



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**“ Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na qualidade de vida da pessoa com alterações do foro neurológico”**

**Telma Sofia Calixto Pereira Graça**

**Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Em Enfermagem de Reabilitação**

**Relatório de Estágio**

**Setúbal, 2023**

*Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

Instituto Politécnico de Castelo Branco

**“Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na qualidade de vida da pessoa com alterações do foro neurológico”**

**Telma Sofia Calixto Pereira Graça**

**Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Em Enfermagem de Reabilitação**

**Relatório de Estágio**

**Setúbal, 2023**

## **“Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na qualidade de vida da pessoa com alterações do foro neurológico”**

**Telma Sofia Calixto Pereira Graça**

### **Júri:**

**Presidente:** Professora Maria Alice Góis Ruivo, Professora Coordenadora, Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde (IPS-ESS)

**Arguente:** Professor José Manuel Afonso Moreira, Professora Adjunto, Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (UÉ-ESESJD)

**Orientador:** Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco

## **RESUMO**

Este relatório espelha o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de competências de mestre, tendo como objetivo descrever esse processo no qual foi desenvolvida uma intervenção sistematizada de enfermagem de reabilitação que abordou os “cuidados de enfermagem de reabilitação na qualidade de vida da pessoa com alterações do foro neurológico” nos doentes internados no contexto onde decorreu o estágio final.

Seguiu-se a metodologia de investigação-ação, em que os doentes com problemas neurológicos foram alvo de intervenção individualizada e que compreendeu dois momentos de avaliação. Dos cinco doentes incluídos no projeto de intervenção, quatro tiveram uma evolução positiva na capacidade funcional e um doente não obteve evolução nesta capacidade. No que se refere à perceção de qualidade de vida registou-se uma evolução positiva na perceção de todos os doentes, o que pode ser atribuído à intervenção em termos de cuidados diferenciados em enfermagem de reabilitação.

A reflexão crítica sobre a análise do contexto de estágio, o envolvimento no mesmo, a identificação de uma problemática concreta e as atividades desenvolvidas com os doentes e os seus resultados permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas.

**PALAVRAS – CHAVE:** Enfermagem de Reabilitação; Qualidade de Vida; Transtorno Neurológico

## **ABSTRACT**

This report reflects the process of acquiring and developing competences as a specialist nurse in rehabilitation nursing and master's competences, with the aim of describing this process in which systemized rehabilitation nursing intervention was developed that addressed "Rehabilitation in the quality of life of people with neurological disorders" in patients hospitalized in the context where the final stage took place.

The research-action methodology was followed, in which patients with neurological problems were the target of individualized intervention and which comprized two evaluation moments. Of the five patients included in the intervention project, four had a positive evolution in functional capacity and one patient had no evolution in this capacity. Regarding to the perception of quality of life, there was a positive evolution in the perception of all patients, which can be attributed to the intervention in terms of differentiated care in rehabilitation nursing.

Critical reflection on the analysis of the internship context, the involvement in it, the identification of a concrete problem and the activities developed with patients and their results allowed the acquisition and development of the recommended skills.

**KEYWORDS:** Rehabilitation Nursing; Quality of Life; Nervous System Diseases.



## **AGRADECIMENTOS**

Um trabalho de mestrado é uma viagem que se caracteriza como sendo uma experiência única, permeada por desafios, tristezas, inseguranças e alegrias, mas apesar de ser uma viagem que se fez sozinha teve o contributo de várias pessoas, que para mim são indispensáveis e que sem o seu apoio, energia e incentivo não se teria tornado realidade. Às quais serei eternamente grata.

Especialmente à minha orientadora Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, agradeço a sua orientação, pautada por elevado nível científico, sempre com enorme interesse e com uma visão crítica e construtiva, que de forma muito saudável me permitiu ser mais dedicada e consciente do meu percurso.

À minha família, com enorme carinho à minha mãe Teresa Calixto e ao meu padraсто José Martins, pelo seu apoio incondicional e que, sempre com enorme amizade, ouviram com imensa paciência os meus desabafos e me abraçaram sempre que necessário.

Ao meu namorado, Carlos Reis, pelo amor, apoio incondicional e companheirismo. Teve uma enorme compreensão e generosidade em todo este processo.

Às minhas enfermeiras orientadoras em contexto de estágio, a enfermeira Fátima Matos e a enfermeira Inês Barrocas, pela enorme competência, disponibilidade e encorajamento nesta difícil jornada, bem como o sentido reflexivo em todos os momentos de partilha, contribuindo para o meu aperfeiçoamento.

Às colegas que tive o privilégio de conhecer, agradecer o bem que recebi é retribuir um pouco do bem que nos foi feito, são elas: Cátia Gonçalves, Carina Santos, Joana Madeira, Leonor Sequeira, Sofia Paradela, Daniela Olho Azul e Joana Neves.

A todos os meus amigos, que compreenderam a minha pouca disponibilidade, que me ofereceram o seu tempo, me facilitaram as trocas de turno, que ouviram as minhas lamentações e que acima de tudo me incentivaram a nunca desistir.

A todos eles dedico este trabalho.

## **Índice de Apêndices e Anexos**

<b>APÊNDICE 1-</b> DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO .....	101
<b>ANEXO 1</b> – MINI MENTAL STATE EXAMINATION.....	111
<b>ANEXO 2</b> – ÍNDICE DE BARTHEL .....	114
<b>ANEXO 3</b> – EVA.....	117
<b>ANEXO 4-</b> ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA PARA UTENTES QUE SOFRERAM AVC.....	119
<b>ANEXO 5</b> – APROVAÇÃO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULSNA .....	122
<b>ANEXO 6</b> – EVOLUÇÃO DO DOENTE A.....	126
<b>ANEXO 7</b> – EVOLUÇÃO DO DOENTE B.....	130
<b>ANEXO 8</b> – EVOLUÇÃO DO DOENTE D .....	152
<b>ANEXO 9</b> – EVOLUÇÃO DO DOENTE C.....	154
<b>ANEXO 10</b> – EVOLUÇÃO DO DOENTE E.....	160
<b>ANEXO 11</b> – SUPERFÍCIE DE TRABALHO .....	165

## **Índice de quadros**

<b>Quadro n.º1</b> - Diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados .....	47
<b>Quadro: n.º2</b> - Quadro perceção da qualidade de vida através da EQVE-AVC.....	56
<b>Quadro n.º 3</b> - Evolução da perceção de qualidade de vida do doente A .....	61
<b>Quadro n.º 4</b> - Evolução da perceção de qualidade de vida do doente B .....	65
<b>Quadro n.º5</b> - Evolução da perceção de qualidade de vida do doente C .....	69
<b>Quadro n.º 6</b> - Evolução da perceção da qualidade de vida do doente D .....	73
<b>Quadro n.º 7</b> - Evolução da perceção de qualidade de vida do doente E.....	77
<b>Quadro n.º 8</b> - Dados do Doente A .....	127
<b>Quadro n.º 9</b> - MMSE do Doente A.....	127
<b>Quadro n.º 10</b> - índice de Barthel do Doente A .....	127
<b>Quadro n.º11</b> - EVA do Doente A.....	133
<b>Quadro n.º 13</b> - Dados dos Doente B.....	131
<b>Quadro n.º 14</b> - MMSE do Doente B .....	131
<b>Quadro n.º 15</b> - índice de Barthel do Doente B .....	131
<b>Quadro n.º16</b> - EVA do Doente B.....	133
<b>Quadro n.º17</b> - Sinais Vitais do Doente B .....	133
<b>Quadro n.º 18</b> - Dados do Doente C .....	134
<b>Quadro n.º 19</b> - MMSE do Doente C .....	134
<b>Quadro n.º 20</b> - índice de Barthel do Doente C .....	134
<b>Quadro n.º21</b> - EVA do Doente C.....	137

<b>Quadro n.º22</b> - Sinais Vitais do Doente C.....	137
<b>Quadro n.º 23</b> - Dados do Doente D .....	139
<b>Quadro n.º 24</b> - MMSE do Doente D.....	139
<b>Quadro n.º 25</b> - índice de Barthel do Doente D.....	139
<b>Quadro n.º26</b> - Escala Visual Analógica do Doente D .....	141
<b>Quadro n.º27</b> - Sinais Vitais do Doente D .....	141
<b>Quadro n.º 28</b> - Dados do Doente E.....	143
<b>Quadro n.º 29</b> - MMSE do Doente E .....	143
<b>Quadro n.º 30</b> - índice de Barthel do Doente E .....	144
<b>Quadro n.º31</b> - EVA do Doente E .....	145
<b>Quadro n.º32</b> - Sinais vitais do Doente E .....	145

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO E ANÁLISE DE ENVOLVIMENTO</b> .....	20
<b>1.1 ANÁLISE DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS</b> .....	24
<b>2. PROBLEMÁTICA E ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	27
<b>3. A TEORIA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM</b> .....	29
<b>3.1 A PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS: PARTICULARIDADES DA PESSOA COM AVC</b> .30	
<b>3.2 QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO E CONCEITOS</b> .....	35
<b>3.3 INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS COM FOCO NA QUALIDADE DE VIDA</b> .....	37
<b>3.3.1 O COMPROMISSO DE DEGLUTIÇÃO</b> .....	40
<b>3.3.2 A COMUNICAÇÃO COMPROMETIDA</b> .....	41
<b>3.3.3 AS ALTERAÇÕES MUSCULARES: FORÇA, TÓNUS MUSCULAR E EQUILÍBRIO</b> .....	43
<b>3.3.4 AS ALTERAÇÕES SENSÓRIO-MOTORAS</b> .....	45
<b>4. PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	46
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	55
<b>5.1 PARTICIPANTES E RECOLHA DE INFORMAÇÃO</b> .....	56
<b>6. PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS</b> .....	57
<b>7. RESULTADOS DOS PROJETO DE INTERVENÇÃO: DESCRIÇÃO DOS CASOS</b> .....	68
<b>7.1 DESCRIÇÃO DOS CASOS</b> .....	68
<b>8. DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	79
<b>9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> ....	83
<b>9.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	83
<b>9.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b> .....	88

9.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	90
<b>10. CONCLUSÃO .....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>92</b>

## **LISTAGEM DE ABREVIATURAS**

AC- Autocuidado

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD- Atividade da Vida Diária

ABV- Atividades Básicas de vida

AP- Antecedentes Pessoais

APER - Associação de Profissionais de Enfermagem de Reabilitação

CEER- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI - Centro de Responsabilidade Integrada

DA - Doença de Alzheimer

DLP- Dislipidémia

DRC- Doença Renal Crónica

DGS – Direção geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DMNITII- Diabetes Mellitus do Tipo II Não Insulina Tratado

EE – Enfermeiro especialista

EEER - Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação

ER – Enfermeiro de reabilitação

EVA- Escala Visual Analógica

EQVE-AVC- Escala da Qualidade de Vida Específica para utente que sofreram AVC

FA- Fibrilhação Auricular

FR- Frequência Respiratória

HD- Hipótese de Diagnóstico

HTA- Hipertensão

ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva

INE- Instituto Nacional de Estatística INE

MCEER - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MMSE- Mini- Mental State Examination

OE - Ordem dos Enfermeiros

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PE- Processo de Enfermagem

QV- Qualidade de Vida

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SO- Serviço de Observação

SPO2- Saturação Periférica de OxigénioSU-

Serviço de Urgência

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TAC-CE -Tomografia Computadorizada Crânio- Encefálica

UC - Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ULSNA- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

UPP- Úlcera por Pressão

## **INTRODUÇÃO**

Conforme descrito no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) o conceito de cuidado de enfermagem incorpora a interação entre o enfermeiro, o indivíduo, a família, os grupos e a comunidade, usando a relação de ajuda e a utilização da metodologia científica para se efetivar (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro). Por isso, conhecer e valorizar os saberes da pessoa com doença neurológica, sabendo respeitá-la e mobilizando esses saberes nos cuidados de enfermagem, pode contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa.

