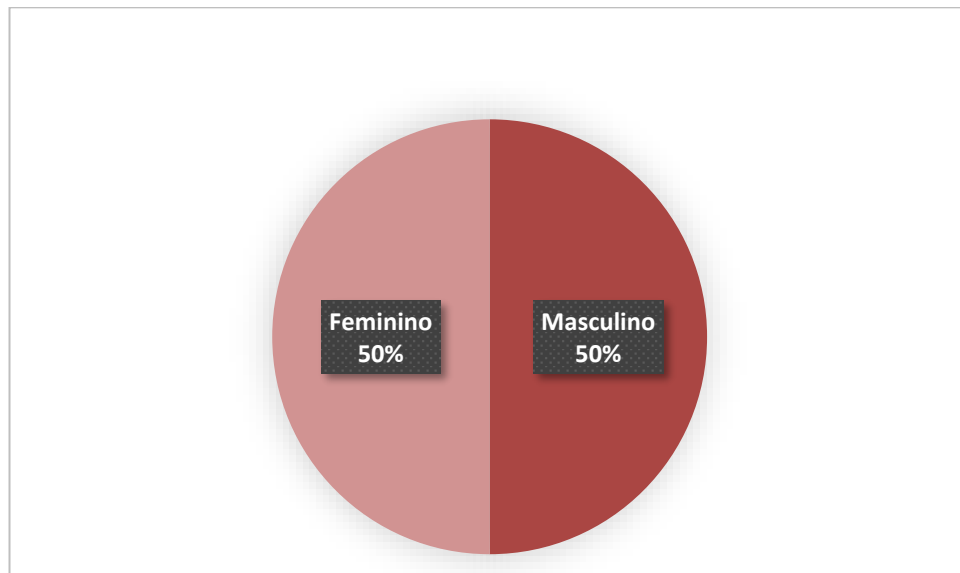
Os resultados obtidos foram sujeitos a procedimentos de análise de natureza descritiva com recurso a Excel 2010 e IBM SPSS Statistics 28.0.0.0 Software. A apresentação dos resultados será iniciada pela caracterização sociodemográfica dos participantes e análise das restantes variáveis em estudo.

- **Caracterização dos participantes**

O projeto de intervenção foi aplicado numa Unidade de AVC do sul do país, integrando quatro pessoas com equilíbrio corporal comprometido, cuja idade média foi de 76,25 anos, desvio padrão de 3,59 anos, mediana de 77,50 anos, idade mínima de 71 anos e idade máxima de 79 anos.

Conforme se verifica no Gráfico nº. 1, 50,0% dos participantes eram do sexo masculino, casados e os restantes 50,0% do sexo feminino, sendo uma pessoa casada e a outra viúva.

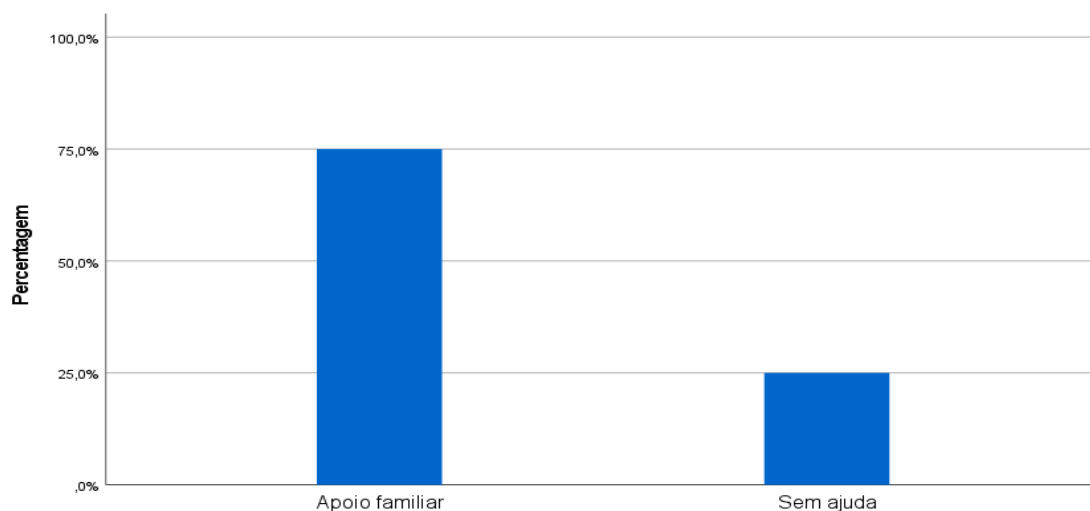
Gráfico nº. 1 - Distribuição dos participantes por Sexo



Nenhum dos participantes tinha cuidador informal ou usava qualquer recurso comunitário de apoio. Neste sentido 75,0% da população referiu apenas ter apoio familiar dado que até então eram

independentes na realização das suas atividades de vida e 25,0% referiu não ter qualquer tipo de ajuda (Gráfico nº. 2).

Gráfico nº. 2 - Distribuição dos participantes pelo apoio da família



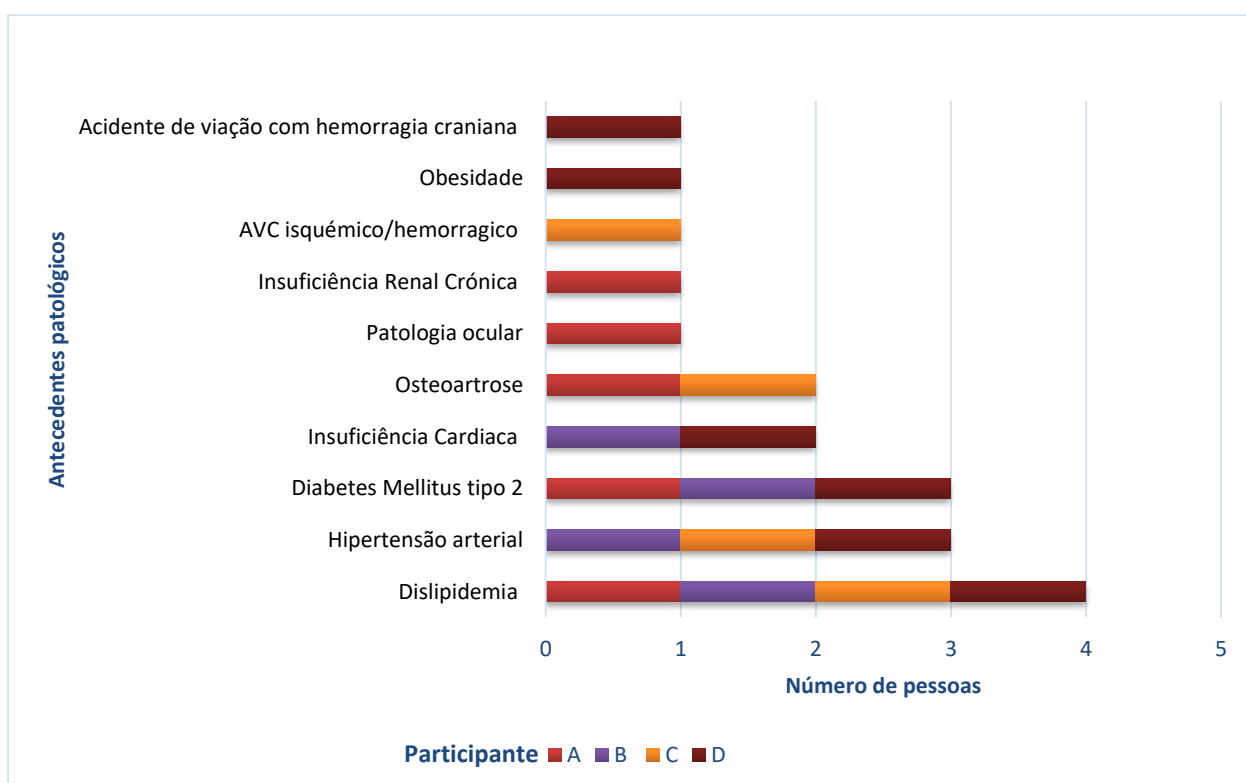
No que concerne a condições de habitabilidade, conforme descrito na Tabela nº. 3, a maioria indicou que reside em moradia (75,0%, n=3), com presença de degraus (100,0%, n=4), de difícil acesso (50,0%, n=2) e não permitindo deslocação em cadeira de rodas (50,0%, n=2). A maioria dos participantes tem casa de banho adaptada (75,0%, n=3) e adotaram medidas de prevenção de quedas (100,0%, n=4).

Tabela nº. 3 - Características Habitacionais da amostra em estudo

Características Habitacionais presentes	Respostas	
	n	%
Morada - Sim	3	75,0
Apartamento - Sim	1	25,0
Degraus - Sim	4	100,0
Acesso fácil - Sim	2	50,0
Casa de banho adaptada às necessidades - Sim	3	75,0
Permite deslocação em cadeira de rodas - Sim	2	50,0
Quarto adaptado às necessidades - Sim	2	50,0
Ajudas técnicas implementadas - Sim	2	50,0
Adotadas medidas para prevenção de quedas - sim	4	100,0

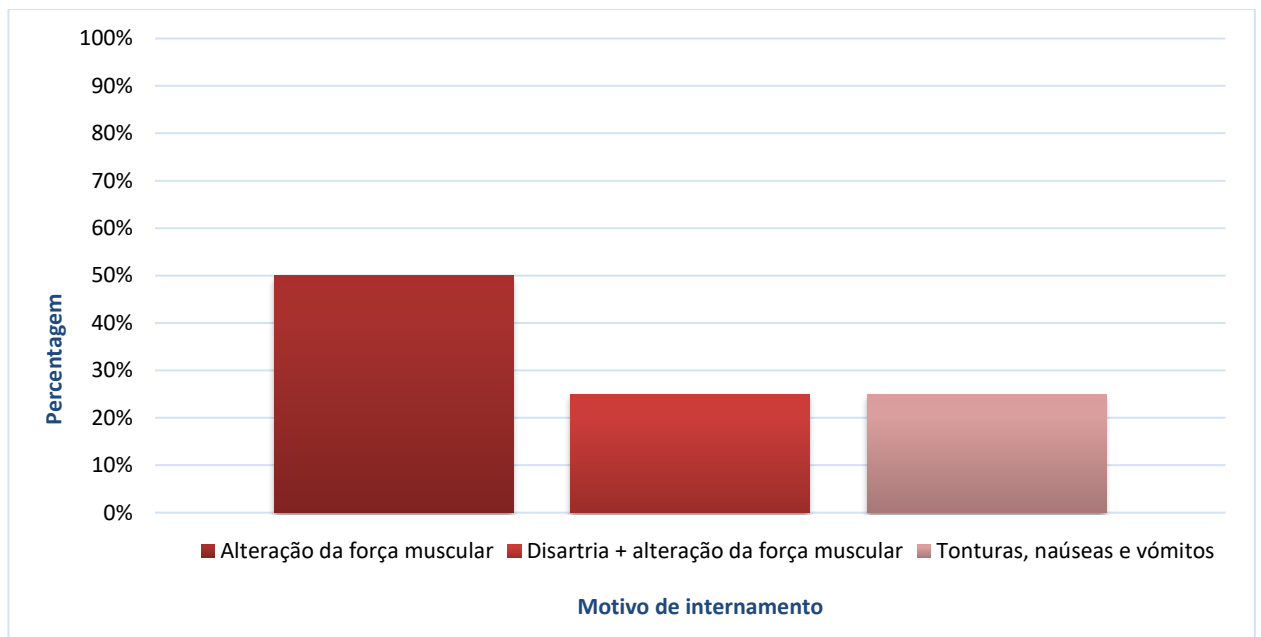
Identificaram-se como patologias prevalentes a Dislipidemia, a Diabetes Mellitus tipo 2 e a Hipertensão arterial, conforme análise do Gráfico nº. 3. Todos os participantes apresentavam 3 ou mais comorbilidades.

Gráfico nº. 3 - Comorbilidades presentes



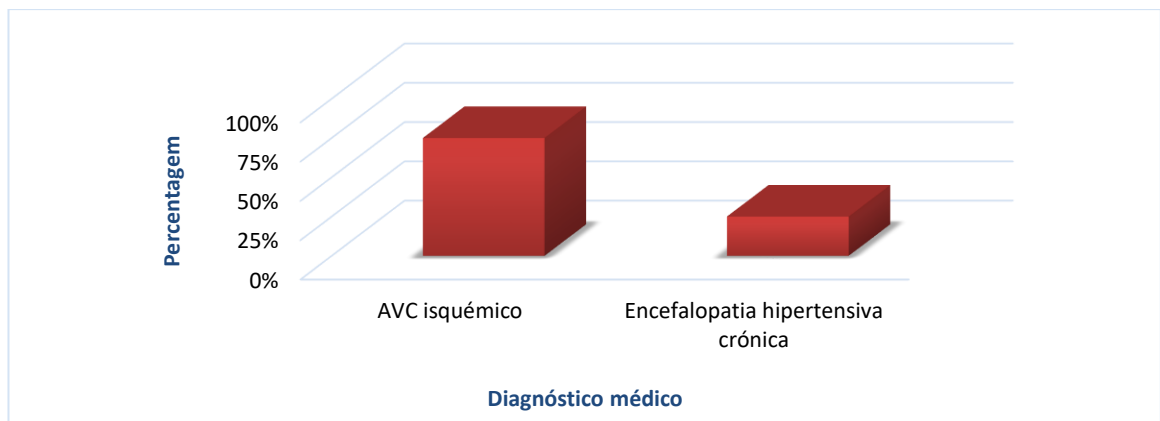
O motivo de internamento prevalente foi a diminuição da força muscular (50,0%, n=3) mas há participantes que apresentavam mais de uma queixa embora relacionadas (Gráfico nº. 4).

Gráfico nº. 4 - Distribuição dos participantes por motivo internamento



Quanto ao diagnóstico médico estabelecido, após exame complementar de diagnóstico e terapêutica (ECDT), e que conduziu ao internamento verifica-se prevalência de AVC isquémico (75,0%, n=3) e um participante com encefalopatia hipertensiva isquémica, conforme análise do Gráfico nº. 5.

Gráfico nº. 5 - Distribuição dos participantes por diagnóstico médico de internamento após ECDT



No sentido da melhor compreensão e análise dos participantes e posterior discussão dos resultados, elaborou-se a Tabela nº. 4 que apresenta o retrato inicial dos mesmos. No que diz respeito à avaliação do estado de consciência, os participantes estavam orientados em todas as referências, conscientes e sem alterações da cognição em todos os momentos de intervenção.

Tabela nº. 4 – Avaliação inicial dos participantes face às variáveis em estudo

Participante		A	B	C	D
Variáveis					
Dor (Escala Numérica)		0	0	0	0
Movimento Muscular Critérios de diagnóstico	Controlo de movimento;	Não	Não	Não	Não
	Diminuição do movimento muscular;	Sim	Sim	Sim	Sim
	Mobiliza ativamente.	Não	Não	Não	Sim
Força Muscular (Medical Research Council Muscle Scale)	MSE	4/5	5/5	4/5 (sequelar)	4/5 (sequelar)
	MIE	3/5	5/5	4/5 (sequelar)	4/5 (sequelar)
	MSD	5/5	5/5	3/5	5/5
	MID	5/5	3/5	3/5	5/5
Tónus Muscular (Escala de Ashworth Modificada)		Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração

Equilíbrio Corporal Critérios de diagnóstico	Tem equilíbrio dinâmico sentado;	Não	Sim	Não	Não
	Tem equilíbrio estático sentado;	Não	Sim	Sim	Não
	Tem equilíbrio dinâmico em pé;	Não	Não	Não	Não
	Tem equilíbrio estático em pé;	Não	Não	Não	Não
Escala de equilíbrio de Berg		12 (Prejuízo do equilíbrio)	32 (Equilíbrio aceitável)	28 (Equilíbrio aceitável)	0 (Prejuízo do equilíbrio)
Índice de Barthel		35 Incapacidade funcional grave	60 Incapacidade funcional moderada	45 Incapacidade funcional grave	35 Incapacidade funcional grave
Atividades de vida mais afetadas		Alimentação; Transferências; Toalete; Utilização do sanitário; Banho; Mobilidade; Subir e descer escadas; Vestir.	Transferências; Utilização do sanitário; Banho; Mobilidade; Subir e descer escadas; Vestir.	Alimentação; Transferências; Utilização do sanitário; Banho; Mobilidade; Subir e descer escadas; Vestir.	Transferências; Toalete; Utilização do sanitário; Banho; Mobilidade; Subir e descer escadas; Vestir.