No contexto do estágio final desenvolvido no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem e na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação que decorreu na Escola Superior de Saúde de Setúbal e que integra o Instituto Politécnico de Setúbal, em associação, as Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, do Instituto Politécnico de Beja, do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, surgiu assim a oportunidade de intervir nas pessoas com alterações do foro neurológico no sentido de lhes poder proporcionar maior qualidade de vida.

É neste contexto que surge a formação diferenciada para enfermeiros, que tem como objetivo o desenvolvimento de competências que contribui para a melhoria dos cuidados de saúde às populações.

Inerente à conclusão da unidade curricular (UC) estágio final do mestrado em enfermagem com área de especialização em reabilitação surge a importância de realizar um relatório final. Tendo em conta os contextos onde o mesmo decorreu, foi elaborado um projeto de intervenção dirigido a doentes com problemas neurológicos que permitisse demonstrar os benefícios dos cuidados diferenciados em enfermagem de reabilitação na perceção de qualidade de vida destas pessoas e simultaneamente contribuísse para aquisição e desenvolvimento de competências específicas de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre.

Para a elaboração do projeto de estágio e do relatório final o aluno deve demonstrar competências ao longo da realização do Estágio Final, cumprido as três fases de desenvolvimento: a fase projeto, onde elabora um projeto de intervenção, a fase de intervenção, onde implementa as atividades definidas no projeto e a fase de relatório onde descreve e reflete de forma crítica e fundamentada sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas.

O Relatório Final tem como tema “cuidados de enfermagem de reabilitação na qualidade de vida da pessoa com alterações do foro neurológico” que reflete as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas no decorrer da prática de ensino através da implementação do projeto desenvolvido em meio hospitalar no Serviço de Internamento na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), na vertente de enfermagem de reabilitação respiratória, especificamente no serviço de Medicina Interna, no período de 19 de Setembro de 2022 a 21 de Janeiro de 2023.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida (QV) como a perceção que a pessoa tem da sua posição na vida no contexto dos sistemas culturais e de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOLGroup, 1995). Este termo amplo, engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com ambiente.

Conforme referem Skevingt, Lotf & O’Connell (2004) o conceito de QV para a OMS, remete para a perceção que os indivíduos têm da sua posição na vida no contexto dos sistemas de valores em que vivem, em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. Para Vasconcelos et al. (2020), associado ao termo QV, a “QV relacionada à saúde” assume uma importância particular nas pessoas com alterações neurológicas uma vez que faz a interseção entre dois conceitos, QV e saúde e reflete não apenas do processo saúde-doença, mas também e sobretudo, o processo de viver do ser humano. A ligação qualidade de vida e saúde, promove abordagens integradoras e interdisciplinares (Vasconcelos, 2020) e podese entendida em valores quantitativos que podem ser divididos em três principais domínios: físico, psicológico e social. No domínio físico estão incluídos aspetos como capacidade funcional e capacidade de trabalho; no domínio psicológico, incluem-se a satisfação, o bem-estar, a autoestima, a ansiedade e a depressão; no domínio social, a interação com a família, amigos e ambiente de trabalho.

De acordo com Tripathi (2012) nas sociedades envelhecidas a QV das pessoas é particularmente importante e defende-se que nas pessoas idosas a perceção de QV é mais importante do que uma vida longa de baixa qualidade. Apresentam-se também bons argumentos para o facto de os adultos mais velhos serem diferentes dos adultos mais jovens e que os fatores relacionados com a QV das pessoas numa fase tardia da vida poderem ser diferentes dos das pessoas mais jovens. De acordo com este autor os adultos mais velhos são considerados “otimistas” em matéria de saúde na medida em que tendem a encarar a sua saúde e QV de forma positiva, mesmo quando acumulam problemas de saúde, sendo o estado funcional a par do apoio social e do ambiente as variáveis, que para além da perceção de saúde mais contribuem para a QV.

Em concordância com a revisão da literatura de Ferreira, Meireles e Ferreira (2018), que incluiu artigos publicados entre janeiro de 2012 e janeiro de 2018 os resultados sugerem que para além do estilo

de vida os fatores como o género/sexo, a idade, o nível de escolaridade, a etnia e a capacidade física, ou seja, a capacidade funcional, mas também a presença de doenças e os rendimentos influenciam a QV das pessoas. Os mesmos autores referem também que nenhum dos artigos incluídos nesta revisão adotou uma abordagem qualitativa pelo que a narrativa das pessoas idosas relativamente a este assunto ainda não está totalmente estudada e é necessária para compreender as especificidades da QV neste grupo. Para Sayed et al. (2015) o AVC afeta a QV das pessoas idosas e os domínios mais afetados foram a limitação do seu papel devido à saúde física e a problemas emocionais e fator mais determinante para os domínios e subdomínios da QV foi a idade. A QV nos doentes idosos com AVC é baixa e o domínio da saúde física e emocional são os mais afetados.

No que refere ao estágio final, a seleção do local de estágio baseou-se na preferência pessoal pelos cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com alterações neurológicas e o contexto onde foi desenvolvida a prática clínica foi um serviço de internamento hospitalar. Deste modo o trabalho que se apresenta teve como objetivo principal, descrever o processo de aquisição de competências de mestre e competências específicas de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e descrever a contribuição que um projeto de intervenção baseado nos cuidados de enfermagem de reabilitação teve na qualidade de vida da pessoa com alterações do foro neurológico e em especial nos doentes com AVC.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio final em concordância com o projeto de estágio, seguiram a metodologia de investigação-ação que a par da metodologia científica, analisa e descreve o estudo de casos. Em saúde esta metodologia envolve o processo de pesquisa e os seus protagonistas e identifica os pontos fortes/fracos de cada pessoa. Conforme refere Fonseca (2012), a metodologia de investigação-ação conjugada com a estratégia de estudos de caso apresenta uma maior facilidade de aplicação por se tratar de um método que pretende descrever, um indivíduo ou grupo, procurando identificar problemas que sejam passíveis de modificar (Fonseca, 2012). O projeto de estágio inclui a avaliação inicial dos doentes, o diagnóstico, planeamento de cuidados, implementação dos mesmos e avaliação final de resultados, pelo que foram estabelecidos para o projeto os seguintes objetivos específicos: identificar os doentes com alterações neurológicas; identificar a qualidade de vida nestes doentes; planejar intervenções de enfermagem de reabilitação que capazes de contribuir para prevenir, manter ou melhorar a qualidade de vida e com base na revisão integrativa implementar intervenções de enfermagem de reabilitação e avaliar os resultados das intervenções implementadas.

No caso dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EER) cabe-lhes o desafio de proporcionar bem-estar ao cidadão, proporcionando a maior QV a possível ao longo do ciclo vital. De acordo com o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (CEER) da Ordem

do Enfermeiros (OE), os cuidados de enfermagem de reabilitação executados com excelência trazem “ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e recuperações das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia” (OE, 2018, p.5).

As competências específicas dos EEER incluem a conceção, a implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais dos doentes, mas também nos problemas potenciais, uma vez que, o nível mais elevado de conhecimento e a experiência acrescida dos EEER permite a tomada de decisão, no que diz respeito à promoção de saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o seu potencial (Regulamento nº 392/2019).

Este documento, centrado no projeto de intervenção e na descrição de outras atividades desenvolvidas ao longo do estágio está estruturado no seguintes capítulos: apreciação do contexto e análise do envolvimento, análise da produção de cuidados, problemática e enquadramento conceptual, teoria de autocuidado de Dorothea Orem, plano de intervenção, metodologia, procedimentos éticos-legais, resultado do projeto de intervenção, discussão de resultados, o capítulo final é destinado à análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas e por último a conclusão do relatório final.

Adicionalmente em apêndices e anexos apresentam-se os documentos que contribuíram ou sustentaram a elaboração deste relatório. Incluem-se também as referências bibliográficas, respeitando a norma da American Psychological Association (APA), 7ª Edição, cumprindo a norma do Politécnico de Setúbal para a elaboração do relatório.

## 1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO E ANÁLISE DE ENVOLVIMENTO

O estágio final decorreu no Serviço de Medicina integrado num Hospital da ULSNA. A ULSNA, de acordo com a informação disponível no sítio web [ulsna.min-saude.pt](http://ulsna.min-saude.pt), tem como missão a prestação integrada e personalizada de cuidados de saúde a todos os cidadãos, garantindo uma resposta adequada, de qualidade, em tempo útil, com rigor técnico-científico e com respeito pela dignidade humana, numa perspectiva de promoção da confiança dos colaboradores e utentes e da procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.

A visão da ULSNA relativamente à área da saúde, é de uma imagem de excelência pautada pelo respeito e pelo primado da complementaridade em todos os níveis de cuidados, regendo-se pelos seguintes valores: respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; excelência técnica; acessibilidade e equidade dos cuidados; promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; motivação e atuação pró-ativa; melhoria contínua; trabalho de equipa; respeito pelas normas ambientais e cultura de rigor e gestão.

Integram a ULSNA, duas unidades hospitalares, sendo a população distribuída por 15 concelhos, com uma população residente, 11 271. No que se refere à distribuição da população por grupos etários, as pessoas com idade compreendida entre os 24-64 anos representam aproximadamente cerca de 50,45% da população. A segunda maior percentagem e que corresponde a 27,43%, a população residente integra o grupo etário das pessoas idosas, ou seja, os indivíduos com 65 anos ou mais de idade e que são 6 129 indivíduos.

No que se refere ao serviço de medicina onde decorreu o estágio final, este caracteriza-se por ser um unidade de internamento que presta cuidados de saúde personalizados e de forma integral às pessoas com várias patologias, ou seja, doenças respiratórias, endócrinas, cardíacas, digestivas, do sistema urinário e termorregulador, como, a pessoas com insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), pneumonia, doença hepática, insuficiência renal, alterações hidroelectrolíticas, AVC e doenças de etiologia a esclarecer.

Esta unidade de internamento é constituída por 26 camas para internamento, distribuídas por enfermarias de 3 camas e quartos individuais.

Existe um conjunto de recursos materiais capazes de promover um ambiente seguro e com conforto para os doentes que deles necessitam, assim como para os profissionais de saúde que integram os serviços. As enfermarias, estão equipadas com camas articuladas, algumas ainda de manivela, mesas de cabeceira, rampa para oxigenoterapia e aspiração de secreções, luz de presença, uma campainha em cada unidade e cortinados para individualizar cada uma das unidades. Existem almofadas em número adequado aos posicionamentos terapêuticos específicos de cada doente, mesas para as refeições, cadeiras, bancos de apoio, cadeirões rebatíveis e não rebatíveis. A unidade de internamento possui 7 monitores portáteis para avaliação de sinais vitais, dispõe de 2 monitores cardíacos, de cadeiras de banho para banhos assistidos, cadeiras de rodas, andarilhos, uma bengala e um elevador para transferências.

Para além destes equipamentos comuns e de uso diário, existem vários produtos de apoio aos cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente, oxímetros, espirómetros de incentivo, estetoscópios, halteres, um bastão, bandas elásticas, bolas com vários tamanhos e texturas, material para estimulação sensorial, tapetes para treino de marcha com texturas diferentes, material que estimula a coordenação motora (molas, peças para encaixar), auxiliares de marcha, uma tábua de trabalho para treino de movimentos finos da mão outros equipamentos de para o treino de AVD.

O contexto de trabalho onde os enfermeiros prestam cuidados tem um papel importante nos resultados para o doente. As características do ambiente onde decorre a prática de enfermagem são importantes na construção de estratégias, porque contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem, como forma de garantir a qualidade nos cuidados aos seres humanos, os profissionais de enfermagem devem responder com alto nível de excelência durante a sua prática, proporcionando satisfação aos doentes, com risco mínimo de eventos adversos (Gonzálvez et al., 2018). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2017) as práticas de cuidados orientadas para a qualidade permitem aos doentes sentir-se seguros, com o uso eficiente dos recursos disponíveis e com sistemas de cuidados de saúde centrados na transparência e orientados para o desempenho. Um maior foco nos resultados para os doentes é particularmente importante e pode apoiar a otimização tanto de qualidade como de eficiência (OCDE, 2017). De acordo com a Ordem dos enfermeiros (2018) os cuidados de enfermagem de reabilitação executados com excelência contribuem para ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia.

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de medicina, tem uma diretora clínica e um enfermeiro coordenador. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas, médicos internistas e internos de medicina, assistentes operacionais, assistentes técnicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas da fala e psicólogos. Os últimos vão à unidade quando solicitados. Perez & Ferreira (2020), referem que no processo de reabilitação, colaboram vários profissionais qualificados e especializados, aplicando práticas sistematizadas e estruturadas, centradas na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade no leito, na maximização da mobilidade, da independência funcional que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A equipa de enfermagem é constituída por 23 enfermeiros generalistas e 3 enfermeiras EEER. Por défice de recursos humanos, as enfermeiras especialistas realizam turnos na prestação de cuidados não diferenciados e integram todos os turnos, manhã, tarde e noite. No turno da manhã o rácio de enfermeiro/doentes é de 1/5, na tarde 3/9 e na noite 1/13. Este rácio não cumpre as dotações seguras para os enfermeiros generalistas. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, as dotações seguras dos enfermeiros, são aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade e de segurança dos cuidados de saúde para a população alvo e instituições. Em relação ao número de EEER em serviços de internamento, deveriam existir pelo menos 2 enfermeiros especialistas, por cada 15 doentes, de modo a garantir a prestação de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana, pelo que este serviço fica aquém das dotações (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Em todos os turnos há um enfermeiro responsável que desempenha as funções de gestão, coordenação e resolução de problemas. No turno da manhã, se presente, este elemento é o enfermeiro gestor e nos restantes turnos é o enfermeiro mais graduado e ou com maior nível de habilitações académicas

Assumindo que a deficiência física e dependência, de natureza transitória ou definitiva, são complexas, mas simultaneamente dinâmicas, tal como referem Mangas & Sousa (2020, p.861) as “pessoas com deficiências podem ser funcionais na sociedade” pelo que os serviços de saúde, e dentro destes as equipas multidisciplinares são fundamentais. Conforme sublinham Schoellet et al. (2021) o segredo do processo de reabilitação está na essência da manutenção da qualidade de vida, através da elaboração, do planeamento, execução e avaliação de objetivos a curto, médio ou a longo prazo. Conforme expresso no Regulamento n.º 743/2019, é da competência da OE contribuir para a existência de modelos de prestação de cuidados que reflitam a capacidade humana e a forma como se adequam os recursos humanos às características demográficas da população, dos seus perfis de saúde, de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo

Título | Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na qualidade de vida da pessoa com alterações do foro neurológico  
com as melhores práticas e recomendações internacionais.

O método de trabalho, adotado nesta unidade de cuidados é o método individual de trabalho/enfermeiro responsável. De acordo com o grau de dependência de cada doente valoriza-se a personalização e individualização dos cuidados. Conforme sublinha Silva (2017), o método de trabalho individual centra a sua intervenção nas necessidades dos doentes, dando valor à personalização e individualização dos cuidados, através da distribuição dos doentes, pelos enfermeiros, de acordo com grau de dependência. Este método de trabalho assenta na premissa de cuidar a pessoa na sua integralidade na medida em que reconhece que se trata de um ser com potencialidades e capacidades para agir e decidir. Neste contexto, vê e compreende a pessoa de forma holística (Coelho & Rego, 2016). A prestação de cuidados baseada neste método promove a qualidade dos serviços prestados proporcionando apoio, confiança, respeito e empatia na relação estabelecida entre a equipa, o doente e a família (Coelho & Rego, 2016).

Sendo esta unidade de cuidados integrada no serviço de medicina interna, recebe doentes com pluripatologia, transferidos do serviço de observação do hospital ou do serviço de hospitalização domiciliária ou de outras unidades hospitalares para a sua área de residência.

No que se refere aos doentes assistidos nesta unidade de internamento, na admissão são colhidos dados que depois de analisados e interpretados, possibilitam a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, sustentados em juízo críticos e que no caso dos EEER, são formulados em 3 dimensões: a funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório; de alimentação e sexualidade (Ribeiro et al., 2021). A avaliação completa por parte dos EEER, visa identificar as potencialidades e limitações físicas do doente, para proceder à elaboração dos objetivos ou resultados esperados dos cuidados de enfermagem de reabilitação. No que diz respeito aos critérios de admissão do doente para o programa de reabilitação, esta é feita através da sinalização/referenciação por elementos da equipa multidisciplinar e/ou pelos próprios EEER, quando é diagnosticado o risco de perda da capacidade funcional e inclui a avaliação do estado cognitivo, fala e discurso, visão, respiração, deglutição, força, marcha e equilíbrio.

De acordo com o descrito no Regulamento n.º 140/2019, os EEER, gerem os cuidados de enfermagem, de forma a otimizar a resposta da equipa, e dinamizar o serviço, participando na formação contínua e melhoria do serviço. Neste contexto de estágio, os EEER prestam cuidados de enfermagem focados nos doentes, integrando-os nos programas de enfermagem de reabilitação, em articulação com os colegas/enfermeiros generalistas, que em parceria desenvolvem um plano de cuidados conjunto, tendo em vista o melhor interesse dos doentes. De acordo com Regulamento n.º 140/2019, os enfermeiros especialistas (EE), devem responsabilizar-se por serem elementos facilitadores de aprendizagem, no contexto de trabalho, visando a melhoria da qualidade dos cuidados e no contexto em apreço sendo os EEER elementos de referência e orientadores na tomada de decisão, contribuindo tal como sugerem Ventura et al.(2021) resultados satisfatórios e de qualidade baseados no diálogo e prática de trabalho em associação, cooperação e entendimento.

Na avaliação dos doentes de modo a sistematizar a informação usam o Índice de Barthel, a escala de dispneia, da Medical Research Council e a Escala Visual Analógica (EVA) para avaliar e monitorizar a dor. Para o MCEER (2018) a prestação de cuidados de excelência, deve integrar a avaliação os diagnósticos, as intervenções e resultados de enfermagem de reabilitação dos doentes alvo dos cuidados e assim contribuir para a organização dos cuidados de enfermagem, num sistema de registos de enfermagem.

Os sistemas de informação, permitem dar notoriedade aos contributos da enfermagem de reabilitação, através da evidência dos ganhos em saúde (Ribeiro et al.,2021). De acordo com a informação disponível no sítio web do Serviço Nacional de Saúde (SNS) este sistema, Sclínico, onde é introduzida a informação relativa ao doente, para além de facilitar o acesso à informação clínica, permite também a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas, permitindo também homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente. O Sclínico utiliza a linguagem da Classificação Internacional da prática de Enfermagem (CIPE).

## **1.1 ANÁLISE DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS**

No que diz respeito aos doentes admitidos no internamento, e segundo os dados fornecidos pelo serviço, no ano de 2021 foram admitidos nesta unidade de internamento 236 doentes, 131 do sexo feminino e 105 do sexo masculino, com uma idade média de 79 anos. As patologias, mais frequentes nestes doentes foram as doenças dos diferentes aparelhos, respiratório, endócrino, cardíaco, digestivo,

urinário e termorregulador, como, a insuficiência cardíaca, DPOC, pneumonia, doença hepática, insuficiência renal, alterações hidroelectrolíticas, doença de sintomatologia a esclarecer, como os síndromes febris e AVC.

Durante o estágio final, tal como em períodos anteriores, verificou-se o predomínio de internamentos de pessoas idosas com elevado grau de dependência. Para Araújo et al. (2017) a dependência é um estado em que as pessoas se encontram, seja por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou social, em que necessitam de assistência e/ou ajuda de outra pessoa para realizar as atividades da vida diária (AVD) o que leva à exigência de diversos tipos de apoio, quer por parte das famílias, quer ao nível das políticas e estruturas de saúde. Os mesmos autores defendem também que deve ser feita uma avaliação do grau de dependência para que se consiga determinar o tipo de cuidados necessários. Para avaliação da capacidade funcional, e tal como já foi referido, é usado no serviço o Índice de Barthel que avalia o nível de independência do sujeito para a 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 (Araújo et al., 2017).

No que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem: a mobilidade comprometida, o movimento muscular comprometido, a dependência no desempenho das AVD, o risco de úlcera por pressão (UPP), o défice de conhecimento relacionado com a doença e a sua gestão, o risco de queda, o equilíbrio corporal comprometido e a intolerância à atividade, foram os mais frequentes e que por isso mesmo requereram intervenções diferenciadas em enfermagem de reabilitação. Muitos destes problemas tinham subjacente um problema neurológico, maioritariamente AVC. Nestes doentes, os focos de intervenção mais comuns foram: parestesia, movimento corporal, espasticidade, equilíbrio corporal, autocuidado, transferências, comunicação, ventilação, limpeza da via aérea, expectoração, intolerância à atividade, mobilidade, autocuidado e deglutição, tal como refere a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER, 2015).

Sendo a reabilitação um processo global e contínuo em que os enfermeiros de reabilitação como elementos da equipa, promovem estratégias de adaptação e desenvolvimento de competências, adaptam-se às situações, na perspetiva do encontro e do acompanhamento (Hoeman, 2011). Podemos considerar que neste serviço, os EEER intervêm na criação de estratégias promotoras da saúde, na prevenção de complicações, de forma a manter as capacidades funcionais da pessoa, tendo em conta os seus direitos e preferências, com vista à sua qualidade de vida. Fogaça et al. (2018), referem que os enfermeiros são responsáveis pelo acompanhamento do doente, partindo de uma visão holística do

mesmo, ou seja, não se focam apenas na doença e na estabilização das suas funções vitais, mas ao identificar os problemas reais e potenciais, contribuem para a reabilitação da pessoa no seu todo. Para isso é necessária uma ação ativa na identificação e gestão de riscos e também na implementação de ações que levam à melhoria da segurança. Para isso contribuem a criação de metodologias e ferramentas de melhoria de segurança e as ações interventivas, preventivas e promocionais da saúde (Brás & Ferreira, 2016).

No que às intervenções de enfermagem diz respeito, estas procuram ir de encontro às necessidades do doente e reverter os compromissos, perseguindo a sua readaptação e reeducação funcional. O treino das AVD, nesta perspetiva, centra-se em exercícios musculares e articulares (exercícios passivos e ativos assistidos), treino de equilíbrio sentado e ortostático (estático e dinâmico), treino de marcha, treino de transferências, treino dos autocuidados, treino de deglutição, técnicas para otimizar a ventilação que incluem atividades como a dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e costal, técnicas de descanso e relaxamento e técnicas para limpeza das vias aéreas, como drenagem postural, manobras acessórias (compressões e vibrações), ensino da tosse eficaz e tosse assistida e dirigida, aspiração de secreções, exercícios de readaptação ao esforço e atividade e exercícios de resistência (marcha).

Conforme sublinha Apóstolo (2012), a melhoria dos cuidados de saúde e a melhoria das condições sócio-económicas contribuíram para o aumento da longevidade da população, mas a este aumento também se associa uma maior prevalência das doenças crónicas, e maior prevalência de declínio das capacidades cognitivas com maior dependência nas AVD. Ainda assim, e tal como referem Kopylova, Greyling e Rossouw (2022) embora alguns estudos refiram uma diminuição do bem-estar à medida que a idade avança, há teorias que, baseadas no pressuposto de que os indivíduos nascem com uma predisposição para um certo nível de felicidade, sugerem que as pessoas mais velhas também podem aprender a adaptar-se aos seus pontos fortes e fracos. E que nesta perspetiva de adaptação e de definição de objetivos mais realistas possam conseguir aumentar o seu bem-estar. Para esse aumento poderão contribuir os cuidados de enfermagem de reabilitação, na medida em que possibilitam o treino e a adaptação. Conforme sublinham Sousa, Martins & Novo (2020), o desafio que se coloca aos enfermeiros é serem capazes de entender os processos de transição e a partir daí desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem a pessoa a recuperar a estabilidade e o bem-estar, ou seja, ficando empoderadas para fazer face à continuidade da sua vida.