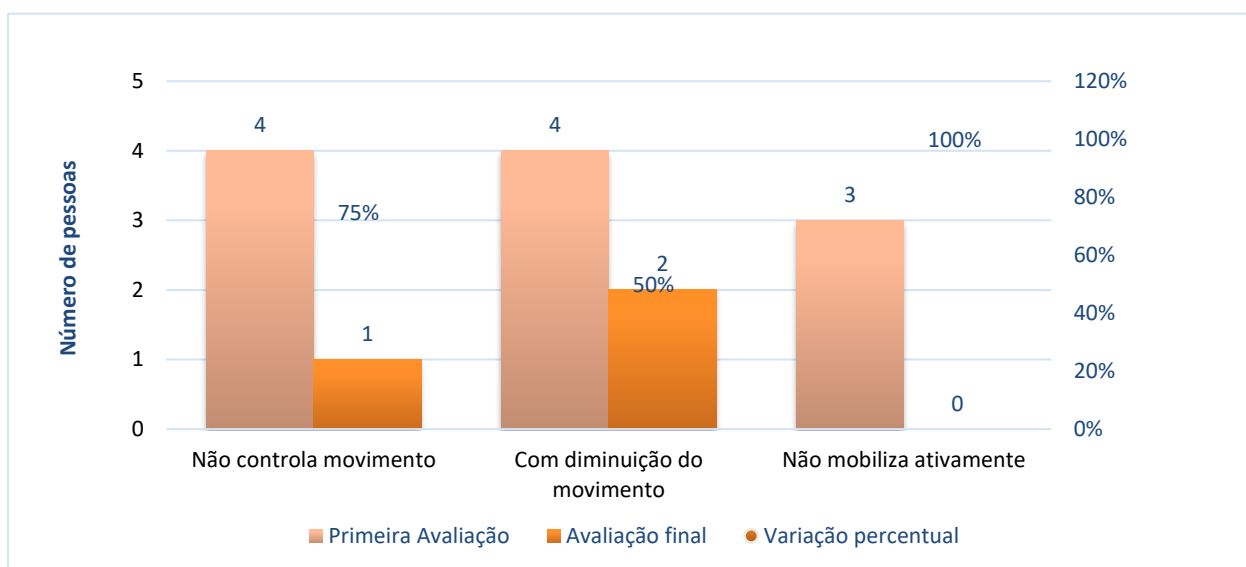
Legenda: MSE, membro superior esquerdo; MIE, membro inferior esquerdo; MSD, membro superior direito; MID, membro inferior direito.

- **Foco de Enfermagem Movimento Muscular**

Nenhum dos participantes apresentou alteração do tónus muscular.

No que diz respeito aos critérios de diagnóstico do foco Movimento muscular, verifica-se que a totalidade dos participantes não controlava o movimento, número que vem diminuir na avaliação final, observando-se variação percentual de 75,0%. Também o critério diminuição do movimento e não se mobilizar ativamente, apresentaram na avaliação final variação de 50,0% e 100%, respetivamente (Gráfico nº. 6).

Gráfico nº. 6 – Distribuição dos participantes por critérios de diagnóstico do Movimento muscular



De seguida apresenta-se a Tabela nº. 5 que corresponde à avaliação e evolução da força muscular. Com base na avaliação final deparamo-nos com movimento muscular melhorado, com conseqüente prevenção da perda de mobilidade, prevenção da alteração do tónus muscular e melhoria ou manutenção da força muscular, sendo estes os resultados esperados.

Tabela nº. 5 - Avaliação da força muscular (Medical Research Council Muscle Scale)

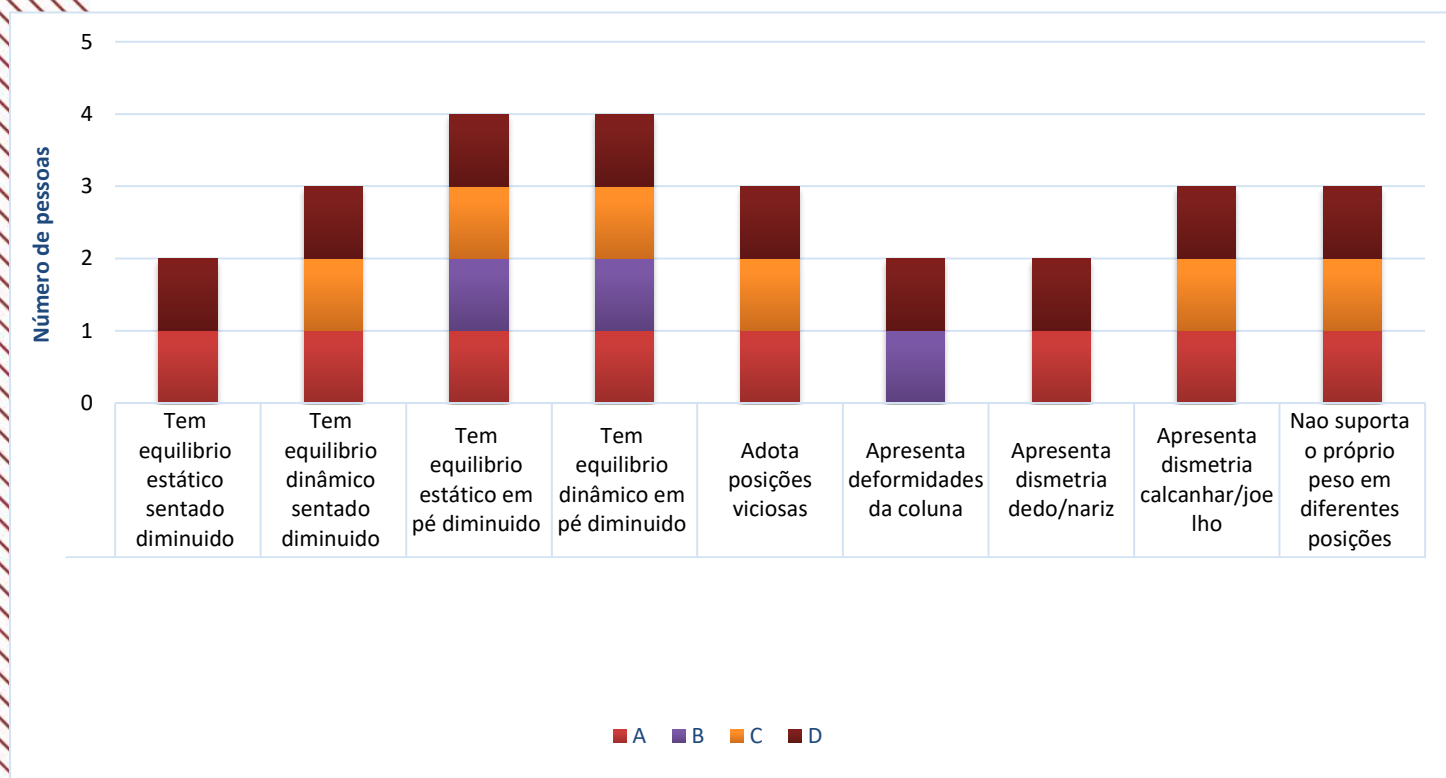
Participante		A		B		C		D	
Avaliação		Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Força Muscular	MSE	4/5	5/5	5/5	5/5	4/5 (sequelar)	4/5 (sequelar)	4/5 (sequelar)	4/5 (sequelar)
	MIE	3/5	5/5	5/5	5/5	4/5 (sequelar)	4/5 (sequelar)	4/5 (sequelar)	4/5 (sequelar)
	MSD	5/5	5/5	5/5	5/5	3/5	4/5	5/5	5/5
	MID	5/5	5/5	3/5	5/5	3/5	4/5	5/5	5/5

De uma forma geral, o conhecimento e a capacidade dos participantes em executar os exercícios musculares e articulares, tal como, a noção da relação entre os exercícios e a mobilidade, foram aspetos avaliados continuamente durante a aplicação do plano e que se revelaram positivamente compreendidos. Ao longo da intervenção os participantes demonstraram-se atentos, retendo e repetindo a informação transmitida sendo capazes de executar a tarefa. O fator motivacional, associado à assistência ao participante, para atingir a autoeficácia, pareceram ser preponderantes para alcançar os restantes resultados esperados.

- **Foco de Enfermagem Equilíbrio Corporal**

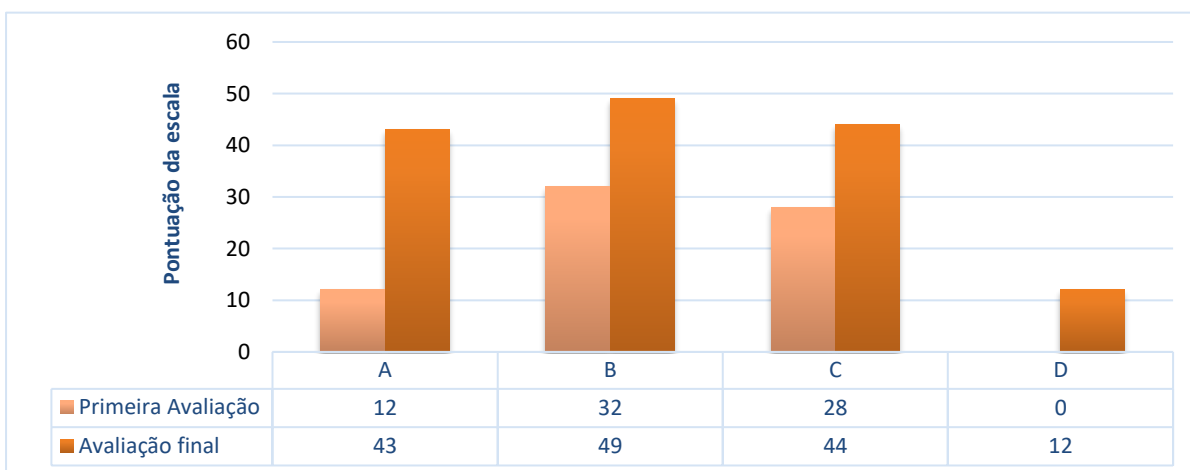
Com base na análise do Gráfico nº. 7 justifica-se o levantamento do Diagnóstico de Enfermagem, Equilíbrio Corporal Comprometido. Verificou-se que a totalidade dos participantes apresenta equilíbrio estático e dinâmico em pé diminuídos (n=4), e 75,0% apresenta também equilíbrio dinâmico sentado diminuído, adota posições viciosas, dismetria calcanhar Joelho e não suporta o próprio peso em diferentes posições.

Gráfico nº. 7 - Distribuição dos participantes por critérios de diagnóstico do Equilíbrio Corporal



O Gráfico nº. 8 apresenta pontuação da Escala de equilíbrio de Berg na primeira avaliação e na final. Da análise deste gráfico pode-se aferir que os participantes, após a aplicação do programa de treino, apresentaram melhoria no equilíbrio corporal. Porém, a participante D tem uma pontuação inicial e final bastante baixa dado que apenas apresentava condições de segurança para realização da avaliação no leito e posteriormente na posição de sentada.

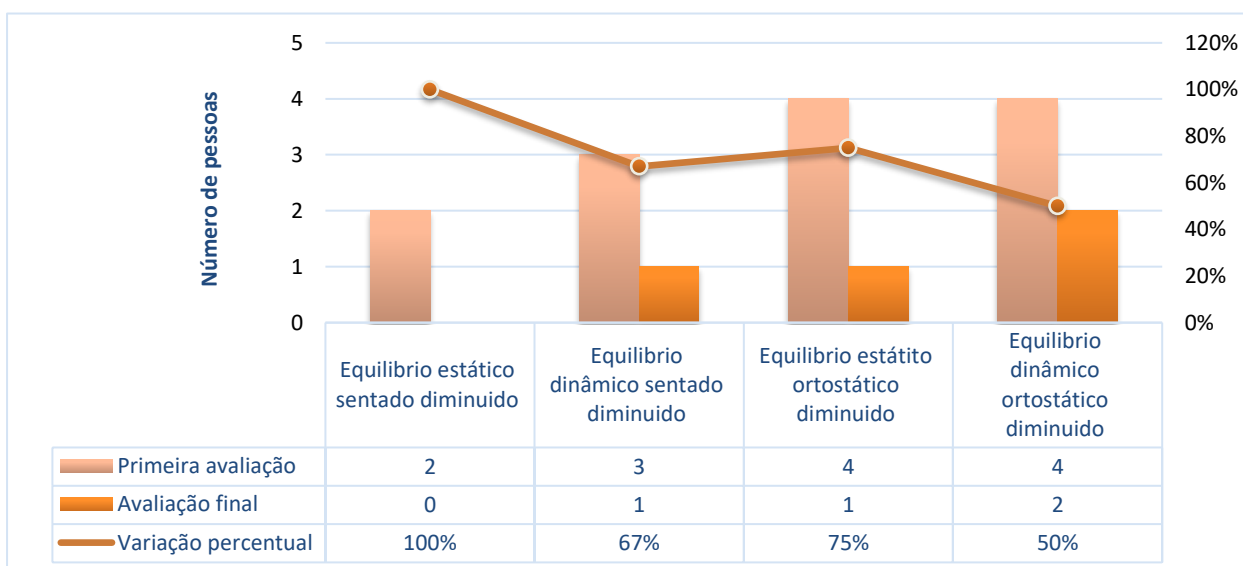
Gráfico nº. 8 - Evolução do Equilíbrio corporal (Escala de Equilíbrio de Berg)



Legenda: Pontuação mínima de 0 e máxima de 56. Pontuação de 0 a 20, prejuízo do equilíbrio. Pontuação de 21 a 40, equilíbrio aceitável; Pontuação de 41-56, um bom equilíbrio.

Da análise do Gráfico nº. 9, verifica-se que após a aplicação do programa de treino ocorreu melhoria geral no equilíbrio corporal. Denota-se recuperação total do equilíbrio estático sentado. O equilíbrio estático ortostático apresenta uma variação percentual de 75,0% face o número inicial de participantes com juízo diagnóstico de diminuído. No seguimento, o equilíbrio dinâmico sentado apresenta uma variação percentual de 67,0% e o equilíbrio dinâmico ortostático de 50,0%.

Gráfico nº. 9 - Distribuição dos participantes por enunciado de ações de diagnóstico do Equilíbrio Corporal



Os dois participantes com equilíbrio estático sentado diminuído ao longo da intervenção evoluíram no sentido da adoção de uma postura correta na posição de sentada, em segurança. Realça-se que a topografia do AVC, no cerebelo, condicionou o programa da participante D que exigiu a adaptação dos exercícios ao leito e posição de sentada. Neste sentido e também devido à curta permanência na Unidade de AVC, a participante D manteve compromisso do equilíbrio corporal ao momento de alta, mas recuperação do equilíbrio estático sentado. No seguimento, foi realizada a preparação para alta e, no sentido da perpetuação dos cuidados foi transmitida informação ao serviço para onde foi transferida.

Realizando uma avaliação global, os participantes que recuperaram na totalidade o equilíbrio estático ortostático (A, B e C) e dinâmico (B e C) demonstraram equilíbrio imediato estável, equilíbrio

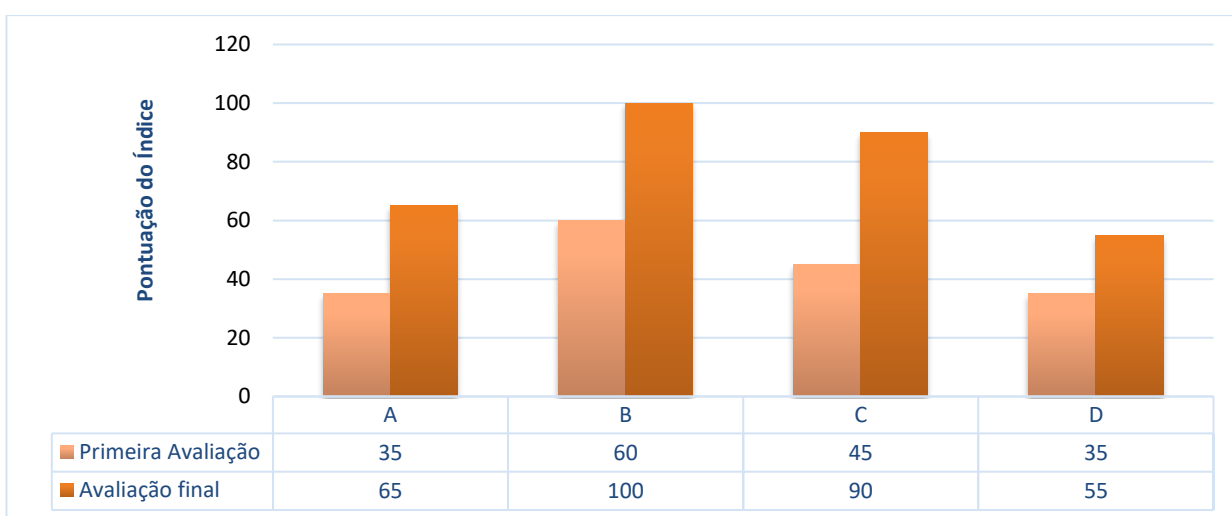
em pé com os pés paralelos estável, equilíbrio em pé com os pés juntos com e sem supervisão estável e equilíbrio em pé com os olhos fechados estável; suportavam pequenos desequilíbrios na mesma posição, volta de 360º estável mesmo que por vezes com passos descontínuados, apoio unipodal estável por pelo menos 5 segundos, apanhar objetos do chão com e sem supervisão e sentar-se com segurança e movimento harmonioso, respetivamente. Parâmetros que anteriormente se encontravam alterados.