## 2. PROBLEMÁTICA E ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Tendo em conta a apreciação do contexto onde se realizou o estágio, e o envolvimento no mesmo, e também a sensibilização pessoal para as questões da qualidade de vida nas pessoas mais velhas, equacionei a possibilidade de desenvolver um projeto de intervenção que pudesse aprofundar esta temática e simultaneamente procurasse responder à questão “em que medida os cuidados de enfermagem de reabilitação podem ou não influenciar a qualidade de vida das pessoas com alterações neurológicas”.

O aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de mortalidade, facilitadas pela melhoria do acesso aos cuidados de saúde, contribuíram ao longo dos anos para ganhos em saúde nos países desenvolvidos. Portugal não é exceção: segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e da Direção Geral de Saúde (DGS), o número de portugueses com mais de 75 anos é superior a 1 milhão, num total de 8.2 milhões de pessoas. Segundo INE, em 2021, o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 184,9 idosos por cada 100 jovens.

Segundo Lobo e Gomes (2014), o crescimento da longevidade tem como resultado o aumento do número de pessoas com doenças crónicas que pelo seu impacto a nível socioeconómico e na sua QV, se apresentam como um grave problema de saúde pública. O envelhecimento constitui um processo biológico inevitável, marcado por uma perda progressiva de funções sensoriais e motoras, dando origem à vulnerabilidade e a doenças, doenças essas que podem afetar a funcionalidade, a mobilidade e a independência, impossibilitando-o de um envelhecimento saudável e autónomo (Lobo & Gomes, 2014).

Segundo Sequeira (2010) o conceito de dependência relaciona-se com a incapacidade da pessoa para a satisfação das suas necessidades humanas básicas, necessitando da ajuda de terceiros para sobreviver e desempenhar AVD. Esta é uma função que varia ao longo da vida e que implica reajustamentos. A capacidade de desempenho nas AVD, de acordo com Ferreira et al. (2018), reflete as condições em que essa população envelhece, devido ao aumento do número de doenças. Nesta perspetiva, podem ocorrer modificações na saúde e na QV da população com idade mais avançada, para as quais é necessário compreender os fatores de risco que a poderão influenciar.

De acordo com Nascimento et al. (2016) os efeitos da imobilidade, associados a doenças agudas ou crónicas, podem ser mais graves do que a situação clínica geradora da doença, transformando-se numa

diminuição da capacidade funcional, temporária ou definitiva, com impacto na QV. Alguns destes efeitos estão associados a doenças do foro neurológico, como os AVC, os distúrbios cerebelosos, o delírio, a demência, a doença de Parkinson e outras, que são doenças frequentes nas pessoas idosas e que podem influenciar a perceção da QV (Radwanski, 2011).

De acordo com Vareira et al. (2018), os objetivos do tratamento de reabilitação nestas situações são prevenir a progressão da doença, aliviar os sintomas, aumentar a tolerância aos exercícios, melhorar a condição da saúde, prevenir e tratar as complicações e melhorar a QV. De acordo com os mesmos autores, os cuidados de enfermagem de reabilitação são fundamentais na concretização destes objetivos porque, além de especializados decorrem de um corpo de conhecimentos e procedimento específicos que, para além de se focarem na recuperação da funcionalidade através da promoção do autocuidado e da prevenção de complicações, visam a manutenção e promoção do bem-estar e da QV conforme sublinha a Mesa do Colégio de Especialidade de Reabilitação (MCEER, 2018).

Neste sentido, tendo em conta o tema escolhido “cuidados de enfermagem de reabilitação na qualidade vida na pessoa com alterações do foro neurológico”, foi definido como objetivo geral deste projeto de intervenção, contribuir para a capacitação das pessoas com alterações neurológicas de forma melhorar a sua perceção de QV e, como objetivos específicos: identificar os doentes com alterações neurológicas internados no serviço de medicina; avaliar a capacidade para o AC destes doentes; identificar a sua perceção de QV; planear intervenções de enfermagem de reabilitação que contribuam paraprevenir, manter ou melhorar a QV; implementar intervenções de enfermagem de reabilitação e avaliar os resultados.

No contexto desta problemática, a teoria de enfermagem adequada para orientar o projeto de intervenção, porque é integradora dos conceitos subjacentes aos efeitos prejudiciais das transformações fisiológicas e anatómicas, doenças crónicas, doenças agudas incapacitantes com consequências na mobilidade e na limitação da funcionalidade, é a teoria do autocuidado de Dorothea Orem. Ribeiro, Moura et al. (2021) salientam que as teorias de enfermagem facilitam o processo de identificação dos problemas, permitindo predizer o modo como os doentes respondem aos problemas de saúde. De acordocom a MCEER (2018), os modelos de AC e de transição são estruturantes para a excelência e para a otimização da qualidade do exercício profissional de enfermagem.

### 3. A TEORIA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Bispo & Barros (2017) sublinham que cabe a cada instituição de saúde a construção e ou aplicação do seu modelo individual de cuidados, apoiado em referenciais teóricos de enfermagem. A prática fundamentada em modelos teóricos, conforme sublinham estes autores, facilita a abordagem individualizada, personalizada e humanizada dos cuidados prestados ao doente numa ampla variedade de ambientes e situações clínicas, num processo que se inicia a partir da identificação das necessidades humanas afetadas, e que continua no raciocínio crítico e tomada de decisão para que sejam alcançados os resultados esperados a partir das intervenções propostas (Bispo & Barros, 2017).

A teoria de AC de Orem, baseia-se na premissa de que os indivíduos podem cuidar de si próprios e, quando tal não acontece, apresentam défice de AC.

O AC pode então ser compreendido como o conjunto de ações que têm como objetivo regular as dimensões que afetam o próprio desenvolvimento, as atividades em benefício da vida, a saúde e bem-estar (Cruz et al., 2016). Para Silva et al. (2021) o AC representa o conjunto de ações que o indivíduo realiza por si mesmo para manter ou recuperar a QV, através de realização de práticas que possibilitam perspectivas promissoras para a melhoria da saúde e que procuram evitar problemas de saúde através de um estilo de vida mais saudável.

Na teoria de Orem, um dos objetivos da enfermagem é o de assistir os doentes nas necessidades de AC. Para a manutenção e funcionamento da pessoa, são necessários oito requisitos: capacidade para manter uma quantidade suficiente de ar; manter a ingestão suficiente de água e alimento; o equilíbrio entre a atividade e o repouso; equilíbrio entre o estar só e os momentos de interação social; fornecimento de cuidados relacionados com os processos de eliminação; capacidade para prevenir perigos à vida; bem-estar e funcionamento do doente e promoção do funcionamento e desenvolvimento do doente a nível social tendo em conta as suas potencialidades e limitações (Petronilho & Machado, 2017).

Conforme referem Queirós, Vidinha e Almeida Filho (2014) a teoria do défice do AC, tem como base que os doentes deixem de ter condições para o realizar, quando as exigências para isso são superiores à capacidade do doente para desenvolver as ações necessária para satisfazer as suas necessidades. É nessa altura que surge a necessidade de cuidados de enfermagem.

A Teoria do Défice do Autocuidado de Orem, é composta por 3 sub-teorias: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Lutz & Davis, 2011). Para Araújo, Lopes e Vítor (2010), um sistema de enfermagem é o conjunto de ações e interações entre o enfermeiro e o doente. Podem ser totalmente compensatórios, parcialmente compensatório ou de apoio educativo. No sistema totalmente compensatório o enfermeiro substitui totalmente o doente na ação para satisfazer o AC; no sistema parcialmente compensatório o enfermeiro ajuda o doente naquilo que mesmo não é capaz de realizar, ou seja, na ação necessária para o satisfazer o AC; e no modelo apoio/educação, assume-se que o doente é capaz de realizar a ação para satisfazer o AC, mas necessita do enfermeiro para o ensinar e supervisionar durante a realização da ação (Queirós, Vidinha, & Almeida Filho, 2014).

De acordo com Petronilho & Machado (2017), esta teoria engloba cinco métodos de ajuda, que são: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; oferecer apoio físico e psicológico; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e, por último, ensinar. Tais autores reforçam que para a prática de enfermagem é relevante ter em conta a relação enfermeiro-utente e a relação enfermeiro-utente-cuidador/família até que os mesmos não necessitem de cuidados, no sentido de, responder às solicitações, desejos e necessidades, oferecendo uma ajuda diferenciada, coordenando e integrando os cuidados de enfermagem, bem como a necessidade de outras ajudas assistenciais (Petronilho & Machado, 2017).

Tendo em conta as características dos doentes internados e as suas exigências de AC serem superiores às capacidades para as realizar, a teoria de Orem foi a adotada, por ter em conta as limitações da pessoa, mas sobretudo as suas potencialidades e quando as ações em que as exigências do AC excedam as capacidades da pessoa para o realizar, podem necessitar de suporte de terceiros, que podem ser os EEER.

Como consta no Regulamento n.º 392/2019, quando existe défice de AC surge a necessidade de ajuda, destacando-se a intervenção dos EEER, que têm competências específicas, como, cuidar dos doentes com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. No contexto da prática de cuidados, capacita-os caso exista deficiência ou limitação da atividade, com a finalidade de maximizar a funcionalidade.

### **3.1 A PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS: PARTICULARIDADES DA PESSOA COM AVC**

As mudanças naturais que acompanham o envelhecimento das populações têm como particularidade o crescimento da proporção de idosos com doenças crónico-degenerativas, em que se incluem os problemas neurológicos como o AVC, as demências de várias etiologias que levam a comprometimentos físicos e psicológicos, que se associa a perda progressiva de independência e de autonomia e relacionadas com estas perdas, bem como a alterações comportamentais, assim surgem com frequência a necessidade de cuidados de natureza instrumental, material, social e emocional (Oliveira et al., 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as políticas e programas destinados às pessoas idosas devem ser baseados nos seus direitos, necessidades, preferências e capacidades, reconhecendo-se que em todos países para a maioria dessas pessoas (WHO, 2002) a manutenção da autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é fundamental. A perspetiva do envelhecimento enquanto processo, reconhece também que as pessoas mais velhas não são homogéneas e que este grupo apresenta uma grande diversidade individual que tende a aumentar com a idade, ou com o aparecimento de determinadas patologias, como por exemplo as doenças do foro neurológico (WHO, 2002).

Embora o AVC seja eventualmente a doença do foro neurológico mais comum, outras doenças como os distúrbios cerebelosos, o delírio, a demência, a doença de Parkinson, a doença convulsiva e, a nível respiratório, as pneumonias, são frequentes nas pessoas idosas (Radwanski, 2011). De acordo com Meira et al. (2019), perante o aumento da expectativa de vida da população, observa-se o aparecimento de várias patologias cuja consequência mais comum é diminuição da capacidade funcional, que pode ser definida como a diminuição da manutenção da capacidade de realizar as AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), necessárias para uma vida independente e autónoma.

O AVC é responsável pela segunda maior causa de morte e a terceira principal causa de incapacidade. A sua incidência na população mais jovem é considerada baixa; no entanto, é maior do que a de outras doenças neurológicas incapacitantes (Guimarães & Pereira, 2017). Esta patologia tem um efeito especialmente devastador para o doente e respetiva família, refletindo-se em sequelas físicas, emocionais e sociais que se traduzem em menor QV (Correia et al, 2018).

De acordo com Canuto et al (2016) o AVC é também um dos principais responsáveis pelo declínio cognitivo e, nos doentes que sobrevivem em muitos deles estão presentes sequelas residuais que tornam o indivíduo parcial ou totalmente incapaz, com graves implicações para sua QV. Outro aspeto importante na pessoa vítima de AVC são os anos de vida produtiva perdidos e os altos custos financeiros envolvidos.

O impacto social e económico do AVC é notório porque é um problema que afeta a população adulta e preferencialmente a população idosa (Silva et al., 2019).

A incidência do AVC no adulto jovem tem vindo a aumentar nas últimas décadas, traduzindo-se em cada vez mais hospitalizações (Correia et al., 2018).

Dados de 2021, disponibilizados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) referem o encaminhamento de 5.816 doentes com suspeita de AVC para os hospitais através da Via Verde do AVC, mais 877 relativamente ao ano de 2020, o que representa uma média de 16 casos diários. -De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020), o AVC causou o maior número de óbitos em 2018 (11 235), representando 9,9% da mortalidade da população.

O AVC é caracterizado pela diminuição ou interrupção do aporte sanguíneo ao cérebro. A sua causa pode ser de origem trombótica (tipo isquémico) ou devido a rutura de um vaso do cérebro, que leva a extravasamento de sangue no parênquima cerebral (tipo hemorrágico) (Lima et al., 2016). Caracteriza-se também por um rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais com a apresentação de sintomas, durante as primeiras 24 horas ou mais, provocando alterações nos planos cognitivo e sensório – motor. Os indivíduos acometidos podem ter quadros de incapacidades funcionais transitórios ou permanentes, que se refletem num impacto negativo da vida produtiva da pessoa (Marianelli et al., 2020).

O AVC isquémico é o mais comum, de acordo com Flannery & Bulecza (2010) estima-se uma incidência em 83%, com diversas etiologias (aterosclerose, trombose de pequenas artérias penetrante ou lacunar e embolia cardiogénica) e pode também ser provocado por causas idiopáticas, por hipoperfusão global como em casos de paragem cardíaca ou embolia pulmonar, e por outras causas, como inflamação, perturbações da coagulação e abusos de drogas.

No que diz respeito ao acidente isquémico transitório (AIT), é um episódio rápido de défice neurológico, que após o desaparecimento nas primeiras 24 horas dos sintomas, não deixa sequelas, não integrando a classificação de AVC (Flannery & Bulecza, 2010).

Vários fatores contribuem para a instalação da doença, que pode associar-se a fatores de risco potenciais, modificáveis e não modificáveis, em que o maior foco deve ser a prevenção, fornecendo conhecimento à população e promovendo a mudança de estilo de vida, como referem Schmidt et al (2019). Os riscos potenciais incluem o sedentarismo, a obesidade, o uso de contraceptivo oral, terapia de reposição hormonal pós-menopausa, e o alcoolismo.

Os fatores não modificáveis abrangem a idade avançada, história familiar, baixo peso ao nascer, sexo masculino; já os aspectos modificáveis incluem hipertensão arterial sistémica, tabagismo, diabetes mellitus, dislipidemia(DLP) ou doenças cardiovasculares (Schmidt et al., 2019).

De acordo com Silvia et al. (2019), perante este cenário são necessárias políticas públicas mais voltadas para a área da prevenção em saúde.

Segundo a DGS (2017) o algoritmo de intervenção no doente com AVC e as opções terapêuticas para estes doentes, são fundamentais: um rápido reconhecimento do quadro de AVC, bem como o apoio dos serviços de emergência. Transporte e tratamento precoces são fatores diretamente relacionados na prevenção da lesão cerebral irreversível (Rolindo et al., 2016).

No que diz respeito ao tratamento médico do AVC hemorrágico, que é mais variável e depende da sua extensão e localização, pode ser farmacológico ou cirúrgico, requerendo recursos técnicos e humanos bastante diferenciados (DGS, 2017).

Após a ocorrência de AVC, o tempo médio de hospitalização é entre 15 e 30 dias. Neste período de internamento e de acordo com as sequelas, os doentes são alvos de procedimentos que visam a recuperação da funcionalidade respiratória e motora (Farias & Almeida, 2019).

As sequelas pós-AVC variam de acordo com o local da lesão, bem como da sua extensão; entre as mais comuns encontra-se o comprometimento na habilidade motora, que pode englobar *déficits* nos membros superiores, inferiores e tronco (Yoshida et al., 2019).

Tendo em conta a complexidade do doente com AVC, importa sublinhar as necessidades humanas básicas com vista a um processo de capacitação (Marques-Vieira et al., 2017). O tratamento de reabilitação de um doente que sofreu AVC é de extrema necessidade pelo facto de ser portador de inúmeras sequelas como incapacidades físicas e diversas repercussões psicológicas que variam desde tristeza até à depressão. Para estes doentes o objetivo é alcançar o maior grau de independência funcional, motivação e aceitação, como referem Barros et al. (2014). Nestes doentes, segundo os mesmos autores devem ser avaliados os domínios funcionais: força, memória, emoções, comunicação, as AVD e AIVD, mobilidade e participação do indivíduo na sociedade.

O processo de envelhecimento é marcado por um conjunto de alterações a nível neurológico que afetam gradualmente o desempenho da pessoa e que levam a que esta perca gradualmente capacidades entre elas a audição, a visão, os lapsos de memória e até mesmo à diminuição da força muscular (Farfan et al., 2017).

Envelhecer num ambiente de bem-estar e de qualidade de vida, principalmente quando a esperança de vida à nascença se estima cada vez maior, é dos principais desafios colocados hoje aos decisores políticos, mas também aos profissionais da saúde e a cada pessoa, de um modo particular.

De acordo com a informação disponível no sítio web do INE, a esperança de vida à nascença em Portugal, entre 2019 e 2021, foi estimada em 80,72 anos, sendo de 83,37 anos para as mulheres e de 77,67 anos para os homens.

Sousa et al. (2018), referem que um fenómeno que acompanha o envelhecimento populacional é a feminização da velhice, ou seja, existe maior proporção de mulheres que de homens na população idosa. Apesar de viverem mais tempo, as mulheres têm pior QV quando comparadas aos homens, sobretudo porque as relações de género que estruturam todo o ciclo de vida influenciam o acesso a recursos e oportunidades, gerando impactos na vida social e económica. As mulheres são também mais propensas a doenças crónicas e a incapacidades; por outro lado à medida que envelhecem os homens apresentam maiores necessidades em termos de AC (Sousa et al.2018).

Ao longo dos tempos, a população idosa tem enfrentado situações discriminatórias e preconceituosas tanto no próprio seio familiar como na sociedade em geral. Massi et al. (2017) consideram que uma parte da sociedade atual, muito centrada no capital, está focada na produção e no consumo e, como tal, considera as pessoas idosas não produtivas e incapazes de contribuir para a comunidade em que vivem. É neste contexto que Sousa et al. (2018) referem a importância de falar sobre o conceito de envelhecimento ativo, que se aplica tanto às sociedades como aos indivíduos. No primeiro caso, espera-se que as oportunidades de saúde, de participação, de segurança e de aprendizagem ao longo da vida sejam otimizadas por meio de ações políticas que contribuam para condições necessárias à manutenção de uma vida ativa, e que em relação aos indivíduos, espera-se que possam usufruir das oportunidades que lhes são dadas, de acordo com suas necessidades, capacidades e preferências (Sousa et al., 2018).

Podemos então afirmar que o conceito de envelhecimento ativo tem carácter multidimensional. Inclui a participação económica dos idosos, mas também outras formas de participação não remuneradas, tais como o envolvimento em atividades sociais formais e informais, culturais, de lazer ou que exijam esforço físico ou mental. Esta ideia defendida pela OOMS), pressupõe que o processo de envelhecimento humano seja acompanhado de oportunidades contínuas de boa saúde, transformando o envelhecimento numa experiência positiva (OMS, 2002). Conforme sublinha Soósova (2016, p.484) “o objetivo fundamental do envelhecimento ativo é manter a autonomia e a independência, promovendo a saúde física e mental, a inclusão social e a qualidade de vida de todas as pessoas que envelhecem” mesmo aquelas que apresentam deficiência ou que necessitam de cuidados.

E embora o termo QV seja complexo, existe algum consenso de que inclui pelo menos três domínios: físico, mental e social (Jaracz et al, 2010).

### **3.2 QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO E CONCEITOS**

Para Pereira et al. (2012), o termo qualidade de vida (QV) é complexo e representa respostas individuais aos fatores físicos, mentais e sociais que fazem parte de um dia comum da pessoa.

Compreende diferentes áreas que em conjunto formam um todo, composto por: satisfação pessoal, autoestima, desempenho, comparação com os outros, experiência e conhecimento prévios, situação económica, saúde e estado emocional, elementos que no seu conjunto contribuem para uma QV plena. As abordagens gerais ou holísticas do conceito baseiam-se na premissa segundo a qual o termo QV é um conceito multidimensional que apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes e difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente ou contexto (Pereira et al., 2012)

Jaracz et al. (2010) sublinham que esta construção multidimensional consiste em pelo menos três amplos domínios: o domínio físico, o domínio mental e o domínio social. Na investigação na área dos cuidados de saúde, tem sido usado o termo qualidade relacionada à saúde centrado no impacto que uma doença e/ou o seu tratamento causam na perceção dos doentes, relativamente ao seu estado de saúde e ao bem-estar subjetivo ou satisfação com a vida.

No caso concreto das pessoas idosas, a definição do conceito poderá ser ainda mais difícil e, tal como referem Leeuwen et al. (2019), não existe consenso absoluto sobre o termo QV. Nas pessoas mais velhas o termo sobrepõe-se à exploração dos conceitos de envelhecimento bem sucedido, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e felicidade. Na opinião destes autores, embora várias definições e teorias de QV tenham sido propostas, ainda falta uma visão sistemática sobre a opinião dos adultos mais velhos relativamente àquilo que consideram importante na sua vida, sendo por isso necessário alinhar os objetivos dos serviços de cuidados com as expectativas dos seus utilizadores.

Da revisão sistemática conduzida por Leeuwen et al., (2019) , os domínios como "perceção da saúde", "casa e vizinhança", "espiritualidade" e "segurança financeira" foram caracterizados como instrumentais, porque alguns adultos mais velhos mencionam estes temas como ajudando-os a ajustar-

se e a fazer as coisas que gostariam de fazer. Contudo, os temas descritos "atitude e adaptação", frequentemente referem-se a estratégias para melhorar ou manter uma boa QV. Também existem fragmentos que mostram que estes domínios são importantes em si ou são influenciados por aspetos tais como as atividades em que as pessoas participam, sendo difícil traçar uma linha entre os domínios mais instrumentais para a QV e os domínios que devem ser vistos como componentes finais da mesma (Leeuwen et al., 2019). Os autores reconhecem assim a importância das atitudes e da adaptação como estratégias para melhorar ou manter uma boa QV. Para outros (Bezerra & Sorpreso, 2016) a dimensão da QV na saúde é considerada fundamental e impõe-se mesmo reconhecer a importância de um novo modelo de produzir saúde centrado nesta dimensão.

De acordo com Buss et al. (2020) nos últimos anos a promoção da saúde tem-se apresentado como uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações, partindo de uma conceção ampla do processo saúde-doença e dos seus determinantes. Essa estratégia propõe a articulação entre conhecimento técnico e popular, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, a favor da QV. Compreende-se a promoção da saúde como um processo transformador capaz de melhorar as condições de vida e de saúde da população, reconhecendo-se que é necessário reforçar ações e estratégias de promoção da saúde que impulsionem as transformações necessárias para a realidade da saúde e da população (Becker & Heidemann, 2017).

Quando se aborda a questão da QV, a saúde é um dos principais fatores considerados (Carrapato et al., 2017). O conceito de saúde, mais do que a ausência de doenças, reflete o bem-estar nas mais variadas formas, o que reforça o uso da QV como um conceito necessário na prática de cuidados para os mais diversos grupos de pessoas (Rola et al, 2018).

De acordo com Schneider et al. (2022), o perfil socioeconómico é também um indicador de saúde ao longo da vida. Conforme referem, as pessoas com menor poder económico podem esperar viver vidas mais curtas, com uma QV relacionada com a saúde inferior. De modo idêntico, os indivíduos com baixo nível de escolaridade, com baixo estatuto profissional, baixo rendimento familiar ou que vivam em bairros mais desfavorecidos do ponto de vista socioeconómico, em média têm vidas mais curtas. Estas desigualdades socioeconómicas tornam-se mais evidentes com o aumento da idade e refletem-se na morbidade e mortalidade (Schneider et al. 2022).