Identifica-se assim, através da avaliação final, o resultado esperado de equilíbrio estático e dinâmico melhorado, prevenção e correção de alterações posturais e promoção de marcha segura.

De uma forma geral, o conhecimento e a capacidade dos participantes em executar o treino de equilíbrio, tal como, a noção da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio foram aspetos avaliados continuamente durante a aplicação do programa e que se revelaram positivamente compreendidos. Ao longo da intervenção os participantes demonstraram-se atentos, retendo e repetindo a informação transmitida sendo capazes de executar a tarefa. O fator motivacional associado à assistência ao participante para a autoeficácia, parecem preponderantes para atingir os restantes resultados.

No que diz respeito à avaliação da funcionalidade, (Gráfico nº. 10), constata-se aumento da pontuação do Índice de Barthel na Avaliação final dos participantes, evidenciando assim melhoria da capacidade funcional dos mesmos.

Gráfico nº. 10 – Pontuação do Índice de Barthel



Pontuação Índice de Barthel: Incapacidade funcional ligeira (>90); Incapacidade funcional moderada (55 – 90); Incapacidade funcional grave (<55).

As atividades de vida que se encontravam mais afetadas eram as Transferências, o Uso do sanitário, o Banho, a Mobilidade, o Subir e descer escadas e Vestir. Das referidas as que se verificou melhoria significativa foram: Transferências, Uso do sanitário, Mobilidade, Subir e descer escadas e Vestir, conforme disposto na Tabela n.º 6).

Tabela nº. 6 – Independência dos participantes (Índice de Barthel)

Participante	A		B		C		D	
	Primeira avaliação	Avaliação Final	Primeira avaliação	Avaliação Final	Primeira avaliação	Avaliação Final	Primeira avaliação	Avaliação Final
Alimentação Independente: 10 Precisa de alguma ajuda (por exemplo cortar os alimentos): 5 Dependente: 0	5	5	10	10	5	10	10	10
Transferências Independente: 15 Precisa de alguma ajuda: 10 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se: 5 Dependente, não tem equilíbrio sentado: 0	0	10	10	15	5	15	0	5
Toalete Independente a fazer a barba, escovar os dentes, lavar a cara: 5 Dependente, necessita de alguma ajuda: 0	0	0	5	5	5	5	0	5
Utilização do sanitário Independente: 10 Necessita de alguma ajuda: 5 Dependente: 0	0	5	5	10	0	10	0	5
Banho Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda): 5 Dependente, necessita de alguma ajuda: 0	0	0	0	5	0	5	0	0

Programa de Reeducação Funcional na recuperação do equilíbrio corporal – Contributo da Enfermagem de Reabilitação

Mobilidade Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses): 15 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda: 10 Independente, em cadeira de rodas, incluindo esquinas: 5 Imóvel: 0	5	10	5	15	5	10	0	5
Subir e Descer Escadas Independente, com ou sem ajudas técnicas: 10 Precisa de ajuda: 5 Dependente: 0	0	5	0	10	0	5	0	0
Vestir Independente: 10 Com ajuda: 5 Impossível: 0	5	10	5	10	5	10	5	5
Controlo intestinal Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar: 10 Acidente ocasional: 5 Incontinente ou precisa do uso de clisteres:0	10	10	10	10	10	10	10	10
Controlo Urinário Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho: 10 Acidente ocasional (máximo uma vez por semana): 5 Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho: 0	10	10	10	10	10	10	10	10
Total	35	65	60	100	45	90	35	55

2.7 Discussão

Após apresentados e analisados os resultados, pretende-se neste subcapítulo realizar a discussão dos mesmos.

As mudanças a nível social, demográfico e epidemiológico exigem dos profissionais atenção e empenho na compreensão dos fatores que conduzem a essas mudanças, de modo a intervir de forma ajustada junto da pessoa. Atualmente a longevidade é considerada uma conquista da humanidade resultante de melhores condições de trabalho e de vida, culminando positivamente na saúde e qualidade de vida da pessoa (Reis, et al., 2021).

A idade é usualmente associada em diversos estudos como fator de diminuição do equilíbrio. Em algumas investigações verificou-se a relação entre idade, desequilíbrio, défice na marcha e alterações na funcionalidade, dado que a diminuição da aptidão física decorrente do envelhecimento e a consequente diminuição da atividade culminam na diminuição da capacidade para o autocuidado e instabilidade postural (Figueiredo, Lima & Guerra, 2007; Lobo, 2012). Direccionando para o contexto hospitalar, a idade avançada é considerada em estudos como um dos fatores com maior relação com o declínio funcional (Cunha, et al., 2009). De encontro ao anteriormente referido os resultados do presente projeto de intervenção revelam que os participantes são idosos, com média de idade de 76,25 anos, com compromisso do equilíbrio corporal, alterações na funcionalidade e consequente diminuição da capacidade para o autocuidado.

No que diz respeito ao sexo, o grupo é constituído por metade homens e os restante mulheres, maioritariamente casados e a média de idade das mulheres foi de 74,0 anos de idade e dos homens 78,5 anos. Segundo o INE (2021), no triénio de 2018-2020, a esperança média de vida à nascença em Portugal foi estimada de 78,07 anos para os homens e de 83,67 anos para as mulheres, verificando-se aumento face às estimativas de 2008-2010. Porém, as estimativas relativas a 2014, revelavam que os homens esperariam viver mais anos saudáveis e sem limitações funcionais, que as mulheres. Ou seja, as mulheres de uma forma geral vivem mais anos, mas apresentarão incapacidades funcionais mais precocemente que os homens, facto que também se aferiu no presente projeto.

Independentemente do anteriormente referido o EEER, auxilia a pessoa a manter a capacidade para o autocuidado e a adaptar-se à transição saúde-doença da forma mais ajustada e saudável possível (Reis, et al., 2021).

Apesar de não dependerem de cuidadores informais os participantes contavam com o apoio da família nomeadamente dos filhos e netos, facto que se configura positivo dado o evento de saúde – doença que os conduziu ao internamento hospitalar. Cheng e colaboradores (Cheng et al., 2015), referem que este apoio  caracterizado por uma relao intergeracional de caráter recíproco no cuidar. Na sociedade os adultos ou a maior parte destes, assumem a responsabilidade de dar respostas às necessidades de autocuidado dos seus membros concretamente aos mais idosos.  semelhança do que se verifica nos Censos 2011, a populao em estudo, necessita de apoio familiar, nem que seja transitório, para a realizao das atividades de vida, mesmo não sendo dependentes.

As doenças crnicas prevalentes configuram-se fatores de risco para a doença cérebro vascular, o que vai ao encontro do “Retrato da saúde” realizado pelo Ministério da Saúde (2018), que refere:

“A hipertensão arterial  um dos fatores de risco cardiovascular, que afeta 36% dos portugueses (...). Quanto ao colesterol total, são 63,3% os portugueses que apresentam níveis elevados. Em relao  diabetes, afeta (...) sobretudo os homens e os grupos etários com mais idade: 23,8% dos indivíduos entre os 65 e os 74 anos.” (p. 22-23).

Em Portugal, 3 em cada 10 pessoas têm hipertensão arterial, constituindo o principal fator de risco de doença cardiovascular e objetivamente de AVC. Cerca de 100 portugueses morrem devido a doença cerebrovascular, sendo que a elevada morbidade se associa a um impacto de relevo no contexto familiar e social devido às sequelas decorrentes do episódio (Ministério da Saúde, 2018).

O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge levou a cabo uma investigao sobre a “Prevalência de fatores de risco cardiovascular na populao portuguesa” e concluiu que alguns dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares são a prevalência de pré-obesidade e obesidade, prevalência de hipertensão arterial e prevalência de dislipidemia. Constatou ainda que 68% da populao portuguesa apresentava dois ou mais fatores de risco e 22% quatro ou mais destes fatores, como efetivamente se verificou nos participantes em estudo (Bourbon, Alves & Rato, 2019). A condio de multi morbidade também está presente nos participantes.

Segundo o documento “Retrato da Saúde”, em 2014 o AVC isqumico representou cerca de 20 mil episódios de internamento (Ministério da Saúde, 2018). Do grupo em estudo 75,0% dos participantes foi diagnosticado com AVC isqumico.

O “Retrato da Saúde” destaca ainda que apesar de esta patologia continuar a ser a principal causa de morte, situa-se agora abaixo dos 30% dando como justificativa a melhoria revelada nos resultados do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, que tem apostado em medidas preventivas e na organização dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2018).

No que concerne a condições de habitabilidade, de um modo geral os participantes do projeto referiram já ter efetuado modificações nas divisões da casa, de modo a torná-la mais ajustada às necessidades decorrentes do avanço da idade. Referiram, especificamente a retirada dos tapetes dentro do domicílio e a adoção de outras medidas para prevenção de queda (Diogo & Moura, 2017; Martins, et al., 2016; Oliveira et al., 2014). De notar, que a amostra em estudo apresentava conhecimentos sobre os recursos disponíveis na comunidade. Uma população informada e consciente tem mais possibilidades de encontrar os recursos de que necessita para manter a sua capacidade de autocuidado.

Quando foram analisados os resultados das variáveis, movimento muscular, equilíbrio corporal e funcionalidade constatámos que a condição na avaliação inicial, era de compromisso. Tal situação configura-se ao avanço da idade, em que ocorrem alterações estruturais que conduzem ao declínio do equilíbrio, da flexibilidade, da agilidade, da coordenação e da mobilidade articular, mas também recebe o contributo das doenças crónicas e agudas com impacto na capacidade funcional do idoso. Estudos confirmam que a perda de equilíbrio corporal é uma das alterações decorrentes da pessoa acometida por AVC, que condiciona também a capacidade para o ortostatismo, marcha e consequentemente a independência funcional nas atividades de vida (Antunes, et al., 2016; Haruyama, Kawakami & Otsuka, 2017; Horta, et al., 2020; Rocha et al., 2020; Santos, Campos & Martins, 2020).

A análise dos resultados relativa ao momento final da avaliação mostrou uma tendência crescente para a melhoria, tendo-se verificado indícios de ganhos em saúde. À medida que o programa de treino foi sendo implementado verificou-se melhoria no movimento muscular e no equilíbrio corporal associado à integração dos exercícios e atividades terapêuticas por parte dos participantes. Dado o curto período de internamento na Unidade de AVC, características do espaço físico disponível e a condição clínica dos participantes, foram selecionados exercícios e atividades terapêuticas com aplicabilidade, já estudada, e conhecida na promoção do equilíbrio corporal (Araújo, et al., 2021; Coelho, Barros & Sousa, 2017). Essa limitação intencional dos exercícios e atividades terapêuticas, pretendeu que o participante conseguisse associar a prática, integrá-la e capitalizar ganhos.

O equilíbrio corporal e a força muscular são preponderantes para iniciar marcha em segurança e para a manutenção da capacidade funcional da pessoa, no sentido da autoeficácia e autonomia no seu quotidiano (Alcobia, et al., 2020).

Ao discriminar-se o tipo de equilíbrio por estático e dinâmico, sentado e ortostático verificamos que houve aquisições pela maioria dos participantes do presente projeto. Esta situação fundamenta-se em que a manutenção do controlo do tronco é essencial para a postura e estabilidade corporal durante a mudança de posição e consequente realização das atividades de vida e marcha. Várias investigações sobre a temática, com aplicação diversificada em programas de reabilitação, descrevem que o desempenho do tronco é um indicador importante que permite antever a incapacidade funcional após o AVC. A pessoa após AVC tem tendência a inclinar e desviar o corpo para o lado com diminuição da força, resultando em instabilidade postural que origina um movimento assimétrico do tronco. Tal condição também foi verificada sobretudo num dos participantes. Esta instabilidade do tronco induz uma postura incorreta e impossibilita a execução de tarefas que conduzem à capacidade funcional e segurança (Fujino et al., 2016; Haruyama, Kawakami & Otsuka, 2017; Lee, Lee & Song, 2018; Lee, et al., 2020; Rocha, et al., 2020; Song & Heo, 2015). Eis porque se justifica a seleção de exercícios e atividades terapêuticas direcionados à recuperação funcional do tronco, melhorando o movimento muscular e o equilíbrio corporal.

Song e Heo (2015), defendem como principais exercícios de estabilização do tronco a ponte, exercícios de estabilização da coluna e a contração abdominal. Estes têm como objetivo promover a coordenação da posição de sentada para em pé. A ponte, com ou sem bola, permite ativar os músculos do tronco, estimular a sensibilidade postural e a alternância de posição no leito. Denota-se de extrema importância porque permite restabelecer o movimento funcional da anca que é essencial para a realização dos autocuidados (Araújo, et al., 2021). Estes exercícios foram aplicados na maioria dos participantes, tendo-se verificado resultados positivos. De acordo com o estudo realizado por Haruyama, Kawakami e Otsuka (2017) exercícios de ponte modificada conduziram ao fortalecimento do tronco em menor tempo que estudos anteriores e obtendo bons resultados ao nível da mobilidade e equilíbrio. A bola permite o treino em superfície instável aumentando a ativação dos músculos estabilizadores do tronco e deste modo, melhorando o equilíbrio. Apresenta ainda outros benefícios, tais como, otimizar os exercícios respiratórios, aumentar o tónus e força muscular, ganho de consciência corporal, relaxamento muscular e alongamento (Araújo, et al., 2021; Coelho, Barros & Sousa, 2017; Song & Heo, 2015;).

No que diz respeito aos critérios de diagnóstico do foco Movimento muscular, na avaliação final todos os critérios apresentaram diminuição na condição, correspondendo a melhoria no movimento muscular. Porém, na avaliação final do critério “diminuição do movimento” verifica-se ainda a sua presença em duas participantes que já tinham diminuição da força muscular sequelar por acontecimento passado, que, no entanto, não interferia significativamente na capacidade funcional das mesmas (Gráfico nº. 6). A melhoria e manutenção da força muscular demonstrada na Tabela nº. 5 notifica o atingir dos restantes resultados esperados, para a avaliação final, sendo movimento muscular melhorado, prevenção da perda de mobilidade, prevenção da alteração do tónus muscular e melhoria ou manutenção da força muscular.

De uma forma geral, o conhecimento e a capacidade dos participantes em executar os exercícios musculares e articulares, tal como, a noção da relação entre os exercícios e a mobilidade foram aspetos avaliados continuamente durante a intervenção e que se revelaram positivamente compreendidos. Ao longo da intervenção os participantes demonstraram-se atentos, retendo e repetindo a informação transmitida sendo capazes de executar a tarefa. O fator motivacional, associado à assistência ao participante, para atingir a autoeficácia, pareceram ser preponderantes para alcançar os restantes resultados esperados.

Da análise do Gráfico nº. 9, verifica-se que após a aplicação do programa de treino ocorreu melhoria geral no equilíbrio corporal. Denota-se recuperação total do equilíbrio estático sentado. O equilíbrio estático ortostático, equilíbrio dinâmico sentado e equilíbrio dinâmico ortostático apresentaram variação percentual acima dos 50,0% face o número inicial de participantes com juízo diagnóstico de diminuído. Identifica-se assim, através da avaliação final o resultado esperado de equilíbrio estático e dinâmico melhorado, prevenção e correção de alterações posturais e promoção de marcha segura. Analisando os dados obtidos pela escala de Equilíbrio de Berg 75,0% dos participantes terminaram o programa de treino com pontuação correspondente a “bom equilíbrio”.

De uma forma geral, o conhecimento e a capacidade dos participantes em executar o treino de equilíbrio, tal como, a noção da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio foram aspetos avaliados continuamente durante a aplicação do programa e que se revelaram positivamente compreendidos. Ao longo da intervenção os participantes demonstraram-se atentos, retendo e repetindo a informação transmitida sendo capazes de executar a tarefa. O fator motivacional associado à assistência ao participante para a autoeficácia, parecem preponderantes para atingir os restantes resultados.

Com a prossecução do programa de treino e os ganhos decorrentes em movimento muscular e equilíbrio corporal foi possível verificar melhoria na capacidade funcional dos participantes em estudo na realização das atividades de vida. Esta melhoria em capacidade funcional tornou-se evidente através da análise dos resultados obtidos pelo Índice de Barthel. Apesar de ser, aparentemente, uma melhoria modesta, considera-se um ganho muito importante, considerando a fase aguda da doença, as manifestações limitadoras e o pouco tempo decorrido de vigência do programa. Perspetiva-se potencial para uma evolução em crescendo e tal como na investigação de Fujino, e colaboradores, (Fujino et al., 2016), conclui-se que o ganho em equilíbrio corporal é um fator decisivo para a concretização das atividades de vida da pessoa.

As atividades de vida que se revelaram mais afetadas, nos participantes em estudo, eram as Transferências, o Uso do sanitário, o Banho, a Mobilidade, o Subir e descer escadas e Vestir. Das referidas as que se verificou melhoria significativa foram: Transferências, Uso do sanitário, Mobilidade, Subir e descer escadas e Vestir. O referencial teórico de Dorothea Orem, ao longo do projeto, sustentou a nossa atuação no sentido da promoção do autocuidado, da reconstrução da autonomia e do bem-estar, sendo que confere destaque à pessoa que face a sua limitação é considerada capaz de apresentar novas formas de se autocuidar. No contexto de um sistema totalmente compensatório o participante foi substituído em todas as atividades, enquanto no sistema parcialmente compensatório ocorreu complementaridade entre participante e profissional de saúde, sendo que o participante foi incentivado e motivado a desempenhar as capacidades que era capaz e substituído nas que não conseguia. Após reestabelecidas algumas capacidades de autocuidado seguimos no caminho do apoio, da orientação e da instrução do participante, no sentido da progressão e da capacitação efetiva do participante na concretização dos autocuidados (Martins, Ribeiro & Silva, 2018b).

Realça-se que a topografia do AVC, no cerebelo, condicionou o programa da participante D que exigiu a adaptação dos exercícios ao leito e posição de sentada, criando-se mais sessões com maior duração. Tal facto realça que as condições dos participantes obrigam a ajustes no plano de intervenção.

De acordo com Antunes, et al. (2016), o controlo da postura determina a possibilidade para manutenção do equilíbrio e a marcha. Para que a pessoa esteja apta a realizar marcha primeiro tem de conseguir a manutenção de uma postura correta sentada e posteriormente a manutenção do equilíbrio em ortostatismo. Neste sentido, o programa de intervenção aplicado iniciou não só pelas mobilizações articulares como também pela correção da postura em posição de sentado, seguindo-se os de transferência de peso para os braços, carga no cotovelo/facilitação cruzada e posteriormente

alternância de carga nos membros inferiores, flexão plantar, do joelho, coxofemoral, extensão coxofemoral e elevação lateral da perna, alternância unipodal e contorno de obstáculos.

No que diz respeito ao conhecimento e capacidade de compreensão e à adesão, os participantes demonstraram que o fator motivacional, associado à assistência próxima à pessoa foram preponderantes para atingir os restantes resultados esperados, tal como preconizado no referencial teórico de Dorothea Orem e Meleis (Sousa, Martins & Novo, 2020; Tomey & Alligood, 2002). Esta situação mostra que a educação para a saúde tem de ser fortemente mobilizada no processo de organização e de aplicação dos programas de reabilitação. Eles incluem a instrução e a capacitação da pessoa para que participe ativamente na tomada de decisão e na melhoria de estratégias para aperfeiçoar as condições de saúde. Nesse sentido, Sousa, Martins & Novo (2020) defendem que a educação para a saúde é um processo de construção de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades sociais e pessoais e não a reprodução de comportamentos. Capacitar a pessoa em saúde é um processo multidimensional que associa conhecimento, decisão e ação, com o imprescindível envolvimento da pessoa cuidada.

O presente projeto de intervenção realça a intervenção do EEER na prescrição e implementação de exercícios e atividades terapêuticas que promovem a recuperação e manutenção do equilíbrio corporal. A atitude investigativa, a procura de respostas aos problemas na melhor evidência e nas boas práticas permitiu desenhar o projeto, que teve de ser moldado às necessidades de cada um dos participantes.

A reabilitação neurológica tem o intuito de promover a capacidade funcional da pessoa independentemente do contexto em que se encontra inserida, deve ser iniciada o mais precocemente possível e ser estendida a todos os contextos dos cuidados de saúde. Devido ao impacto social e elevada morbilidade associada ao AVC é importante o desenvolvimento de estratégias que potenciem uma ajustada adaptação da pessoa à sua nova condição (Menoita, 2012; World Health Organization [WHO], 2013).

As transições impõem-se e por isso o EEER deve contribuir para que as pessoas e seus familiares atinjam níveis de mestria para lidar com a sua condição de saúde-doença. A saída, com alta, de um individuo internado numa Unidade de AVC impõe que o EEER perspetive, com a equipa de cuidados, qual a trajetória que ele precisa percorrer para alcançar a sua maior capacitação. No âmbito do projeto, perspetivamos que todos os participantes podem seguir para uma unidade de cuidados de convalescença na comunidade ou outro similar onde continuem o seu processo de cuidados. O EEER que

trabalha na comunidade é um elemento que deve integrar a equipa que facilita o processo de transição para casa (Petronilho, Pinheiro & Machado, 2021). Torna-se imperativo mobilizar o cuidador informal ou a rede de cuidadores para que a as suas integrações na família e comunidade sejam bem-sucedidas.

Em suma, com o desenvolvimento do projeto de intervenção foi possível avaliar a funcionalidade da pessoa, implementar um plano de enfermagem de reabilitação face o equilíbrio corporal comprometido e mais importante capacitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido e trabalhar no sentido da maximização da funcionalidade. Ter um olhar para a continuidade dos cuidados é imperativo porque a reabilitação é um processo que não se esgota num contexto físico dos cuidados, mas realiza-se nos contextos de vida da pessoa em busca da mestria.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem é uma classe profissional que presta cuidados de saúde ao ser humano ao longo do seu ciclo de vida, acompanhando os avanços científicos e tecnológicos que incutem a necessidade constante de desenvolver e aprimorar competências profissionais. Desta forma, exige-se reflexão por parte do enfermeiro relativamente ao seu património pessoal e profissional. Vivemos tempos/contextos dinâmicos que tornam evidente a complexidade da intervenção dos profissionais de enfermagem e que determinam a necessidade de formação contínua e de estes possuírem competências multidimensionais, com capacidades de interação e adaptação/readaptação eficazes e eficientes (Cantante et al., 2020).

Tornar-se ER impõe que se realize um processo formativo específico e coerente que inclui uma dimensão teórica e uma prática, que se fundem na aquisição e desenvolvimento de competências. Um processo que começa numa decisão pessoal de aderir a um ideal de cuidados, mas que deve, simultaneamente, traçar um trajeto específico que permite uma resposta em cuidados especializada. É a Ordem dos Enfermeiros (OE) que define o perfil desses profissionais e que orienta a formação específica dentro dum quadro académico qualificante.

O Enfermeiro é um profissional de saúde legalmente reconhecido pela OE, através da atribuição do título profissional. A sua atuação é orientada pelo REPE que lhe reconhece competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem, em todos os contextos de atividade dos enfermeiros e aos diferentes níveis de atuação.

Foram diversos os desafios que fizeram a evolução da Enfermagem, quer enquanto disciplina quer profissão, sendo evidente ao longo dos séculos, a sua orientação para a dignificação do exercício profissional (Cantante et al., 2020).

Em 1988, através da publicação do Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de dezembro o ensino de Enfermagem é regulado e integrado no sistema educativo nacional e ministrado em escolas superiores de Enfermagem. O REPE, aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96, veio constituir um instrumento jurídico que regulamenta o exercício profissional e salvaguarda os direitos e normas deontológicas específicas da enfermagem, de forma a garantir cuidados de enfermagem de qualidade, a clarificação de conceitos, a enumeração das competências dos profissionais legalmente habilitados e definindo a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos.

A OE surge, posteriormente, com o Decreto-Lei 104/98, de 21 de abril, e o seu respetivo estatuto. A OE tem como intuito, “promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional” (Decreto-Lei 104/98, p.1741). A Enfermagem, em Portugal, tem evoluído concomitantemente com o desenvolvimento científico e tecnológico sendo reconhecida a sua capacidade de autorregulação e encontrando-se classificada como “Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas” na Classificação Nacional de Profissões (Cantante et al., 2020).

Segundo Gomes (2006),

“A evolução do conhecimento nas múltiplas áreas do saber, assim como a crescente incorporação da inovação tecnológica na prática de cuidados de Enfermagem impõe necessariamente uma maior especialização e formalização dos saberes profissionais. Estes saberes são de natureza bastante complexa, numa interface entre o “saber-saber”, “saber-fazer” e “saber-ser” numa ação dialética entre a natureza dos problemas surgidos e as condições que influenciam esses problemas” (p. 194).

Neste sentido, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista clarifica os diferentes conceitos de competências comuns, específicas e acrescidas e os diferentes domínios, sendo estes, responsabilidade, profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A Especialidade em Enfermagem de Reabilitação é reconhecida pela OE sendo atribuída através do título de enfermeiro especialista. De acordo com Regulamento n.º 392/2019, as competências específicas deste grupo profissional são: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

De modo a compreender o desenvolvimento das competências, inscritas nos Regulamentos e para refletir sobre a sua evolução, torna-se essencial clarificar o conceito de Competência.

Segundo Dias (2006),

“As competências dizem respeito às características individuais (potencialidades, habilidades, capacidades de ação, aptidões, atitudes, traços de personalidade e

comportamentos estruturados), conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de atividades, designadas por cuidados de enfermagem nos domínios preventivos, curativos, reabilitação e/ou reinserção do cliente no seio da família, comunidade e mundo laboral, podem ser observadas através da qualidade da execução das técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão e lhe permitem discutir, analisar e decidir sobre os aspectos relacionados com a profissão. Organizam-se em categorias multidimensionais centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio-afectiva, relacional, comunicativa ético-moral.” (p.37).

No seguimento de Dias (2006), já o Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos cuidados de enfermagem declarava, que o termo competência englobava as condições necessárias que o profissional de enfermagem deve ter para o exercício profissional. Sendo estas, características individuais tais como conhecimentos, atitudes e aptidões; aperfeiçoamento constante da prática e adaptação a ambientes em constante mudança. A aquisição de competências não reside apenas na formação contínua, dado que o exercício profissional do enfermeiro exige o seu constante desenvolvimento sociomoral, para uma consciente tomada de decisão (Comissão Europeia, 1997). De acordo com Benner (2001) e Le Boterf (2003), a aquisição e desenvolvimento de competências encontra-se intimamente relacionada com as experiências vivenciadas e a forma como são ensinadas e determina o saber agir em conformidade, com responsabilidade profissional sujeita a avaliação.

De uma forma geral, o enfermeiro é inicialmente provido de competências academicamente veiculadas, que em virtude de uma resposta eficaz e eficiente às necessidades identificadas no contexto profissional, necessitam ser reestruturadas e reformuladas. Ser competente é ser capaz de agir em contexto, mobilizando e transferindo para lá os conhecimentos e o modo de agir necessários à nova situação. A competência vê-se na ação. Este processo suscita no enfermeiro, a constante e dinâmica atualização de saberes cientificamente bem fundamentados fornecendo um novo conjunto de competências (Mendonça, 2009).

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De modo transversal a todas as áreas de especialidade da enfermagem existe, um conjunto de competências comuns que devem ser desenvolvidas através da execução, gestão e supervisão de cuidados de saúde de excelência e também através de apoio ao profissional no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019).

As referidas competências abarcam os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências são indissociáveis do exercício profissional e a prossecução dos estágios resultou num meio condutor para a concretização das mesmas.

A certificação de competências determina que o enfermeiro especialista é detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permite, após identificação das necessidades, atuar em diferentes contextos e nos diferentes níveis de prevenção. A aquisição deste perfil de competências permite aos cidadãos saber o que esperar deste grupo profissional (Regulamento nº 140/2019).

3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio é referente ao desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal em consonância com as normas legais e os princípios éticos e deontológicos da profissão, ao respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional (Regulamento nº 140/2019).

Enquanto discente procurou-se “saber ser” e “saber estar” reconhecendo o meu papel na equipa multidisciplinar. Procurou-se a proatividade na aprendizagem retirando-se todas as experiências para enriquecimento pessoal e profissional.

Em 1998, através da publicação *Position Statement: Nurse and Human Rights*, o International Council of Nurses fez destaque à importante e indissociável relação dos Enfermeiros com os Direitos Humanos. Os enfermeiros têm o dever de, em qualquer momento ou circunstância, salvaguardar os direitos humanos garantindo cuidados de enfermagem eficazes e eficientes face os recursos disponíveis com base na ética (Nunes, 2013). A Declaração Universal dos Direitos Humanos faz referência que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de

consciência (...) Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (ONU, 1948, p.2). Ao longo deste percurso adotou-se uma prática centrada na pessoa assumindo uma relação terapêutica e de parceria com a mesma no processo de cuidar, com o objetivo de a capacitar e elucidar face o seu poder no processo de recuperação. Procurou-se também, incentivar o controlo e responsabilidade pelo seu projeto de saúde.

Durante os estágios, no processo de cuidados, foi sempre assegurado o direito do utente ao acesso à informação, confidencialidade, proteção de dados, privacidade e sigilo profissional. Sempre partilhámos aspetos da avaliação da pessoa, com quem a validámos; propusemos um plano de cuidados cuja aplicação também foi sujeita à anuência dos interessados. Validámos os resultados com o bem-estar e com os ganhos que foram sendo obtidos e até com as dificuldades que se apresentavam. Muitas das pessoas manifestaram-se interessadas embora a maioria mostrasse uma atitude aparentemente passiva. O projeto de intervenção manteve a conduta anteriormente referida, tendo sido solicitado ao utente o consentimento informado, esclarecido e livre, respeitando a decisão final deste. Ainda de acordo com o Internacional Council of Nurses (2007), o enfermeiro é obrigado a transmitir informação pertinente e adequada à pessoa, de modo que este seja detentor de toda a informação necessária para uma tomada de decisão consciente, livre e esclarecida em detrimento de consentirem tratamentos, procedimentos ou participação em investigação. Durante o processo de intervenção assegurou-se o respeito pelos princípios éticos, Beneficência, Avaliação da maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade, Confidencialidade e o respeito pelos direitos dos participantes, tais como, não receber dano, direito da autodeterminação, direito à intimidade, anonimato e confidencialidade (Nunes, 2013).

Em *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*, destaca-se uma referência realizada por Nunes (2013) que deve estar sempre presente no exercício profissional:

“Fazer investigação em saúde e em enfermagem implica, muitas vezes, estudar uma população constituída por indivíduos fragilizados física ou psicologicamente, de uma forma temporária ou permanente: por isso, devem ser alvo de cuidados redobrados atendendo ao dever de proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis” (p.9).

A classe profissional de Enfermagem é autorregulada pelo Código Deontológico do Enfermeiro e o REPE, através dos princípios éticos e deontológicos a cumprir na prestação de cuidados (Nunes, 2013).

Na prestação de cuidados gerais e especializados e na tomada de decisão foram respeitados, os valores, os costumes, as crenças espirituais e respetiva cultura dos indivíduos e grupos.

A concretização deste domínio só é possível através do conhecimento e regulação estabelecida através dos documentos supracitados, que fornecem diretrizes essenciais para o exercício profissional seguro e ético. Associado ao que foi supracitado, ao longo dos estágios e através da supervisão e discussão com os pares e orientadores foi realizada a avaliação sistemática das melhores práticas e assegurados os direitos da pessoa.

3.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

O presente domínio preconiza o desenvolvimento de um papel dinamizador em iniciativas estratégicas institucionais, colaborar em programas de melhoria continua e proporcionar um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019).