Outro aspeto importante na qualidade de vida é o desempenho do AC. De acordo com Pinto et al. (2016), as pessoas idosas quando cumprem as suas funções básicas diárias e são autónomas, percecionam melhor QV pois a sua capacidade funcional é definida como a habilidade para realizar atividades que lhe

possibilitam à pessoa cuidar de si mesmo e viver de forma independente, essa percepção de vida independente influencia a QV.

Para Tavares et al. (2019), para que a pessoa possa usufruir de um bom envelhecimento, de uma boa QV, são imprescindíveis três aspetos fundamentais: ausência de doenças, vontade de viver e capacidade física e mental. Outros fatores relacionados com a saúde física, emocional e mental, são as circunstâncias do quotidiano da pessoa, tais como a família, o trabalho, os amigos, a felicidade, o amor e a liberdade (Mendes, 2020).

De acordo com Sposito et al. (2016) a melhoria e a manutenção das capacidades funcionais atuam na percepção da autoestima, do AC, da ansiedade e da sensibilidade, contribuindo para a percepção da QV. Os mesmos autores dizem que os benefícios para a manutenção ou melhoria da saúde física e bem-estar psicológico têm forte relação entre com atividade física e as atividades sociais, como seja, a participação social que permitem às pessoas idosas desenvolver múltiplos papéis sociais, sentirem-se úteis e manterem a saúde mental e QV.

Deste modo, e tal como reforçam Rola et al. (2020), os instrumentos relacionados à análise de condições gerais da QV enfatizam questões sobre domínios físicos que incluem a dor, a fadiga, capacidades e limitações, domínios psicológicos como a percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, ansiedade e imagem corporal, domínio das relações sociais que incluem o apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais, domínio ao nível de independência como a mobilidade, atividades quotidianas, capacidade para o trabalho e noções sobre o bem-estar que incorporam a visão corporal, emocional, a saúde mental e a vitalidade.

### **3.3 INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS COM FOCO NA QUALIDADE DE VIDA**

Ao longo da vida são vários os processos e transições que a pessoa e família/cuidador vão vivenciando, como o diagnóstico da doença, alteração na dependência, alta hospitalar e, paralelamente, uma constante redefinição de papéis familiares. Desta forma o EEER, de acordo com a suas competências,

deverá elaborar, implementar, monitorizar e avaliar programas de reeducação funcional e de treino, capacitando a pessoa para o autocontrolo e AC (Matos & Simões, 2020).

De acordo com a Associação de Profissionais de Enfermagem de Reabilitação (APER, 2010) a prática dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação é determinante na prevenção de complicações e no desenvolvimento da independência funcional e consequentemente, na QV dos doentes

A reabilitação enquanto processo dinâmico dirigido para a saúde, ajuda os indivíduos doentes ou incapacitados a atingir o seu melhor nível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e económico, e por esta via, o processo de reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável QV (Leite & Faro, 2003).

Para isso é necessário o treino das capacidades remanescentes ou uso de estratégias adaptativas, como os produtos de apoio (Matos & Simões, 2020) e cabe aos EEER, de acordo com as suas competências específicas, selecionar e prescrever produtos de apoio e realizar treinos específicos de AVD, promovendo o ensino e a supervisão da utilização. De acordo com os mesmos autores, a prevenção de circunstâncias adversas é fundamental, concretamente a prevenção de quedas que são um indicador de qualidade dos cuidados.

Para Santos et al. (2020) o conjunto de intervenções e exercícios, que devem ser implementados de modo progressivo e individualizado, devem ter em conta as capacidades de cada doente, com o objetivo de promover a sua funcionalidade. Como refere Jester (2007), ao identificar problemas potenciais relacionados com a saúde, os enfermeiros de reabilitação assumem o papel fundamental de prevenir complicações ao intervirem no controlo da dor, na promoção da continência, na viabilidade tecidular e noutras ações que permitem promover a saúde e QV da pessoa.

De acordo com o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018) é possível promover a qualidade QV das pessoas, induzindo qualidade aos cuidados especializados focados em oito categorias de enunciados descritivos, que são: a importância de promover os níveis de satisfação do doente; a promoção da saúde; ajudar a pessoa a alcançar o máximo potencial de saúde; a prevenção de complicações para a saúde da pessoa; a promoção e maximização do bem-estar e AC completando nas AVD em que a pessoa é dependente; a reeducação e readaptação funcional; a promoção da inclusão social.

No que se refere às pessoas com problemas neurológicos, as limitações motoras, sensitivas, de compreensão e expressão dos sentimentos podem modificar a dinâmica das suas vidas pelas sequelas físicas, que limitam as AVD e que as tornam, em muitos dos casos, dependentes de terceiros para a

realização da sua vida pessoal e familiar, funcionando como barreiras à sua recuperação (Freitas et al., 2010).

Na pessoa com AVC, o avanço da tecnologia e a contínua descoberta de novos medicamentos, têm contribuído para que a partir da intervenção precoce seja possível reduzir as consequências e proporcionar uma melhor QV ao doente através da minimização das sequelas da doença (Menoita et al., 2012). De acordo com a DGS (2010) a melhoria da QV passa também por uma maior consciencialização sobre a necessidade de reintegração na sociedade, o que requer, em muitos dos casos, a continuidade de cuidados por períodos mais ou menos longos, esta deve ser acelerada com recurso a cuidados de reabilitação.

O programa de reabilitação pós AVC tem como objetivo ajudar o doente ao retorno às AVD, promovendo a sua autonomia e independência, o que requer terapias individualizadas por serem as mais apropriadas e permitirem diminuir as incapacidades (Marques-Vieira et al., 2017).

Relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação (ER), no doente com AVC na fase inicial da doença, os cuidados devem ser mais focados na prevenção de complicações e à medida que se consiga obter maior segurança do doente e do seu conhecimento sobre o AVC, os cuidados de ER devem ter como objetivo o regresso à vida ativa. Nesta fase, das intervenções do EEER devem começar pela avaliação, que permite formular diagnósticos e concretizar programas de reabilitação (Marques-Vieira et al (2016).

Tendo em conta o conjunto de alterações que poderão estar presentes na pessoa com AVC, alterações da sensibilidade, da força muscular e do tónus muscular, do equilíbrio corporal, da deglutição (Marques-Vieira et al., 2016), mas também as paralisias unilaterais (plégia ou paresia), as alterações da sensibilidade (parestesias), alteração do estado de consciência, afasia, confusão mental, apraxia, incontinência e as complicações como a pneumonia, a retenção e/ou incontinência urinária, desidratação, dispneia, e a subluxação do ombro à que ter cuidados especiais. Outras alterações que devem requerer atenção por parte dos EEER conforme refere Menoita (2012) são as alterações da mobilidade (força, tónus, perda do mecanismo de controlo postural, alteração da função sensorial), alterações da motricidade facial, alterações da linguagem (disartria, afasia) e alterações das funções cognitivas (alterações da memória, alteração das capacidades práticas, *neglect*, alterações na deglutição, alterações do padrão de eliminação intestinal e vesical e também, alterações na integridade cutânea.

As técnicas específicas de reabilitação e intervenções na educação das pessoas e respetivos elementos da família e cuidadores têm como finalidade melhorar as funções, recuperar a independência

nas AVD e minimizar o impacto das incapacidades instaladas sobretudo se existetambém compromisso da deglutição (Sá et al., 2023).

### **3.3.1 O compromisso de deglutição**

De acordo com a CIPE (2015), o processo de deglutição caracteriza-se, pelo movimento da língua e dos músculos, de modo a permitir a passagem de líquidos e de alimentos fragmentados da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.

Sá et al. (2023) explicam que a complexidade da deglutição advém do envolvimento dos seis pares de nervos cranianos na coordenação de mais de 20 pares de músculos, e que dividem a deglutição em quatro fases: fase oral preparatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica o que permite o movimento do bolo alimentar durante a deglutição. Para Jotz (2017), a deglutição é vital para o organismo humano e é resultante de um mecanismo neuromotor automatizado, que tem como função o transporte do alimento da porção anterior da boca até ao estômago. A nível das fases oral e faríngea, pode acontecer um atraso no reflexo de deglutição e o bolo alimentar (sólido ou líquido) pode invadir a árvore respiratória originando aspiração alimentar. Esta situação pode ocorrer com pequenas quantidades de alimentos levando a uma pneumonia por aspiração. Quanto mais alterado estiver o reflexo de tosse da pessoa com compromisso da deglutição, maior será o risco (Ferreira, 2017).

O ato de deglutir, envolve sistemas e estruturas em comum que são: respiratório, circulatório, nervoso e digestivo, bem como capacidades sensoriais e motoras. Segundo Pedro et al. (2019) a disfagia está relacionada alta prevalência de morbilidade e mortalidade devido a alterações nutricionais, complicações clínicas como desidratação, desnutrição, risco de aspiração e pneumonia, além de contribuir para a perda da funcionalidade e independência das pessoas.

Mourão et al. (2019) afirmam que a disfagia é clinicamente diagnosticada em 40 a 70% dos doentes nos três primeiros dias após o AVC e que a incidência de aspiração (de saliva, alimentos e/ou líquidos) varia de 20 a 45% nos primeiros cinco dias.

A maior parte dos doentes com AVC recupera a capacidade de deglutição de forma espontânea; contudo, em algumas pessoas pode prevalecer até aos seis meses de evolução. Desta forma, torna-se

importante a avaliação, o diagnóstico, a investigação e o tratamento da deglutição comprometida, por parte dos enfermeiros (Sá et al., 2023).

De acordo com Braga (2016), a reeducação precoce da deglutição permite prevenir estas complicações e na intervenção dos EEER às pessoas com disfagia podem ser usadas diversas abordagens como técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias na deglutição, exercícios de amplitude de movimentos, fortalecimento muscular, alterações na dieta e cinesiterapia respiratória. De acordo com Sá et al. (2023), após a avaliação do doente, se este apresentar alteração da deglutição, segue-se o planeamento dos cuidados de ER que têm como objetivo a reeducação da função “deglutir”. Dos cuidados de ER deverão fazer parte também a avaliação da capacidade da pessoa para se alimentar e hidratar de forma independente, atendendo à sua mobilidade, à força muscular, ao controlo dos talheres desde o prato até à boca, à capacidade de preparar os alimentos e os líquidos para a sua ingestão, ao tipo de dieta, e ao controlo da cabeça na posição sentada e à acuidade visual.

### **3.3.2 A comunicação comprometida**

A comunicação é uma necessidade básica do ser humano; é o meio pelo qual os padrões de vida e de cultura são transmitidos, em que se aprende a ser membro de uma determinada sociedade. Comunicar é o processo de transmitir a informação e de a compreender que ocorre entre duas ou mais pessoas. Assim, sem compreensão não ocorre comunicação (Santos, 2018).

As alterações vocais podem afetar a comunicação e deste modo também a QV em diferentes níveis. A voz é importante e depende de estruturas neurológicas e anatómicas relacionadas com a fonação que são essenciais para a expressão dos pensamentos, emoções e para o convívio social (Rosendo et al., 2022).

Grande parte dos doentes com AVC recebem alta hospitalar com problemas relacionados com a comunicação oral e com incapacidade funcional residual, fontes geradoras de dependência nas AVD. O compromisso da comunicação no AVC decorre da afasia e da disartria, que podem produzir isolamento social e quadros depressivos (Antunes et al., 2019).