A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação dá resposta às necessidades concretas da população constituindo-se uma área de intervenção clínica reconhecida e que contribui para a obtenção de ganhos em saúde. A monitorização destes ganhos, a produção de indicadores sensíveis à sua atuação e o desenvolvimento de programas de melhoria continua da qualidade são uma prioridade (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

Foram orientadores do percurso formativo documentos elaborados pela Mesa do Colégio da Especialidade, tais como: Padrão documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, *Core* de indicadores por categoria de enunciados descritivos, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e guião sobre Instrumentos de avaliação que podem constituir-se para a recolha de dados específicos em Enfermagem de Reabilitação. Permitiram desenvolver e dar resposta ao presente domínio. A seleção meticulosa e o respeito pela metodologia preconizada contribuíram para o desenvolvimento de competências de análise e planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação culminando na organização, priorização e conseqüentemente melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Em virtude da melhoria continua da qualidade do exercício profissional dos ER, de modo a atingir a excelência dos cuidados e para a obtenção de ganhos em saúde, foram inculcados no processo formativo os enunciados descritivos: a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem estar e autocuidado do cliente, readaptação funcional, reeducação funcional, estigma, exclusão social e organização dos serviços de enfermagem (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018). Alguns deles foram mais evidentes que outros, mas acreditamos que se influenciam e que deixaram uma marca para prosseguir com a sua concretização no futuro profissional de EEER.

De notar que, segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação são alicerces para a realização da avaliação sistemática da qualidade e eficácia dos resultados dos cuidados de enfermagem especializados. A melhoria da qualidade só é possível através da avaliação sistemática da prática clínica e consequente análise dos resultados obtidos, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria.

De referir, que o Padrão documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação e o guião sobre Instrumentos de avaliação que podem constituir-se para a recolha de dados específicos em Enfermagem de Reabilitação apresentam-se de fácil acesso e compreensão, sendo orientadores da ação, para quem neste momento tem pouco experiência profissional no âmbito da especialidade. Por outro lado, o *Core* de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, carecem de mais experiência para uma correta seleção e justificação no final.

O percurso que aqui se relata também teve como intuito refletir sobre a criação de mudanças políticas e estratégias de saúde (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018), que visem oferecer ao cidadão o melhor cuidado.

Ao longo deste percurso procurou-se colaborar nos programas de melhoria continua instituídos nos contextos, como sejam: mobilização precoce; prevenção, tratamento e monitorização de úlceras pressão; medidas de controlo de infeção; avaliação, monitorização e treino da pessoa com deglutição comprometida; prevenção e monitorização de quedas, acolhimento do utente, entre outros. Pretendia-se coparticipar no papel dinamizador, porém, encontrávamo-nos a vivenciar momentos conturbados e complexos que exigiram a reorganização dos cuidados de saúde e a priorização dos mesmos foi direcionada para necessidades emergentes. Sabemos o valor dos líderes na condução das equipas e o EEER poder ser um motor de motivação na senda da qualidade dos cuidados.

No final do ano de 2019 foi descoberto o vírus SARS-CoV-2, responsável pela pandemia por COVID 19, que tem gerado um forte impacto no sector da saúde, da economia, da sociologia e com impacto noutras áreas. No decorrer dos Estágios encontrávamo-nos a passar pela 3ª e 4ª vaga e foram inúmeras as mudanças no Hospital que interferiram negativamente na dinâmica e normal funcionamento dos serviços. O impacto da pandemia foi sentido de forma abrupta pelos profissionais de saúde, pela sobrecarga de trabalho, aumento das necessidades cuidados, diminuição dos recursos humanos disponíveis, escassez de equipamentos de proteção, exaustão física e mental, dificuldade na tomada de decisão, entre outros. A pandemia obrigou à reorganização dos serviços e dos cuidados de saúde diminuindo a priorização de prestação de cuidados a outras patologias e contextos. Neste sentido os cuidados de reabilitação têm sido descurados face a necessidade de manutenção dos doentes com instabilidade clínica (Padilha & Silva, 2020). Acresce-se que as mudanças organizacionais e funcionais nos locais de trabalho e de Estágio, perturbaram o normal desenvolvimento do Estágio, tendo sido prolongado no tempo em detrimento de um percurso organizado e previsível com fim previsto para 2021.

Neste sentido, algumas experiências necessárias ao desenvolvimento das competências foram perturbadas e mais dificilmente alcançadas. A priorização, no sentido da melhoria continua, foi direcionada para as necessidades emergentes da condição vivenciada, de modo a garantir à pessoa que independentemente dos constrangimentos a que elas e os profissionais estavam a ser sujeitos, os serviços hospitalares em questão iriam desenvolver atividade dentro do curso o mais aproximado ao normal.

Um dos inúmeros constrangimentos vividos pelas pessoas internadas e enfermeiros, residiu na impossibilidade de receber visita de familiares ou estabelecer contato via telefónica. Fator com impacto negativo no estado de humor, na motivação e na participação nos cuidados saúde. Tendo em atenção as repercussões deste distanciamento, foi instituída a realização de um contacto telefónico ou videochamada. Esta intervenção denotou-se de extrema relevância na motivação e empenho da pessoa no seu projeto de saúde-doença e plano de reabilitação. Possibilitou ainda a inclusão da família e pessoa de referência no plano de cuidados e a identificação das condições e tipo de apoio necessário face ao momento de alta. Procurou-se com esta e outras atividades fomentar a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e necessidades das pessoas internadas, ao mesmo tempo que se respondia às necessidades atuais e previsíveis de cada uma na continuidade de cuidados.

Vivemos exemplos que nos fazem pensar que para a melhoria continua o profissional de saúde deve adaptar-se aos constrangimentos vivenciados e estabelecer novos caminhos para atingir cuidados de saúde seguros, eficazes e eficientes.

O projeto de intervenção despoletou a necessidade de mobilização constante de conhecimentos, capacidades, habilidades e reflexão na ação e sobre a ação, no sentido do aprimoramento. O recurso a evidência científica aliada à análise e discussão com o professor orientador e supervisor clínico permitiram orientar a prestação de cuidados, a tomada de decisão e consequentemente concretizar intervenções eficazes e eficientes para ganhos em saúde.

Procurou-se colaborar na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros através da elaboração, com os orientadores clínicos, de um Manual Básico para a pessoa com alteração da deglutição (Apêndice II) e um Póster sobre Reeducação dos Músculos da Face (Apêndice III) onde se exemplificam os exercícios que a pessoa deve realizar. Foram criados após identificação da necessidade de exemplificação dos exercícios e a impossibilidade, perante o uso inevitável de máscara. De forma a colmatar esta necessidade foi criado o póster, garantindo a segurança da pessoa e do profissional de saúde e assegurando a continuidade do processo de reabilitação.

Em todos os contextos e níveis de atuação o Enfermeiro assume compromisso pela proteção da pessoa e responsabilidade pela prestação de cuidados, assegurando a excelência dos mesmos através da adoção de ambientes seguros e boas práticas. Os cuidados de enfermagem prestados no decorrer dos estágios, como já foi referido, foram centrados na pessoa dando primazia à gestão do ambiente de forma a garantir a segurança na mobilização e o estabelecer de uma relação terapêutica e de confiança que contribuiu para prevenção de incidentes e promoção do bem-estar. A prática fundamentada e segura foi assegurada através do recurso ao processo de enfermagem, a referenciais teóricos, a evidencia científica mais recente, a instrumentos recomendados pela Mesa do Colégio da Especialidade e, por último, mas não menos importante, o recurso aos pares e ao próprio utente.

3.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

Este domínio engloba, a gestão dos cuidados de enfermagem, no que diz respeito à equipa de enfermagem e a articulação desta com a restante equipa de saúde; e a liderança e correta gestão de recursos em prol da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019).

De acordo com, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018), no documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, “o desenvolvimento profissional especializado, assente na prática clínica, será um contributo facilitador para a criação de dinâmicas de gestão da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, fundamental para a tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas desta área clínica” (p.5). No seguimento do domínio anterior e em concordância, o desenvolvimento profissional com recurso à melhor evidência auxilia a uma prática clínica segura e fundamentada melhorando resultados e a qualidade em saúde (Carneiro, 2009).

Neste sentido, no decorrer dos estágios e através da observação procurou-se analisar a prática de gestão de cuidados, gestão do ambiente de prestação cuidados, gestão de equipas, gestão de recursos e os critérios para definição de prioridades. Todos estes pontos estão intimamente ligados à aquisição das competências deste domínio, porém a sua especificidade e complexidade requer do profissional um contínuo empenho e aprimoramento no desenvolvimento das mesmas. Ao longo dos estágios verificou-se contato com os pontos-chave deste domínio e sem dúvida foi dado início ao desenvolvimento das competências. No entanto, dada a complexidade e pouca experiência profissional nesta área de especialidade conclui-se que as mesmas continuarão a ser desenvolvidas, aprofundadas e mais tarde aprimoradas em associação com o percurso profissional especializado.

Percebemos que a gestão de altas é muitas vezes complexa sobretudo se houver dependência marcada nas pessoas. Os com problemas ortopédicos ou orto traumatológicos precisam de continuidade de cuidados que podem ser realizados por distintos prestadores de cuidados, já que as situações tendem a retornar a uma condição próxima (caso de pessoa com fratura) ou melhor do que a anterior (caso de pessoa com artroplastia). Outro cenário se coloca quando estamos a referir-nos a pessoas com elevados níveis de dependência, que se prolongam no tempo, e que carecem de um acompanhamento muito próximo e contínuo até alcançarem a melhor condição possível, isto é, se reabilitarem.

A interligação entre contextos e níveis de cuidados carecem de informação sistematizada que permita a continuidade de cuidados. Constatamos como a ausência de visitas à pessoa internada, o distanciamento e falta de comunicação foram prejudiciais àquele desiderato. Os meios informáticos

poderiam ultrapassar dificuldades, mas os obstáculos das Unidades de Saúde na comunidade, para responderem com celeridade às pessoas após a alta, prejudicou muitos processos de reabilitação.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação, durante os estágios, foi adequada e organizada numa vertente de complementaridade da ação terapêutica com outros profissionais de saúde. O intuito foi de rentabilizar recursos em conveniência da pessoa para garantir cuidados de saúde eficazes e eficientes. É reconhecida a importância e o papel de todos os profissionais de saúde que englobam as equipas multidisciplinares (terapeutas da fala, fisioterapeutas, psicomotricistas, terapeuta ocupacional, dietistas, técnicos de imagem, equipa médica, entre outros) e foi fomentado um ambiente positivo e favorável à prática, transmitindo confiança na equipa multidisciplinar, de modo que se repercutiu positivamente na postura e receptividade aos cuidados por parte do utente.

3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O presente domínio diz respeito ao desenvolvimento, por parte do enfermeiro especialista, de autoconhecimento e assertividade, baseando a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

Segundo Barata (2017), tendo por base a importância da otimização dos resultados e as emergentes necessidades de cuidados de saúde da população, torna-se fulcral a atualização e contínua formação em prol do desenvolvimento profissional do enfermeiro. O autor acrescenta ainda, que não é possível considerar autonomia no exercício do ER sem garantir uma continuada formação e atualização de saberes, conhecimentos e aperfeiçoamento de capacidades, que permitam reconhecer ao enfermeiro legitimidade na prestação de cuidados de reabilitação, tal como exposto nos enquadramentos legais do exercício profissional do mesmo.

Como referido anteriormente, o desenvolvimento profissional com recurso à melhor evidência auxilia a prática clínica e tomada de decisão segura e fundamentada, melhorando resultados e a qualidade em saúde (Carneiro, 2009).

A investigação em enfermagem contribui para a promoção da excelência profissional com o objetivo do desenvolvimento teórico e alargamento do campo de conhecimento da disciplina científica, a Enfermagem, que por sua vez terá repercussão positiva no campo da prática. Em consonância com o avanço científico deve encontrar-se a prática do ER, que deverá incorporar as novas descobertas, desenvolvendo uma prática baseada na evidencia e que procura resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 392/2019). Ainda conforme descrito no Regulamento n.º 392/2019, o ER tem o dever de participar em projetos de investigação, no sentido de aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências da área de especialização. Deste modo, a execução do projeto de intervenção, realizado ao longo dos estágios, direcionou e auxiliou o discente na concretização das competências de enfermeiro especialista.

O percurso formativo na especialidade em reabilitação, influenciado pela pandemia provocada pelo vírus SARS CoV-2, foi perturbado pelas mudanças nos contextos dos estágios, mas também a aprendizagem em contexto teórico, concretamente as práticas laboratoriais tão essenciais à componente prática da especialidade. Tivemos a perceção de não ter alcançado o esperado para o contexto envolvente à especialidade. No seguimento, foram identificados alguns obstáculos e dificuldades, que inevitavelmente contribuíram para um crescimento profissional e pessoal conducentes a um aprimoramento de autocontrolo e gestão de sentimentos e conflitos.

A dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional está intimamente relacionada com a socialização. Esta é indissociável do processo de desenvolvimento de competências sendo uma via, pelo qual a pessoa, ao longo da sua vida, integra elementos socioculturais do seu meio e modela a sua personalidade. Neste sentido, também os contextos de trabalho são meios altamente socializadores e produtores de identidades profissionais (Barata, 2017). Durante este percurso formativo foi adotada uma postura proativa e participativa, houve uma participação ativa na criação de bom ambiente nas equipas de enfermagem e multidisciplinar, deu-se primazia às relações terapêuticas com as pessoas e demonstrou-se disponibilidade através de presença e escuta ativa. As relações terapêuticas permitem propiciar um ambiente seguro e de confiança com a pessoa, um espaço para conhecê-la e obter recetividade aos cuidados de saúde e de enfermagem. Este meio auxilia o ER na prossecução da sua intervenção, para ensinar e capacitar a pessoa física, emocional, mental e psicologicamente a superar obstáculos e realizar as suas atividades de vida diárias.

Na verdade, os ambientes de cuidados são marcados pela sua cultura. Esta encontra-se orientada para a prestação de serviços, nem sempre com uma marcada filosofia de continuidade de

cuidados, mais ou menos valorizadora dos seus recursos humanos e muitas vezes a expressar uma gestão contingencial.

Estamos de acordo com Alarcão e Rua (2005), quando afirmam que a cultura institucional é essencial para a criação de um ambiente que propicie a emergência da identidade e tal é conseguido no respeito pelos distintos requisitos:

“Num espírito de co-aprendizagem interinstitucional, desenvolver-se-á uma cultura de formação partilhada, ambiente indispensável para fomentar o desenvolvimento de profissionais equilibrados, humanistas, detentores de conhecimentos científicos e técnicos actualizados, com capacidade de trabalhar em equipas profissionais e multiprofissionais e com atitudes de aprendizagem continuada, isto é, o perfil que (...) definimos para o enfermeiro da actualidade” (p.381).

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre

Os cuidados de enfermagem de reabilitação assentam em princípios reabilitativos e restaurativos, visando maximizar as capacidades funcionais, a promoção da saúde e a adaptação às alterações nos estilos de vida. Cuidados prestados ao longo do ciclo vital dos intervenientes que se encontram a vivenciar situações de saúde-doença temporárias, progressivas ou permanentes que alteram a vida, tais como, doença crónica, deficiência, fragilidade e até o envelhecimento (Schoeller, et al., 2018).

Portugal tem uma população, com baixo índice de fecundidade, que está perante novos problemas de saúde onde as doenças crónicas se destacam e se verifica um elevado número de pessoas portadoras de múltiplas patologias que necessitam cuidados de saúde diferenciados. Com o aumento da população idosa ocorre o aumento das doenças associadas ao envelhecimento destacando-se as crónicas degenerativas. O agravamento do estado de saúde dos portugueses é também devido a estilos de vida pouco saudáveis associados a diversos fatores de risco. A maioria das doenças que provoca a morte,

incapacidade ou perda de qualidade de vida estão associadas a fatores de riscos que podem ser modificados e evitados (Ministério da Saúde, 2018).

Por base no contexto demográfico do país e inovação tecnológica a nível mundial, o Serviço Nacional de Saúde, tem vindo a adaptar-se de modo a dar respostas com qualidade às novas necessidades de saúde da população (Ministério da Saúde, 2018). A saúde e o processo saúde-doença podem ser descritos de forma individual e coletiva, mas sempre associado(a) a elevada incerteza, configurando-se num processo dinâmico, complexo e multidimensional associado a fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos, socioculturais e ambientais que beneficiam da inovação e evolução do conhecimento científico teórico-prático e de políticas de saúde consistentes e persistentes (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Associado ao envelhecimento populacional e aumento da prevalência de doenças crónicas em todas as faixas etárias surgem necessidades de cuidados de saúde que fazem salientar, cada vez mais, a importância da intervenção do EEER (Martins, Ribeiro & Silva, 2018a). Este atua em pessoas com necessidades especiais/atividade limitada, ao longo do ciclo vital, através da identificação de problemas reais e ou potenciais. Auxiliam na definição de diagnósticos de enfermagem que conduzem a uma intervenção precoce, com o intuito de promover a qualidade de vida, já que maximiza a funcionalidade, o autocontrolo, o autocuidado e a prevenção de complicações e incapacidades, obtendo ganhos em saúde. Posteriormente são concebidos, implementados e avaliados planos e programas especializados com vista a qualidade de vida, reintegração e a participação na sociedade (Regulamento n.º 392/2019).