Rosendo et al. (2022) sublinham ainda que as disartrias são distúrbios vocais que acompanham as lesões cerebrais caracterizadas por alterações motoras da respiração, da fonação, da articulação, ressonância e da pronúncia e que tais características interferem com a fala. De acordo com a CIPE (2015),

a disartria compreende uma enunciação pouco clara das palavras. Quando esta alteração está presente, as palavras não podem ser enunciadas na sua totalidade, misturando-se ou sendo parcialmente eliminadas. Isto associa-se à fraqueza dos músculos fonadores, a lesão do sistema nervoso, ao uso de drogas ou pronúncia descuidada. Para autores, como Neto & Constantini (2017), as alterações disártricas, caracterizam-se por lentidão e incoordenação em que a comunicação se torna cada vez mais simples, com uso de frases curtas e acabando, em fases adiantadas, a responder questões com o uso de palavras-chaves ou “sim/ não”.

De acordo com Menoita (2012), quando os doentes apresentam este tipo de alterações, a intervenção dos EEER passa por ensinar a controlar a respiração, a aumentar a força da musculatura orale a melhorar a qualidade da voz e da articulação das palavras através da lentificação do discurso e da utilização de palavras-chave e reeducação da musculatura facial. Estas técnicas ajudam a melhorar o discurso e a expressar-se de forma clara e calma através da utilização de frases curtas e da utilização de meios alternativos de comunicação adaptada.

No que se refere à afasia enquanto alteração de linguagem adquirida como resultado de lesão cerebral focal no hemisfério dominante para a linguagem, Sampaio & Moreia (2016), este défice pode estar presente em todas as modalidades: fala, escrita, leitura e canto e, acomete o funcionamento social e comunicativo, além da qualidade de vida do indivíduo. De acordo com a CIPE (2015), a afasia refere-se a um compromisso da cognição que se caracteriza por defeito ou ausência da função linguagem para usar e compreender palavras, e é dividida em duas categorias: motora e sensorial. A afasia motora é também designada por afasia de compreensão (Junior et al. 2018). Esta é comum na presença de lesões na área cortical posterior (área de Wernicke) e está relacionada à dificuldade de compreensão da fala. No que se refere às afasias de expressão ou motoras, caracteriza-as a incapacidade de produzir a fala, resultando em um discurso não fluido e com pausa entre palavras, e estão relacionadas com lesões no centro anterior da linguagem, no hemisfério dominante (área de Broca) (Junior et al. 2018).

A etiologia da afasia é importante para o tratamento, e é preciso ter em conta fatores como o tipo e tamanho da lesão, além de fatores individuais como idade e predomínio manual (Fontanesi & Schmidt, 2016).

A intervenção dos EEER nestes momentos, deve ter em conta a promoção de um ambiente de apoio terapêutico, de forma a auxiliar a comunicação e ensinar o doente e família, a partir do reforço positivo e promovendo um comportamento de suporte. De acordo com Menoita (2012), a finalidade da intervenção em termos de ER passa por auxiliar a capacidade de compreensão e de expressão e diminuir o sentimento

de frustração devido à dificuldade ou até mesmo à incapacidade em comunicar. Desta forma é importante que se utilizem técnicas que melhorem a capacidade verbal, que sejam providenciadas ajudas técnicas que contribuam para aperfeiçoar o discurso, explicar à pessoa os fatores que promovem a compreensão, identificar-lhe as frustrações da pessoa e orientar os familiares.

A utilização de dispositivos auxiliares de comunicação, utilização de sistemas de comunicação por objetivos, de imagens, de gráficos e de sistemas combinados (símbolos gráficos e visuais), com base na escrita e comunicação por linguagem codificada, também podem ser utilizados no sentido de proporcionar uma comunicação eficaz (OE, 2015).

### **3.3.3 As alterações musculares: força, tónus muscular e equilíbrio**

A modificação na irrigação sanguínea encefálica que ocorre no AVC, provoca défices motores que podem levar a prejuízos na funcionalidade do indivíduo interferindo com a realização das suas AVD. As alterações físicas mais comuns a hemiplegia e a hemiparesia a que correspondem perda total ou parcial do movimento no hemicorpo contralateral à lesão (Schuster, 2011).

Consideram-se duas fases no doente com AVC, a fase flácida e a fase espástica. Na primeira os objetivos de intervenção em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação visam a prevenção da subluxação e lesão de tecidos moles; na segunda, é importante a conservação de amplitudes articulares e o controlo do tónus e maximização da funcionalidade (Neves & Barbosa, 2018). Quando ocorrem alterações da força, podem surgir alterações do tónus muscular; então, o doente apresenta hipotonicidade no início do movimento, em particular durante as primeiras semanas (Menoita, 2012).

Após a fase flácida, pode surgir a instalação de um quadro de hipertonia com aumento da resistência ao movimento passivo em que há aumento do tónus muscular, exacerbando-se os reflexos profundos, (Menoita, 2012). Para avaliar a força, pode-se recorrer à escala de Lower que deve ser avaliada em todos os movimentos de todos os segmentos corporais, devendo essa avaliação ser iniciada dos segmentos mais distais para os proximais. Para avaliar as alterações do tónus pode usar-se a escala de Ashworth. Tal como a força, a presença de espasticidade deve ser avaliada em todos os planos de movimento e em todos os segmentos corporais, devendo ser feita bilateralmente e do distal para o proximal (Castro & Blascovi-Assis, 2017).

Nos doentes com AVC, a intervenção terapêutica com vista à reabilitação deve ser interdisciplinar e o mais precoce possível, de modo a manter ou recuperar as funções físicas, psicológicas e sociais, contribuindo para a prevenção de complicações, nomeadamente úlceras por pressão, trombose venosa profunda, embolia pulmonar e incapacidade funcional (Matos & Simões, 2020)

Conforme reforça Menoita (2012) é fundamental que se promova a alternância de decúbitos em padrão anti-espástico de forma a facilitar a integração do esquema corporal e da lateralidade através do posicionamento em padrão anti-espástico, cujos principais objetivos são proporcionar conforto e bem-estar, prevenir alterações músculo-esqueléticas, manter a integridade cutânea dos tecidos subjacentes, alternar o campo visual e integrar o esquema corporal. O decúbito dorsal é o que mais favorece o aparecimento da espasticidade; por isso, os decúbitos laterais são preferenciais visto que promovem a estimulação propriocetiva por ação do peso do corpo promovendo a reintegração no esquema corporal, permitindo também a utilização do hemicorpo menos afetado. As alterações de sensibilidade que estão frequentemente presentes no doente com AVC exigem que toda a manipulação dos doentes seja cuidadosa prevenindo o risco de ombro doloroso (Menoita, 2012).

O programa de cuidados de enfermagem de reabilitação deve ser baseado nos padrões de exercício que contribuem para a conservação da força muscular, a motivação do doente, o tipo de ação/contração muscular presente, a intensidade, o número de repetições, o tempo de repouso entre séries, a ordem sequencial dos exercícios, a sua frequência e ainda a compreensão de fenómenos fisiológicos e de neuroplasticidade. As mobilizações precoces, o treino de equilíbrio, o treino ergonómico, o treino de marcha, a caminhada ao ar livre, o treino em grupo, exercícios orientados pelo cuidador bem como o posicionamento inibidor de reflexos, as automobilizações, e o treino com produtos, de apoio são fundamentais para que haja sucesso na reabilitação motora (Matos & Simões, 2020).

No que se refere ao equilíbrio, a maioria dos doentes apresenta deficiências provenientes de diversas sequelas. É comum a fraqueza muscular, caracterizada por uma supressão parcial ou total da função motora, mais evidente num hemicorpo, relacionada com a perda da atividade seletiva dos músculos que controlam o tronco. Esta fraqueza, associada aos movimentos compensatórios, pode gerar uma assimetria postural e um *déficit* de equilíbrio que se repercute nas atividades que envolvem transferências e mobilidade (Santos & Anjo, 2021). Para a CIPE (2015) o equilíbrio é um status que se define pela segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se.

Um dos objetivos dos cuidados de enfermagem de reabilitação é evitar ou reduzir a instalação da espasticidade. Como refere Menoita (2012), os exercícios para o equilíbrio têm como finalidade reeducar o mecanismo reflexo-postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural ao efetuar carga no membro superior e inferior, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco no lado afetado e preparar a marcha.

### **3.3.4 As alterações sensório-motoras**

A sensibilidade é uma das funções mais extensas do sistema nervoso; a diminuição ou a perda de sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) contribui para que ocorram disfunções perceptivas como alterações da imagem corporal e *neglect* e para o risco de lesões. Os défices sensoriais pós AVC podem resultar em lesões das estruturas corticais e subcorticais, em especial na área somatosensorial (Menoita, 2012). A capacidade para desempenhar ações motoras e funções independentes está relacionada com a habilidade de compreender sensações de dor, temperatura, pressão e vibração, assim como a capacidade para localizar partes do corpo no espaço (propriocepção). O sistema sensorial é importante para prevenir lesões na medida em que permite à pessoa, por exemplo, reconhecer a temperatura de um objeto (Paiva et al., 2015).

Para Menoita (2012) o treino de estimulação sensorial apoia-se no princípio da plasticidade cerebral, em que a estimulação sensorial se concretiza através de estímulos repetidos para que cheguem ao cérebro em grande quantidade e para que essas informações sejam decodificadas de forma a que o doente possa reaprender as funções esquecidas ou perdidas. Para recuperar as funções perdidas, sejam elas visuais, auditivas, tácteis, deve existir estimulação com várias texturas e devem ser utilizados instrumentos que promovam o estímulo sensorial (estimulação táctil).

Após a avaliação da sensibilidade (táctil grosseira e fina, térmica, dolorosa, vibratória, postural e sentido de pressão) a OE (2015) recomenda como intervenções dos EEER a aplicação de calor, aplicação de frio, aplicação de talas, a otimização do ambiente físico, a realização de estimulação sensitiva e de percepção sensorial, a realização de massagens, posicionamentos, exercícios musculares e articulares e avaliação sistemática da sensibilidade.

## **4. PLANO DE INTERVENÇÃO**

Para a implementação do projeto de intervenção foi elaborado um plano de intervenção com base na revisão da literatura.

Foram definidas a realização de duas avaliações aos doentes admitidos no projeto: uma avaliação inicial e uma avaliação final; este projeto de intervenção teve como população-alvo os doentes internados no serviço de medicina onde se realizou o estágio final e que tinham como critério de inclusão, apresentar compromisso funcional por causa neurológica.

Antes do primeiro contacto com os doentes foi realizada a recolha de dados através do processo clínico e por informação dos enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço. Depois de sinalizados os doentes, foi realizada a avaliação inicial que incluiu a entrevista e a aplicação dos instrumentos de avaliação: Mini- Mental State Examination (MMSE), Escala da Qualidade de vida Específica para doentes que sofreram AVC (EQVE-AVC), Escala de Barthel e Escala Visual Analógica (EVA). Posteriormente foi elaborado o plano de intervenção de enfermagem de reabilitação individualizado.

Seguindo os critérios preconizados pelo padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de ER (OE, 2015) e outros com relevância científica descritos na literatura, a avaliação inicial dos participantes incluiu a avaliação dos parâmetros vitais: respiração (saturação periférica de oxigénio (SpO2), frequência cardíaca (FA), tensão arterial (TA), temperatura corporal timpânica (TT) e a dor. E também o desempenho do doente nas AVD, a sua capacidades cognitiva e a sua perceção de QV.

### **4.1 IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS ORIENTADOS PARA OS RESULTADOS**

Mediante os diagnósticos mais observados no local de estágio, foram implementados cuidados de enfermagem de reabilitação que vão de encontro às limitações do doentes. De forma a promover a sua recuperação e independência.