A atuação em campo de estágio decorreu de forma indissociável ao processo de enfermagem dado que este direciona e organiza de forma sistematizada a intervenção do enfermeiro. Como metodologia de trabalho o processo de enfermagem auxiliou na tomada de decisão, a prever e avaliar a prestação de cuidados de modo a satisfazer as necessidades da pessoa. Segundo Garcia e Nóbrega (2009) o Processo de Enfermagem, “pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para a sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área” (p.189). Na verdade, cada participante representou um estudo de caso, singular, embora partilhando focos comuns a outros utentes.

Recorremos a esta metodologia sempre que foram selecionadas pessoas para prestarmos cuidados; em todos os contextos clínicos seja de ortopedia/traumatologia ou ambiente de cuidados médicos. Validámos a nossa apreciação com o supervisor clínico e discutimos as propostas de intervenção face os objetivos definidos previamente. Houve a oportunidade de apresentar estudos de

caso, que também foram partilhados com o professor orientador desta clínica. Apesar de haver um conjunto de cuidados que são comuns face a determinadas condições de saúde, existiu sempre a necessidade de personalizar o processo a cada pessoa com o intuito de atingir melhores resultados. O envolvimento da família foi precário devido às restrições institucionais advindas da pandemia, e tal situação permitiu-nos dar conta e refletir sobre as repercussões emocionais nos envolvidos, pessoa a necessitar de cuidados, família e profissionais, mas também sobre a continuidade dos cuidados para garantir condições de reabilitação e de integração social. Tal facto, foi verificado em todas as pessoas que após comunicação com os seus familiares ou pessoa de referência se demonstravam mais recetivos e particularmente felizes porque independentemente da sua condição de saúde, não deixam de se preocupar pelos “seus” que se encontravam fora do hospital mas sujeitos ao perigo do vírus SARS CoV-2.

No decorrer dos estágios, deu-se primazia ao estabelecimento de relações terapêuticas que se demonstraram essenciais para uma prestação de cuidados com base na confiança, recetividade e focalizando a parceria entre os intervenientes. Estabelecer relações terapêuticas e uma comunicação direta, clara, eficaz e eficiente com a pessoa permitiu conhecer a sua individualidade, limitações, medos, problemas e ainda, conhecer o contexto social/familiar em que se encontrava inserida, que por vezes se demonstra facilitador de situações e outras, permitiu identificar lacunas, riscos e necessidade de apoio assistencial ou de recursos.

A avaliação inicial do participante teve sempre por base o conhecimento, mas envolveu a utilização de instrumentos de medida, escalas e outros, reconhecidos pela Mesa do Colégio da Especialidade e que se encontram no documento, Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ao longo dos estágios alguns dos instrumentos utilizados foram: Escala de Equilíbrio de Berg, Medida de Independência Funcional, Índice de Barthel, Gugging Swallowing screen (GUSS), Escala de Ashworth Modificada, Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia, Escala Medical Research Council Muscle, Goniometria, National Institutes of Health Stroke Scale, entre outros. Também foram avaliados estados de orientação e consciência das pessoas, e quando adequado através da Escala de Coma de Glasgow. O recurso a estes meios permitiu não só caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior clareza, mas também dar suporte à tomada de decisão, à identificação de riscos e sua prevenção e garantiu ainda, a possibilidade de reavaliações para uma consistente e organizada prestação e documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. A correta utilização das escalas e instrumentos foi sempre apoiada pelos supervisores clínicos.

A avaliação inicial auxiliou na identificação de problemas reais ou potenciais da pessoa, tendo sido possível, determinar diagnósticos de enfermagem de reabilitação, determinar estratégias e elaborar programas de reabilitação, com o intuito de averiguar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Rocha, et al., 2020). Como ponto de partida para a elaboração de programas de reabilitação o documento do Padrão Documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de reabilitação foi essencial, porque representa o reconhecimento dos peritos na área, garantindo suporte ao exercício profissional.

No decorrer da avaliação das pessoas foi possível identificar fatores facilitadores e inibidores para a realização das atividades de vida diárias, desde a importância de discurso motivador, sequelas e défices que interferem na realização das mesmas, prioridades e preferências da pessoa, necessidade de ajudas técnicas entre outros. O processo de reabilitação envolve as componentes socio afetivas, psicológica e emocional, cultural e muitas outras que caracterizam a pessoa e influenciam o seu envolvimento no plano de cuidados. Dá-se como exemplo, um utente com acentuada diminuição da acuidade visual, devido a patologia ocular de base, mas que no seu domicílio era autónomo na atividade de vida tomar banho e vestir. Por não conhecer o espaço físico do serviço apresentava-se dependente, mas posteriormente foi acompanhado e orientado no espaço físico, nos perigos que podia encontrar e no modo de os contornar. Colmatada a barreira sentiu-se motivado para a realização dos autocuidados sem se sentir totalmente limitado.

Obviamente, este foi um processo que decorreu durante vários momentos de descoberta e ensino, tendo em conta que uma enfermaria é um local de muita interação e perigos, porém foi possível garantir autonomia e privacidade na utilização do sanitário. Verificou-se o impacto positivo na confiança e na capacidade de se auto cuidar. Em alguns utentes com diminuição da força muscular num membro ou hemicorpo e que apresentavam compromisso da capacidade para se vestir/despir, com treino de técnicas de adaptação e o recurso a dispositivos de apoio para vestir/despir, foram capacitados no sentido de colmatar na limitação da atividade. Pretendeu-se estimular, motivar, capacitar e auxiliar a pessoa a assumir responsabilidade pelo seu processo de recuperação e de se auto cuidar, empoderando-o e enaltecendo os ganhos alcançados de forma que reconhecesse a sua capacidade em colmatar défices com o seu empenho e não apenas através de terceiros.

Na mesma situação que a anteriormente descrita, deparámos com alguns utentes emocionalmente instáveis e esgotados em que não se priorizou de imediato o processo de reabilitação na vertente física, mas sim socio afetiva, emocional e psicológica. A estabilidade emocional, psicológica e relacional é o ponto de partida para o empoderamento e resiliência face as adversidades. Por vezes,

deparamo-nos com a necessidade de que a pessoa veja reconhecida e compreendida a sua labilidade emocional ou até mesmo o auxílio num problema externo ao hospital, mas que através da eliminação, atenuação ou compreensão da situação permite recuperar a sua estabilidade emocional e conseguir focar-se no restante processo de reabilitação. Como referido anteriormente, este último, é um processo complexo, dinâmico, contínuo e multifatorial que exige do ER adaptabilidade a diversos contextos e situações e o contínuo aprimoramento das suas competências relacionais (e de resolução de problemas), que não apenas detidas através do conhecimento teórico, mas também através do contínuo desenvolvimento de competências pessoais.

A identificação das necessidades de intervenção foi determinante para otimizar o plano de cuidados em virtude das prioridades da pessoa e da condição clínica. Os planos de cuidados foram sempre discutidos com os pares e ao próprio. Desta forma, as sugestões dos utentes eram incorporadas nos mesmos. Como exemplo, durante o treino de atividades de vida diária, cuidados de higiene, em que sempre foram discutidos os possíveis fatores de risco e como preveni-los, tentou-se identificar as necessidades da pessoa, incentivando-a a dar resposta às que se encontravam ao seu alcance e auxiliando-a, nas que, por motivos de alteração da funcionalidade, não fosse capaz. No decorrer dos estágios verificou-se a importância de a pessoa reconhecer as suas limitações e alterações da funcionalidade, como ponto de partida para a tomada de consciência do papel preponderante que tem no seu processo de reabilitação e na própria segurança. De notar, a importância e entusiasmo que as pessoas manifestam por conseguirem intervir na sua capacitação para os autocuidados e para obter ganhos na sua funcionalidade. Por outro lado, também para o enfermeiro, o reconhecimento por parte do utente se tornou bastante motivador para o término desta etapa, tão conturbada por motivos e fatores pessoais e profissionais.

No seguimento do processo de enfermagem foram realizadas avaliações de modo a reformular os planos de cuidados em virtude das alterações identificadas e em prol dos resultados esperados. O processo de enfermagem é um processo contínuo e dinâmico em constante reformulação à medida que se alteram as necessidades da pessoa. Este promove cuidados de enfermagem individualizados, conferindo uma resposta atempada e criteriosa para melhorar ou manter o projeto de saúde de cada indivíduo. Segundo Pereira, et al. (2018), “o ambiente afeta o autocuidado sendo que um ambiente adequado permite o desenvolvimento pessoal, a manutenção da independência apesar da capacidade individual, o estabelecimento de objetivos reais e a adaptação do comportamento para atingir esses resultados” (p.67).

De acordo com Regulamento n.º 392/2019 referente às competências específicas do EEER, este profissional “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e “promove a mobilidade, acessibilidade e a participação social”. O EEER com base no conhecimento que detém, tem o dever de sensibilizar a comunidade para a adoção de práticas inclusivas, identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas podendo emitir parecer técnico e científico sobre estruturas e equipamentos da comunidade (Pereira, et al., 2018).

A capacitação foi o pilar do projeto de intervenção que consistiu em estruturar um programa de reeducação funcional para recuperação do equilíbrio corporal. Associado às alterações do equilíbrio e consequentemente da marcha está o aumento do risco de queda, sendo que estes representam um problema de saúde sério que determina a fragilidade dos idosos e que merece foco pelo EEER, que pode através das suas competências e habilidades capacitar a pessoa, e atingir ganhos em saúde (Correia, et al., 2019).

No decorrer do estágio final foram também implementados programas de treino de autocuidados, treino de deglutição, treino de marcha, reeducação funcional dos músculos da face à pessoa com paresia facial central, reeducação funcional motora à pessoa com alteração da força muscular, treino específico à pessoa com alteração da motricidade fina através de recursos didáticos, entre outros, assentes em perspetivas de ensinamentos para a saúde com demonstrações, sensibilização, identificação e orientação.

Em virtude de uma correta preparação para a alta, os utentes foram questionados sobre barreiras arquitetónicas, ajudas técnicas e promoção de ambientes acessíveis e seguros. Fomos surpreendidos pela positiva ao saber que alguns utentes já tinham eliminado algumas das barreiras arquitetónicas existentes nos seus domicílios. Acreditamos que a atitude proativa dos mesmos se deva, em parte, a uma população cada vez mais informada e esclarecida face às necessidades que poderão encontrar na sua velhice. Alguns utentes também demonstraram conhecimento sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a resposta que podem obter desta, sobre a possibilidade de recorrerem às Unidades Funcionais dos Centros de Saúde para solicitação de ajudas técnicas e alguns já se encontravam a receber apoio domiciliário pelas Cáritas diocesana ou Santas Casas da Misericórdia.

Neste sentido, torna-se imprescindível perceber a dinâmica de vida de cada pessoa, identificar pontos sensíveis e ajudar na sua reinserção no seio familiar, comunitária e profissional se for o caso. Como já foi referido, devido à pandemia provocada pelo vírus SARS CoV-2 o contacto dos profissionais de saúde com os familiares/pessoa de referência ficou reduzido ao estritamente necessário e as visitas encontravam-se suspensas, o que impossibilitou a inclusão presencial destes no processo de

reabilitação. Os utentes realizavam chamadas telefónicas e videochamadas com os familiares/pessoa de referência e estes momentos eram respeitados pelos profissionais de saúde garantindo aquele momento familiar.

Em vista, a dar resposta à competência específica acima descrita, enquanto estudante procurou-se documentar através da informação emanada pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e no Decreto-Lei nº 163/06, que visou a introdução de normas técnicas, no sentido de eliminar barreiras urbanísticas e arquitetónicas.

O EEER deve também sustentar o seu exercício profissional nos referenciais da disciplina. De modo, a sistematizar a assistência no âmbito da enfermagem foi necessária a adoção de uma linha de pensamento que fundamentasse a prática, sendo os referenciais teóricos os mais adequados, tais como Afaf Meleis e Dorothea Orem. A teoria tem como princípio melhorar a prática, ajudando a dar resposta aos desafios de um ambiente clínico complexo e em constante evolução, auxiliando ainda na tomada de decisão sustentada, quer em âmbito geral como especializado (Martins, Ribeiro & Silva, 2018b).

Alguns estudos denotam que os EEER dão primazia ao seu papel na facilitação de processos e de experiências humanas de transição, na promoção do autocuidado, na capacidade de adaptação da pessoa dando relevo à promoção da saúde, estabilidade e qualidade de vida, bem como à assistência, capacitação, apoio à pessoa, de forma a manter e readquirir o bem-estar de formas culturalmente significativas. (Martins, Ribeiro & Silva, 2018b).

Ainda no seguimento e de acordo com Martins, Ribeiro e Silva (2018b),

“as teorias que têm vindo a moldar o exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação são as de Afaf Meleis, Dorothea Orem, Callista Roy e Madeleine Leininger, sendo com base nesses referenciais teóricos que os enfermeiros vão validando as necessidades e os problemas reais e potenciais dos clientes e relativamente aos quais concebem e implementam planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em vista melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência, bem como minimizar o impacto das incapacidades instaladas, nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e/ou ortopédica” (p.47).

A Reabilitação tem por base um método educativo, que para ser eficaz e eficiente deve ser dinâmico, gradual, contínuo e motivador (Menoita, 2012). O EEER deve demonstrar conhecimento

aprofundado acerca das funções cardiorrespiratórias e motora, de modo a ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de maximização do desempenho, em virtude dos objetivos individuais de cada pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

No Estágio Final e em associação com os orientadores clínicos foi elaborado um Manual Básico para a pessoa com alteração da deglutição (Apêndice II) e um Poster sobre Reeducação dos Músculos da Face (Apêndice III) com a exemplificação dos exercícios que a pessoa deve realizar. Este último, foi criado após identificação da necessidade de exemplificação dos exercícios e a impossibilidade perante o uso inevitável de máscara. De forma a colmatar esta necessidade foi criado o póster garantindo a segurança da pessoa e profissional de saúde garantindo o decorrer do processo de reabilitação.

A concretização destas competências foi indissociável do recurso aos documentos elaborados pela Mesa do Colégio da Especialidade que auxiliaram no exercício profissional do ER e a constante documentação em evidência científica.

Os registos de Enfermagem de Reabilitação foram sempre realizados em sistema informático, com recurso também à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, de forma a assegurar uma linguagem científica e unificada. Estes representam uma forma de manifestar e demonstrar a intervenção do EEER, permitindo através da utilização e descrição de instrumentos de medida quantificar e evidenciar os resultados obtidos e os ganhos em saúde.

As estratégias delineadas e desenvolvidas juntamente com o projeto de intervenção profissional representam o desenvolvimento das competências específicas de especialista em Reabilitação concomitantemente às de Mestre.

A atribuição do título académico de mestre pressupõe a concretização do disposto em documento próprio, e tal se verificou na busca constante do conhecimento mais atual e adequado para compreender as situações, propor soluções baseadas em juízos, avaliar e implementar planos de cuidados; saber aplicar os conhecimentos nas situações concretas que hoje, na saúde, são complexas, pela comorbidade e envelhecimento, prejudicado pela doença, pelas questões éticas e sociais, recursos disponíveis e acessibilidade aos cuidados. Olhar a realidade, colher e organizar a informação, dar-lhe identidade através da dúvida e da interpretação dos fenómenos, identificar focos potenciadores e de fragilidade, prever um resultado, propor um caminho para o alcançar, intervir e avaliar para reformular, são etapas essenciais de um processo investigativo. Tivemos essa experiência com maior realce, através da realização do projeto de intervenção profissional que de forma abrangente, organizada e por etapas

nos fez deparar face o anteriormente referido e estimular para dar respostas seguras, fundamentadas, eficazes e eficientes às necessidades e dificuldades encontradas.

Ainda no seguimento da concretização das competências realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com título, qual o benefício da implementação de um programa de reabilitação na consulta pré-operatória da pessoa com artrose proposta para artroplastia do joelho? (Apêndice IV).

A atitude proativa e cientificamente fundada permitiu questionar as situações, procurar compreendê-las e agir mantendo a capacidade dialética de interrogar sempre a realidade. As singularidades têm traços que nos permitem perspetivar generalizações e procurar sempre novas respostas aos problemas que se nos deparam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a concretização do Mestrado em Enfermagem- área de Enfermagem de Reabilitação, faz parte a reflexão crítica sobre um conjunto de experiências de aprendizagem, teóricas e clínicas, que no seu conjunto foram enformando as competências necessárias a este nível académico. A realização de um projeto de intervenção profissional pretendeu dar a oportunidade de demonstrar a capacidade organização de um processo de intervenção fundado na metodologia científica.

Sendo que o processo de envelhecimento não é passível de ser alterado e a população mais prevalente nos internamentos hospitalares são os idosos com várias comorbilidades, acometidos por doença aguda/crónica e sujeitos a imobilidade com conseqüente diminuição da capacidade funcional, optou-se por intervir nesta população. Através do desenvolvimento de competências de EEER pretendeu-se auxiliar no processo de transição saúde-doença e intervindo de modo, a atrasar e minimizar as perdas, potenciar ganhos e capacitar, no sentido de o envelhecimento ser vivido associado a anos de vida saudáveis. Os referenciais teóricos, a TDAE Dorothea Orem e teoria das Transições de Afaf Meleis foram essenciais para orientação do exercício profissional.

O aumento da esperança de vida, a presença de comorbilidades e a inatividade física associada aos processos degenerativos decorrentes do envelhecimento ou de doença aguda potenciam alterações ao nível da propriocepção, do equilíbrio corporal e da força muscular. Estas alterações diminuem a capacidade funcional e modificam a independência até então detida pela pessoa. Neste sentido, identificou-se a necessidade de intervenção precoce na pessoa com equilíbrio corporal comprometido, através da implementação de um programa de reabilitação direcionado a melhorar o controlo postural, minimizar as alterações do equilíbrio e no sentido da maximização da funcionalidade. O equilíbrio é uma variável necessária em todo o ciclo vital, o que demonstra a necessidade de focar de forma consistente e estruturada numa área importante para a população idosa.

Como descrito no Regulamento n.º 392/2019, o EEER representa-se como um elemento-chave na intervenção precoce, auxiliando a pessoa acometida por doença aguda, crónica ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Atua, no sentido de melhorar a função, promover a independência, a máxima satisfação da pessoa preservando a autoestima ou concomitantemente auxiliando no processo de transição que envolve a adaptação à situação de doença e dependência. Formulou-se um plano de enfermagem de reabilitação direcionado a cada pessoa que participou no projeto, intervindo precocemente. A intervenção precoce na manutenção do equilíbrio

tem apresentado ganhos na capacidade funcional com previsível repercussão positiva na qualidade de vida da pessoa, dentro de um processo de reabilitação que se prolonga no tempo e que implica diversos contextos de cuidados.

O fator motivacional associado à relação terapêutica e assistência à pessoa no sentido da autoeficácia foram preponderantes para atingir os resultados esperados. O impacto positivo do projeto de intervenção delineado registou-se pela melhoria do Juízo dos diagnósticos de enfermagem levantados, numa performance ainda modesta, mas com potencial para melhorar. A aplicação de um programa de reabilitação direcionado à pessoa com equilíbrio corporal comprometido melhorou a pontuação do Índice de Barthel, promovendo e restaurando a capacidade funcional.

Variáveis como equilíbrio corporal, movimento muscular, força muscular, transferências e marcha estão intimamente relacionados e a promoção de uma irá beneficiar as outras conjuntamente, como podemos avaliar, por exemplo através da aplicabilidade do Índice de Barthel.

A educação para a saúde, no que diz respeito ao conhecimento e capacidade da população em executar o programa de reabilitação, foi aplicada no sentido de construção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades com o objetivo de capacitar a pessoa para que participasse ativamente na tomada de decisão e na melhoria da estratégia aplicada. A demonstração de empenho tornou-se assim recíproca, permitindo criar uma parceria com vista nos resultados esperados pelos intervenientes. Todos os ganhos obtidos foram valorizados e dado reforço positivo ao participante.

A execução do projeto de intervenção profissional mostrou-se importante e impulsionadora para a análise dos documentos emanados pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. O recurso em associação dos documentos referidos auxiliou a elaboração e concretização do projeto. As limitações do projeto são o reduzido número de participantes; o curto tempo de internamento na Unidade de AVC; desenho do projeto inicial que pretendia alcançar utentes em período pós Unidade de AVC; as restrições criadas pela pandemia que parecem ter influenciado a motivação e a ausência dos cuidadores informais.

Verificou-se escassez de literatura sobre a atuação do EEER e por isso deveriam ser realizados trabalhos de investigação, seja sob a forma de aplicação de projetos, em estudos de caso, seja na forma de estudos analíticos com populações mais numerosas, em unidade de cuidados agudos e subagudos com acompanhamento até ao momento de alta, de modo a corroborar a importância dos exercícios para o treino de equilíbrio prescrito pelo EEER.

O desenvolvimento do presente relatório e estágio final constituiu-se um processo complexo, dinâmico e com necessidade de sucessivas reavaliações e adaptações face as especificidades do local de estágio e participantes do projeto. Contudo, a concretização de ambos conduziu à reflexão sobre a prática, sobre os conhecimentos, as habilidades e as competências adquiridas e em desenvolvimento face o domínio especializado em reabilitação e de mestre.

O estágio é por excelência, um agente mobilizador dos conhecimentos adquiridos previamente em contexto escolar. Conhecimentos esses que permitem compreender a globalidade dos cuidados prestados aos indivíduos, enquanto membros de uma família, grupo ou comunidade. Paralelamente permite adquirir também habilidades profissionais e pessoais, assim como atitudes e valores, que vão facilitar a socialização profissional. O contexto real de cuidados, é uma realidade dinâmica, que exige do discente uma aprendizagem contextualizada e não por imitação. Esta aprendizagem deve ser refletida de forma a ser mobilizada para outras situações.

A partir da realidade que observamos e pela experiência que vamos adquirindo, começamos a questionar, a refletir sobre as práticas e a compreender o porquê de determinado agir em situação, interiorizando a realidade dos cuidados especializados. É nesta interação entre discente, a formação e o contexto na área de especialização que os processos formativos decorrem, desenvolvendo em nós discentes a capacidade de resolução de problemas e de pensamento crítico mais direcionado que anteriormente. Os processos colaborativos, interativos e de reflexão estabelecidos entre discente, professor orientador e enfermeiro supervisor promoveram mudanças construtivas e estruturantes ao longo dos estágios. Neste sentido, consideramos ter conseguido dar resposta aos objetivos do Estágio final e aos objetivos delineados para o Relatório de Estágio.

No decurso dos estágios adotou-se sempre uma postura dignificadora da profissão, participativa e proactiva no seio da equipa multidisciplinar, promovendo bons ambientes de cuidado de forma a interligar profissionais e utentes em virtude da saúde. A postura descrita, constitui-se como um determinante na construção e desenvolvimento dos conhecimentos e competências.

Falar do final deste percurso e não associar ao contexto pandémico que vivenciámos e que continua a decorrer, era de todo impossível. Muitos enfermeiros foram mobilizados dos serviços onde exerciam funções e tiveram de se adaptar aos novos desafios organizacionais, pessoais, éticos e formativos decorrentes da pandemia. Esta adaptação denotou-se de muita instabilidade, receio e foi demorada exigindo um nível, quase que perfeito, de resiliência que muitos de nós ainda não detínhamos, mas sem dúvida adquirimos. Este ganho em resiliência decorreu de uma experiência não

positiva em prejuízo do bem-estar físico e mental de todos os implicados, de uma forma avassaladora. Cada pessoa fez e retirou desta experiência noções particulares que modificaram a sua forma de ser e estar perante a vida pessoal e profissional e que, possivelmente, conduziram à redefinição de prioridades.

Enquanto profissionais de saúde a nossa realidade foi dura, intensa e educativa. Num curto período de tempo tivemos de lidar com questões organizacionais, reestabelecer equipas e estruturar métodos de trabalho face um vírus em parte desconhecido e que se demonstrava implacável na propagação, intensidade e gravidade de sintomatologia, com pressão crescente nos sistemas de saúde. Vivenciámos momentos de sobrecarga de trabalho, por aumento das necessidades de cuidados de saúde, diminuição de recursos humanos e por vezes materiais disponíveis, exaustão física e mental e dificuldade nos processos de tomada de decisão. Porém, de tudo se retira ensinamentos e nesse sentido adquirimos novos conhecimentos, procurámo-nos manter informados e instruídos com descobertas recentes e tentar em conformidade com as nossas habilidades e capacidades assegurar a qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde.

Tentámos assegurar com veemência as relações terapêuticas e tornar o processo de internamento dos utentes o menos distante, que nos era possível, das pessoas.

De um modo geral, a pandemia acarretou várias mudanças e exigências organizacionais dentro das instituições de saúde, ensino e em toda a sociedade. Essas mudanças e exigências dificultaram a prossecução de algumas atividades já em curso, levaram à suspensão de outras, modificaram e dificultaram o normal curso da ação das instituições e tiveram impacto nos docentes e discentes.

As expectativas detidas no início do curso de mestrado modificaram-se devido às alterações que ocorreram ao nível das instituições de ensino que, sendo compreensível, ocorreram em consequência da pandemia, mas que interferiram na qualidade do ensino. No seguimento, também nas instituições de saúde se verificaram diversas mudanças que influenciaram o decorrer dos estágios, tenham sido em termos de recursos técnicos, de espaço físico, aceitação do próprio estágio, necessidade de adaptação da prestação de cuidados a uma nova realidade e a verificação de uma população de utentes com características diferentes à encontrada antes da pandemia.

Com base no que foi referido o percurso realizado não foi o esperado e esteve caracterizado por diversos constrangimentos e exaustão física e mental, que influenciaram de forma negativa a capacidade de prossecução do curso de mestrado. No entanto, o apoio familiar, de amigos, da orientadora de estágio e colegas de curso de mestrado foi essencial para continuar deste percurso,

associado ao gosto por aprender e crescimento profissional e pessoal. Muitos parabéns aos estudantes e à equipa docente do Curso de Mestrado em Enfermagem área de Enfermagem de Reabilitação, que sempre se demonstrou resiliente e unida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, S. S. E., & Caldas, C. P. (2008). Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: Um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(4), 324-330.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-82.
- Alcobia A., Ferreira R., Soares M., & Vieira J. (2019). Enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com andar comprometido, *Journal of Aging & Innovation*, 8(2), 28- 43.
- Antunes, J. E., Justo, F. H. O., Justo A. F. O., Ramos, G. C., & Prudente, C. O. M., (2016). Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Rev Fisioter S Fun*, 5(1), 30-41.
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas* (164-233). LIDEL.
- Barata, L. F. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao longo da vida Profissional – A importância da Formação Contínua. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (123-135). Lusodidacta.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem*. Quarteto.
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207.
- Bourbon, M., Alves, A., & Rato, Q. (2019). *Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Borella, M., B., & Saccheli, T. (2009). Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociência*, 17(2), 161-169.

- Cantante, A. P. S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. S. A. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261-272.
- Carneiro, A. V. (2009). Cuidados de Saúde Baseados na Evidência e nas Normas de Orientação Clínica. In L. Campos, M. Borges & R. Portugal (Eds.), *Governação dos Hospitais*. Casa das Letras.
- Carvalho, E., Mota, S., Silva, G. & Filho, J. (2011). A postura do idoso e suas implicações clínicas: Artigo de Revisão. *Geriatrics & Gerontologia*, 5(3), 170-174.
- Cheng, Y. P., Birditt, K. S., Zarit, S. H., & Fingerman, K. L. (2015). Young Adults’ Provision of Support to Middle-Aged Parentes. *Journals of Gerontology – Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(3), 407-416.
- Coelho, E., Marques, M. & Marranita, S. (2014). *Projeto de Enfermagem de Reeducação*. Serviço de Especialidade Médicas. Hospital do Sul do País.
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da função sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reeducação  Pessoa ao longo da vida (227-252)*. Lusociência.
- Comissão Europeia (1997). *Relatório e recomendações sobre a formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais na União Europeia*. Bruxelas.
- Comissão Europeia (2021). *Promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações. Livro Verde sobre o Envelhecimento*. Bruxelas.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015): *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O treino propriocetivo e de equilíbrio postural no idoso para a prevenção de quedas: Scoping Review. *RPER*, 2(1), 66-77.
- Cunha, F. C. M., Cintra, M. T. G., da Cunha, L. C. M., Couto, . A. B., & Giacomini, K. C. (2009). Fatores que predispõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia*, 12(3), 475-487.
- Decreto de lei n 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: I Série A, n 205/1996. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

- Decreto-Lei nº 104/98 do Ministério da Saúde. (1998). Diário da República: I Série A, nº 93/1998. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 163/06 do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. (2006). Diário da República: I Série A, nº 152/2006. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/163/2006/08/08/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 115/13 do Ministério da Educação e da Ciência. (2013). Diário da República: I Série, nº 151/2013. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/115/2013/08/07/p/dre/pt/html>
- Dias, M. F. P. B. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Lusociência.
- Diogo, A. & Moura, M. (2016). *Manual do Cuidador - PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO DOMICÍLIO*. Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. Direção Regional da Solidariedade Social.
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. LIDEL.
- Direcção-Geral da Saúde (2011). Norma n.º 054. *Prescrição de Medicina Física e Reabilitação*. Departamento da Qualidade na Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Ministério da Saúde.
- European Union (2019). *Ageing Europe — looking at the lives of older people in the EU*. Population and social conditions Collection: Statistical books.
- Eurostat Statistics Explained (2021, 20 de julho). Archive: Estrutura populacional e envelhecimento. https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&direction=next&oldid=537287
- Eurostat Statistics Explained (2018, 20 de julho). Archive: Estrutura populacional e envelhecimento. https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&direction=prev&oldid=408411
- Figueiredo, K. M. O. B., Lima, K. C., & Guerra, R. O. (2007). Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Revista brasileira de Cine antropometria & Desempenho Humano*, 9(4), 408-413.

- Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Instituto Piaget.
- Fujino, Y., Amimoto, K., Fukata, K., Ishihara, S., Makita, S., & Takahashi, H. (2016). Does training sitting balance on a platform tilted 10° to the weak side improve trunk control in the acute phase after stroke? A randomized, controlled trial. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 1(23), 43-49.
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. L. (2009). Processo de Enfermagem: Da Teoria à prática assistencial. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13(1), 188-193.
- George, F. (2011) Sobre determinantes de saúde. Direção-Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>
- Gomes, B. P. (2006). Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2), 193-204.
- Haruyama, K., Kawakami, M., & Otsuka, T. (2017). Effect of Core Stability Training on Trunk Function, Standing Balance, and Mobility in Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 31(3), 240-249.
- Hospital do Sul do País (2021, 20 de maio). Informação institucional.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação*. (2ª ed.). Lusociência.
- Horta, M. A. R., Nozes, A. J., Paulo, C., Vilardouro, M. E., Marques, J. M., Sousa, L. M. M. (2020). Fatores de risco de queda na pessoa com Acidente Vascular Cerebral. *RPER*, 3(1), 14-20.
- INE (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa.
- INE (2021, 20 de julho). Tábuas de mortalidade para Portugal 2018-2020. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=514059230&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nurses (2007). *Statement position in Nursing Research*. Adotado em 1999 e revisto em 2007.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. Artmed.

- Lee, M. M., Lee, K. J., & Song, C. H. (2018). Game-Based Virtual Reality Canoe Paddling Training to Improve Postural Balance and Upper Extremity Function: A Preliminary Randomized Controlled Study of 30 Patients with Subacute Stroke. *Med Sci Monit*, 24, 2590-2598.
- Lee, J., Jeon, J., Lee, D., Hong, J., Yu, J., & Kim, J. (2020). Effect of trunk stabilization exercise on abdominal muscle thickness, balance and gait abilities of patients with hemiplegic stroke: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 47, 435–442.
- Leme, G., Carvalho, I. & Scheicher, M. (2017). Improvement of postural balance in elderly women with the use of additional sensory information. *Fisioter Pesqui*, 24(1), 68-73.
- Lobo, A. J. S. (2012). Relação entre aptidão física, atividade física e estabilidade postural. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 123-130.
- Lopes, M. (2005). Utentes e o Enfermeiro: Construção de uma relação [Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar] Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Martins, R., Campos, D., Moreira, H., Albuquerque, C., Andrade, A., & Martins, C. (2016). Prevalência e determinantes do risco de queda em idosos institucionalizados. *Millenium*, 2(1), 185-192.
- Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, J. (2018a). O Contributo dos Enfermeiros Especialistas e Enfermagem de Reabilitação para a Qualidade dos Cuidados. *RPER*, 1(1), 22-29.
- Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, J. (2018b). Orientações conceituais dos Enfermeiros Especialistas. *RPER*, 1(2), 42-48.
- Medical Research Council (1943). Aids to the Investigation of Peripheral Nerve Injuries (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45supersedingwarmemorandum-no-7/>.
- Mendonça, S. S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar*. 1ª edição. Editorial.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.

- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitao. (2014a). *Core de Indicadores por Categoria de Enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitao*. Ordem dos Enfermeiros.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitao. (2014b). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitao*. Ordem dos Enfermeiros.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitao. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentao dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitao*. Ordem dos Enfermeiros.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitao. (2018). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitao*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ministério da Saúde (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciao*. Medicina Física e de Reabilitao.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*, Portugal.
- Nunes, L. (2013). *Consideraes ticas a atender nos trabalhos de investigao acadmica de enfermagem* [Departamento de Enfermagem] Instituto Politécnico de Setúbal.
- Oliveira, A. S. O., Trevizan, P. F., Bestetti, M. L. T., & Melo, R. C. (2014). Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 17(3), 637-645.
- ONU (1948). Universal Declaration of Human Rights. http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados  pessoa com alteraes da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulao*. Ordem dos Enfermeiros.
- WHO (2013). *Health 2020 – An European policy framework and strategy for the 21st century*. World Health Organization.
- Padilha, J. M. S. C. & Silva, R. P. M. (2020). Impacto da pandemia por covid-19 nos enfermeiros de reabilitao portugueses. *RPER*, 3(2), 102-107.

- Pereira, R., Martins, M., Gomes, B., Aguilera, J. & Santos, J. (2018). A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Promoção da Acessibilidade. *RPER*, 1(2), 66-72.
- Petronilho, F., Pinheiro, E. & Machado, M. (2021). Transições, Promoção de Independência/Autonomia no Autocuidado e do Papel do Cuidador Familiar. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à pessoa com doença aguda* (101-121). Lusodidacta.
- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019.
- Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 85.
- Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação na idade adulta e velhice. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas* (164-233). LIDEL.
- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A. & Pestana, H. (2020). Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no ganho do Equilíbrio Postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso. *RPER*, 3(s1), 5-17.
- Santos J. T., Campos, C. M. S. & Martins M. M. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação. *RPER*, 3(2), 36-43.
- Schoeller, S., Martins, M., Ribeiro, I., Lima, D., Padilha, M. & Gomes, B. (2018). Breve Panorama Mundial da Enfermagem de Reabilitação. *RPER*, 1(1), 6-12.
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2017). *Guia das Unidades de AVC*. Porto.
- Song, G., & Heo, J. (2015). The effect of modified bridge exercise on balance ability of stroke patients. *J. Phys. Ther. Sci*, 27, 3807–3810.
- Sousa, L., Martins, M. & Novo, A., (2020). Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *RPER*, 3(1), 64-69.
- Souza, A. B. S. & Ribeiro, D. S. (2012) Análise De Escalas Funcionais Para Classificação Do Risco De Quedas Em Idosos. *Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física*, 1(1), 1-6.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados

**4.º Mestrado em Associação
Especialidade Enfermagem de Reabilitação**

Projeto de Intervenção Profissional: Programa de reeducação funcional na recuperação do equilíbrio corporal – Contributo da Enfermagem de Reabilitação

Colheita de Dados

Anamnese

Idade:

Sexo:

Estado Civil/Agregado familiar:

Motivo de Internamento:

História Clínica Atual:

Antecedentes patológicos:

Condição e acessibilidade da residência:

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA E ORIENTAÇÃO

ABERTURA OCULAR

Critério	Avaliação	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação		Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta		Ao som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos		À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência		Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local		Não testável	NT

RESPOSTA VERBAL

Critério	Avaliação	Classificação	Pontuação
Resposta verbal relativamente ao nome, local e data		Orientada	5
Resposta não orientada, mas comunicação coerente		Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis		Palavras	3
Apenas gemidos		Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência		Ausente	1
Fator de interfere com a comunicação		Não testável	NT

MELHOR RESPOSTA MOTORA

Critério	Avaliação	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações		A ordens	6

Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço		Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal		Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal		Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo		Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores interferência		Ausente	1
Fator que limita resposta motora		Não testável	NT

AVALIAÇÃO PUPILAR

Critério	Avaliação	Classificação	Pontuação
Nenhuma pupila reage ao estímulo de		Inexistente	2
Apenas uma pupila reage ao estímulo de		Parcial	1
As duas pupilas reagem ao estímulo de		Completa	0

Valor da Escala de Coma de Glasgow – Avaliação Pupilar = Valor da escala conforme atualizações de 2018

Pontuação mínima 1 e Pontuação máxima 15

Fonte: <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

AVALIAÇÃO DA DOR

Escala Numérica

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

Fonte: Circular Normativa A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor (DGS, 2005).

Nota de campo:

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

Grau	Descrição
0	Sem contração
1	Mínima contração
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra a gravidade
4	Movimento ativo contra a gravidade e resistência
5	Força normal

Fonte: <https://www.mrc.ac.uk/research/facilities-and-resources-for-researchers/mrcscales/mrc-muscle-scale/>

Nota de campo:

MOVIMENTO MUSCULAR

Critérios de Diagnóstico	Sim/Não
Controlo de movimento;	
Diminuição do movimento muscular;	
Mobiliza ativamente.	

Fonte:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Nota de campo:

AVALIAÇÃO DO TÔNUS

- Escala de Ashworth modificada	
Grau	Observação clínica
0	Tônus normal.
1	Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
1+	Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
2	Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.
3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.
4	Partes rígidas em flexão ou extensão.

Fonte: <http://ptjournal.apta.org/content/67/2/206.long>

Nota de campo:

AVALIAÇÃO DO EQUILIBRIO

Critérios de Diagnóstico	Sim/Não
Tem equilíbrio dinâmico sentado	
Tem equilíbrio estático sentado	
Tem equilíbrio dinâmico em pé	
Tem equilíbrio estático em pé	

Fonte:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Nota de campo:

ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG

1. Posição sentada para posição em pé.
Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.
 4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.
 3 capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.
 2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.
 1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.
 0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.

2. Permanecer em pé sem apoio
Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.
 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
 3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.
 2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
 1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item 3. Continue com o item 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.
Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos.
 4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
 3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.
 2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos.
 1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos.
 0 incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.

4. Posição em pé para posição sentada.
Instruções: Por favor, sente-se.
 4 senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.
 3 controla a descida utilizando as mãos.
 2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.
 1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.
 0 necessita de ajuda para sentar-se.

5. Transferências.
Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra, para uma transferência em pivô. Peça ao paciente que se transfira de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras ou uma cama e uma cadeira.
 4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.
 3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
 2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.
 1 necessita de uma pessoa para ajudar.
 0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

- 4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.
- 3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.
- 2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos.
- 1 incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.
- 0 necessita de ajuda para não cair.

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.

Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.

- 4 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.
- 3 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.
- 2 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 1 necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.
- 0 necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.

8. Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé.

Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar à frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que consegue. Quando possível peça ao paciente que use ambos os braços, para evitar rotação do tronco.

- 4 pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.
- 3 pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.
- 2 pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.
- 1 pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.
- 0 perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé.

Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.

- 4 capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.
- 3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.
- 2 incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.
- 1 incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.
- 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.

Instruções: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do ombro esquerdo, sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento.

- 4 olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.
- 3 olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.
- 2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.
- 1 necessita de supervisão para virar.
- 0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

11. Girar 360°

Instruções: Gire completamente em torno de si mesmo. Pausa. Gire completamente em torno de si mesmo para o lado contrário.

- 4 capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.
- 3 capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.
- 2 capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.

- 1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.
- 0 necessita de ajuda enquanto gira.

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.

Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho 4 vezes.

- 4 capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.
- 3 capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.
- 2 capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.
- 1 capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.
- 0 incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.

Instruções: Demonstre para o paciente. Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- 4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.
- 0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.

14. Permanecer em pé sobre uma perna.

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.

- 4 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.
- 3 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.
- 2 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.
- 1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.
- 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.

TOTAL: _____

Nota de campo:

Fonte: <http://revistas.es.estacio.br/index.php/rbraf/article/view/123>

Índice de Barthel

Avaliação		
Parâmetros		
Alimentação Independente: 10 Precisa de alguma ajuda (por exemplo cortar os alimentos): 5 Dependente: 0		
Transferências Independente: 15 Precisa de alguma ajuda: 10 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se: 5 Dependente, não tem equilíbrio sentado: 0		
Toalete Independente a fazer a barba, escovar os dentes, lavar a cara: 5 Dependente, necessita de alguma ajuda: 0		
Utilização do WC Independente: 10 Necessita de alguma ajuda: 5 Dependente: 0		
Banho Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda): 5 Dependente, necessita de alguma ajuda: 0		
Mobilidade Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses): 15 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda: 10 Independente, em cadeira de rodas, incluindo esquinas: 5 Imóvel: 0		
Subir e Descer Escadas Independente, com ou sem ajudas técnicas: 10 Precisa de ajuda: 5 Dependente: 0		
Vestir Independente: 10 Com ajuda: 5 Impossível: 0		
Controlo intestinal		

Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar: 10 Acidente ocasional: 5 Incontinente ou precisa do uso de clisteres:0		
Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho: 10 Acidente ocasional (máximo uma vez por semana): 5 Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho: 0		
Total		

Índice de Barthel: 90-100 Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; 0-2 Totalmente dependente.

Nota de campo:

**Apêndice II - Manual de Bolso para a pessoa com alteração da
deglutição**



Unidade de AVC

**Manual de Bolso para a pessoa
com alteração na deglutição**

*Estratégias compensatórias e
terapêuticas*

JUNHO 2021

Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

4º Curso de Mestrado em Enfermagem, IP Beja

Discente Enfermeira Patrícia Gonçalves

Sob a orientação de: EEER

Apêndice III - Poster Reeducação dos Músculos da Face



REEDUCAÇÃO DOS MÚSCULOS DA FACE

Unidade de AVC

Importante saber:

- ⇒ O processo de recuperação poderá ser longo e necessita de cuidado, dedicação e concentração;
- ⇒ Deve realizar estes exercícios, pelo menos, duas vezes ao dia (de manhã e à tarde). Realizar 10 vezes cada exercício;
- ⇒ Não faça os exercícios depressa nem com muita força. Estes exercícios devem ser realizados de forma lenta para controlar os movimentos;
- ⇒ Deve realizar os exercícios em frente ao espelho, de modo, a observar com atenção os movimentos.

UNIR AS SOBRANCELHAS



ENRUGAR A TESTA



ELEVAR AS SOBRANCELHAS



FECHAR OS OLHOS
GROSSEIRAMENTE



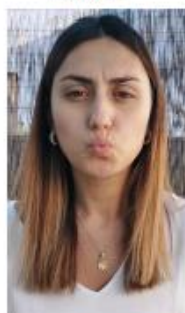
SORRIR



MOSTRAR OS DENTES



ASSOBIAR



ENCHER A BOCA DE AR



Apêndice IV – Revisão Sistemática da Literatura

**QUAL O BENEFÍCIO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NA CONSULTA PRÉ-
OPERATÓRIA DA PESSOA COM ATROSE PROPOSTA PARA ATROPLASTIA DO JOELHO? - REVISÃO
SISTEMÁTICA**

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**QUAL O BENEFICIO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
REABILITAÇÃO NA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DA PESSOA
COM ARTROSE PROPOSTA PARA ARTROPLASTIA DO JOELHO?**

REVISÃO SISTEMÁTICA

**CUL ES EL BENEFICIO DE IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN EN LA CONSULTA PREOPERATORIA DE UNA
PERSONA CON ARTROSIS PROPUESTA PARA ARTROPLASTIA DE
RODILLA?**

REVISIÓN SISTEMÁTICA

**WHAT IS THE BENEFIT OF IMPLEMENTING A REHABILITATION
PROGRAM IN THE PRE-OPERATIVE CONSULTATION OF A
PERSON WITH ARTHROSIS PROPOSED FOR KNEE
ARTHROPLASTY?**

SYSTEMATIC REVIEW

André Moraes

Patrcia Gonçalves

QUAL O BENEFÍCIO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DA PESSOA COM ATROSE PROPOSTA PARA ATROPASTIA DO JOELHO? - REVISÃO SISTEMÁTICA

Sónia Reis

QUAL O BENEFÍCIO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DA PESSOA COM ATROSE PROPOSTA PARA ATROPASTIA DO JOELHO? - REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

Objetivo: Pretende-se analisar artigos científicos sobre o benefício da implementação de um programa de reabilitação na consulta pré-operatória da pessoa com artrose proposta para artroplastia total do joelho.

Método: Desenvolveu-se uma revisão sistemática da literatura através do motor de busca EBSCO, optou-se por estudos originais com acesso ao texto completo, analisados por pares, terem sido publicados entre junho de 2018 e junho de 2021, e artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Resultados: Os resultados da pesquisa revelam que o treino pré-operatório confere benefícios no doente quer seja no imediato, quer seja no período pós-operatório. Ainda que sem relevância estatística, os estudos analisados indicam uma melhoria na mobilidade e nos resultados pós-operatórios.

Conclusão: O treino pré-operatório, face a artroplastia do joelho, demonstra-se de elevada importância por conduzir à diminuição da ansiedade e aumentar o nível de mobilidade no pós-operatório. Estudos futuros devem incidir sobre o treino pré-operatório e a possibilidade de redução de sinais e sintomas e o protelar de intervenção cirúrgica.

Descritores: Rehabilitation; Arthroplasty; Nursing; Preoperative Exercise.

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de tica do Instituto Politécnico de Beja.



COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

(CEIPBeja)

PARECER N.º 23/2021

Sobre o estudo Estruturação de um programa de reeducação funcional para recuperação do equilíbrio postural - Contributo da Enfermagem de Reabilitação”

A- RELATÓRIO

A.1. O júri da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja (CE IPBeja) constituído para o efeito iniciou o Processo de Parecer nº **23/2021**, com base no pedido formulado pelo requisitante, **Patricia Isabel Solda Gonçalves**, relativo ao estudo **“Estruturação de um programa de reeducação funcional para recuperação do equilíbrio postural - Contributo da Enfermagem de Reabilitação”**.

O pedido de parecer remetido à Comissão de Ética do IP Beja, relativo ao desenvolvimento de um inquérito com o objectivo de identificar os ganhos em saúde decorrentes do programa de reabilitação estruturado, pelo EEER, para o doente de fratura neurológica com equilíbrio corporal comprometido, com a tónica nos utentes com alterações neurológicas, em contexto de internamento, com equilíbrio corporal comprometido e necessidade de intervenção do EEER.

Os objetivos são claros, e o impacto do estudo poderá levar a uma melhoria do conhecimento do problema, com o benefício da comunidade idosa, está definida a metodologia, o levantamento de dados, os instrumentos de recolha de dados e bem como dos métodos de tratamento da informação. O procedimento que assegura a confidencialidade do estudo, a utilização do modelo de consentimento informado e o trabalho de recolha de dados está garantido.

A.2. Fazem parte do processo os seguintes documentos:

Texto genérico com a identificação do Investigador, do enquadramento da temática, dos objetivos e procedimentos. O consentimento informado, Parecer do Responsável da Proteção de Dados

B- IDENTIFICAO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAES TICAS

B.1. O Inquérito e a forma como são abordados os sujeitos do estudo estão definidos.

B.2. Os modelos de consentimento informado para a participao no estudo constam do processo.

B.3. A declarao do Investigador Principal assegura a completa salvaguarda do cumprimento dos preceitos éticos a assumir na investigao.

C- CONCLUSÕES

Ouidos os esclarecimentos e as advertências do responsável da Proteo de Dados, entende esta Comissão que deve dar parecer favorável.

Os relatores:



Silvana Ferro Palma

JOSÉ PEDRO
RIBEIRO DE
MATOS
FERNANDES

Assinado de forma
digital por JOSÉ
PEDRO RIBEIRO DE
MATOS FERNANDES
Dados: 2021.09.10
15:38:12 +01'00'

José Pedro Fernandes

Assinado por : **MARIA DULCE DOS SANTOS
SANTIAGO**
Num. de Identificao: B1062082698

e Dulce Santiago

Beja, 9 de Setembro de 2021