Os problemas mais evidentes e potenciais foram identificados na avaliação inicial, a partir dos quais foram formulados diagnósticos de ER, com relação aos focos de enfermagem e elaboradas intervenções baseadas em evidência científica: autocuidado alimentação comprometido; autocuidado

higiene e vestuário comprometido; autocuidado eliminação comprometido; autocuidados transferir-se comprometido; défice de conhecimento relacionado com os exercícios a realizar e as atividades terapêuticas; risco de queda; risco de UPP; movimento muscular comprometido; prevenir o ombro doloroso; equilíbrio corporal comprometido; sensibilidade comprometida; intolerância a atividade; ventilação comprometida e limpeza das vias aéreas comprometidas, foram implementados cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com as limitações dos doentes de forma a promover a sua recuperação e independência, orientados para resultados conforme descrito no quadro abaixo.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções	Resultados esperados
<b>Autocuidado Alimentação comprometida</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação de compromisso da deglutição;</li><li>- Sentar corretamente para a refeição;</li><li>- Adequar a consistência dos alimentos ao compromisso identificado;</li><li>- Usar espessante nos líquidos em função do compromisso</li><li>- Ajudar a preparar o prato, retirar espinhas e cortar os alimentos se dificuldade em comer sozinho</li><li>- Incentivo ao autocuidado comer</li><li>- Usar prato com ventosa e rebordo maior; e outro material adaptativo</li><li>- Fomentar momentos de convívio durante as refeições</li><li>- Incentivo a e ajuda na higiene oral cuidada.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Melhorar o desempenho neste autocuidado;</li><li>- Melhorar a conservação de energia.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação das necessidades de autocuidado higiene e vestuário</li></ul>	

<p><b>Autocuidado</b> <b>Higiene e Vestuário</b> <b>comprometido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino e treino de técnicas específicas de higiene e vestuário</li> <li>- Assistir no autocuidado higiene no chuveiro;</li> <li>- Monitorização da tolerância ao esforço durante as atividades</li> <li>- Ensino sobre a prevenção de acidentes e cuidados a ter durante estas atividades no domicílio;</li> <li>- Recomendar a vantagem da presença de outra pessoa, para ajuda na higiene e roupas de modo a minimizar as deslocações desnecessárias</li> <li>- Aconselhar a colocação suportes para facilitar a mobilização tapetes antiderrapantes no chuveiro, aconselhar a colocação de bancos ou assentos adaptativos;</li> <li>- Assistir e supervisionar o autocuidado vestir-se;</li> <li>- Assistir nos posicionamentos e assistir o doente no vestir,</li> <li>- Ensino sobre estratégias para facilitar o autocuidado vestir/despir (explicar que deve vestir pelo lado afetado e para despir começar pelo são) e depois de estar vestido sentar em frente ao espelho para que se possa aperceber da sua imagem;</li> <li>- Recomendar o uso de vestuário largo e com elasticidade para facilitar a atividade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o desempenho neste autocuidado;</li> <li>-Melhorar a conservação de energia;</li> </ul>
--	---	---

<p><b>Autocuidado eliminação comprometido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação das necessidades de autocuidada eliminação</li> <li>- Instruir e exemplificar sobre o uso de arrastadeira, e a possibilidade de utilização de fraldas (se necessário) para conforto;</li> <li>-Assistir no autocuidado uso do sanitário</li> <li>-Incentivar a eliminação a intervalos regulares (levar o doente à casa de banho a horas certas e várias vezes ao dia);</li> <li>- Insistir na ingestão de líquidos (chá, água, sopas, sumos de fruta);</li> <li>-Recomendar dieta rica em frutas e vegetais verdes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o desempenho neste autocuidado;</li> <li>- Melhorar a conservação de energia.</li> </ul>
<p><b>Autocuidado transferir-se comprometido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino e demonstração de atividades terapêuticas como rolar, ponte, carga no cotovelo e facilitação cruzada;</li> <li>- Ensino e ajuda nas transferências cama/cadeira/sanitário, técnicas de levantar e treino de equilíbrio;</li> <li>- Ensino e demonstração de exercícios isotónicos e isométricos, marcha controlada e postura corporal correta;</li> <li>- Ensino sobre posicionamentos</li> <li>- Incentivar e exemplificar sobre o uso de estratégias adaptativas,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar técnica de transferência;</li> <li>- Realizar transferências de modo seguro</li> <li>- Prevenir complicações;</li> <li>-Integrar o doente na sua própria reabilitação;</li> <li>-Manter ou melhorar a recuperação funcional.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforço sobre a importância de manter todos os exercícios no domicílio</li> <li>- Orientação sobre disposição adequada do mobiliário no domicílio;</li> <li>- Ensinar sobre o uso de cadeira de rodas</li> <li>- Se potencial para marcha: ensino o sobre uso de canadianas ou outro auxiliar conforme adequado de forma a deslocar-se de modo autónomo e seguro;</li> </ul>	
<p><b>Défi ce de conhecimento relacionado com atividade e os exercícios terapêuticos a realizar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar as vantagens do programa de reabilitação;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas ao longo dos contactos através do reforço positivo sobre o programa de reabilitação;</li> <li>- Promover um ambiente calmo;</li> <li>- Mostrar disponibilidade para ouvir;</li> <li>- Falar de frente para o doente/cuidador e ou familiar, com frases simples, curtas e vocabulário familiar. Usar perguntas de resposta fechada;</li> <li>- Dar tempo para o doente responder;</li> <li>- Usar estratégias facilitadoras: olhar, tocar, gestos, imagens, símbolos e sons;</li> <li>- Não corrigir e não exigir que fale corretamente;</li> <li>- Não exigir tarefas e respostas em simultâneo;</li> <li>- Evitar o isolamento, incentivar à socialização;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o conhecimento do doente sobre o seu processo de reabilitação;</li> <li>- Integrar e envolver o doente na sua própria reabilitação;</li> <li>- Promover uma comunicação eficaz;</li> <li>- Manter ou melhorar a recuperação funcional.</li> </ul>

	- Envolver a família/Cuidador no plano terapêutico	
<b>Risco de Queda</b>	-Avaliação do risco de queda - Incentivo ao uso de calçado adequado; - Ensino relativamente ao ambiente seguro e sem objetos que possam favorecer a queda	- Prevenir quedas;
<b>Risco de UPP</b>	-Avaliação e monitorização do risco de UPP através da Escala de Braden; - Vigilância da integridade cutânea; -Esclarecer sobre existência de materiais de prevenção de UPP, - Ensinar sobre os benefícios de manter a pele hidratada, mas seca nas pregas cutâneas através da aplicação de cremes e loções corporais adaptadas a cada doente; - Explicar a importância de otimizar lençóis de cama, de forma a eliminar vincos que possam originar pontos de pressão e ou lesões profundas nos tecidos; - Explicar a vantagem do alívio da pressão através da alternância de posicionamentos (terapêutica de posição).	- Prevenir o aparecimento de UPP; - Manter a integridade cutânea.
	- Avaliação e monitorização e da força muscular (escala do índice do medical council); - Demonstração e incentivo à execução de exercícios musculares e articulares ativos (auto mobilizações, (exercício muscular, isotónico e	- Prevenir perda de mobilidade e tónus muscular; - Manutenção da força muscular;

<p><b>Movimento Muscular Comprometido</b></p>	<p>mobilizações ativas, mobilizações ativas resistidas com halteres e caneleiras);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios isométricos;</li> <li>- Realização de exercícios musculares articulares passivos e ativos-assistidos e passivos,</li> <li>- Realização de exercícios terapêuticos como a ponte e rolamentos;</li> <li>- Ensinar e exemplificar técnicas de posicionamentos, e o alinhamento corporal;</li> <li>- Monitorização da frequência cardíaca (FC), tensão arterial (TA), frequência respiratória (FR), spO2 e dor antes, durante e após realização das técnicas de exercícios musculares e articulares;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impedir a instalação da rigidez muscular e articular e padrão espástico;</li> <li>- Melhorar a amplitude articular;</li> <li>- Manter a força muscular dos 4 membros.</li> </ul>
<p><b>Risco de lesão (ombro doloroso)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do risco de ombro doloroso (tonicidade, força muscular e amplitude do movimento articular)</li> <li>- Monitorização da dor (através de escalas, EVA),</li> <li>- Explicar ao doente os procedimentos e a importância de referir o desconforto ou dor caso sinta; administrar terapêutica de suporte;</li> <li>- Ensinar e executar técnicas de prevenção, (posicionamento em padrão inibidor da espasticidade; técnicas terapêuticas;</li> <li>- Ensinar e executar técnicas de como controlo da respiração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a capacidade funcional do membro superior afetado;</li> <li>- Impedir o desenvolvimento do ombro doloroso;</li> <li>- Manter o doente sem desconforto ou dor;</li> <li>- Prevenir o aparecimento de dor;</li> </ul>

	- Cuidar para prevenção e controlo do ombro doloroso, através de ensinios;	
<b>Equilíbrio Corporal Comprometido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do equilíbrio corporal (escala de Berg) e força muscular;</li> <li>- Ensino e exemplificação sobre como manter equilíbrio corporal estático, sentado e ortostático/dinâmico sentado e ortostático (através de técnicas como a facilitação cruzada e sentar na cama;</li> <li>- Ensinar e exemplificar a correção postural: correção em frente a espelho durante o treino de equilíbrio;</li> <li>- Treino de marcha (com ou sem auxiliar de marcha);</li> <li>- Treino de subir e descer escadas com ou sem auxiliar de marcha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar equilíbrio estático e dinâmico;</li> <li>- Prevenir e corrigir defeitos posturais;</li> <li>- Manter alinhamento tronco e membros;</li> <li>- Promover segurança para a marcha;</li> </ul>
<b>Sensibilidade Comprometida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar alterações da sensibilidade e em caso de alterações ter em conta a temperatura da água do banho, radiadores, lareiras, saco de água quente) de modo a evitar queimaduras</li> <li>- Treinar a coordenação de movimentos dos olhos e mãos</li> <li>- Abordar o doente pelo lado afetado em todas as atividades;</li> <li>- Estimular através do toque ao lado afetado;</li> <li>- Ensinar e ter em atenção as fontes de calor, pois podem provocar queimaduras sem o sentir.</li> </ul>	- Aumentar a sensibilidade do lado afetado;

<p><b>Intolerância à atividade</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar e exemplificar, formas de gerir a atividade física, alternar atividade com repouso;</li> <li>- Realizar ensinamentos e técnicas de conservação de energia,</li> <li>- Avaliar FR e SPO2 durante as atividades no leito antes durante e após a realização dos exercícios;</li> <li>- Ensinar e treinar sobre consciencialização e controlo da respiração, e ensino e treino de posições relaxamento, bem como a gestão do esforço, executando apenas o que consegue fazer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar tolerância à atividade física (pequenos e médios esforços);</li> <li>- Melhorar a conservação de energia;</li> <li>- Reeducar no esforço;</li> </ul>
<p><b>Ventilação comprometida</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ajuda no posicionamento (posição de relaxamento);</li> <li>- Realização de exercícios de reeducação costal e reeducação abdomino diafragmática</li> <li>- Posicionamento em posição de drenagem postural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir a tensão psíquica e muscular;</li> <li>- Melhorar a expansão diafragmática;</li> <li>-Melhorar mobilidade e expansão visando a melhoria da ventilação.</li> </ul>
<p><b>Limpeza das Vias Aéreas comprometida</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino e incentivo de tosse eficaz.</li> <li>- Ajuda na eficácia da tosse;</li> <li>- Aspiração de secreções se necessário;</li> <li>-Posicionamento em posição de drenagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhorar mobilidade e expansão visando a melhoria da ventilação;</li> <li>- Evitar aderências pleurais.</li> </ul>

Quadro n.º1 – Diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados.

Fonte: Elaborado pelo próprio

## 5. METODOLOGIA

Tendo em conta os objetivos de aprendizagem do estágio final e tendo em conta o tema escolhido “cuidados de enfermagem de reabilitação na qualidade vida na pessoa com alterações do foro neurológico”, foi definido como objetivo geral deste projeto de intervenção contribuir para a capacitação das pessoas com alterações neurológicas e assim melhorar a sua perceção de QV e como objetivos específicos: identificar os doentes com alterações neurológicas internados num serviço de medicina; avaliar a capacidade para o autocuidado destes doentes; identificar a sua perceção de QV; planear intervenções de enfermagem de reabilitação que contribuam para prevenir, manter ou melhorar a QV; implementar intervenções de enfermagem de reabilitação e avaliar os resultados das intervenções implementadas.

A metodologia deste projeto de intervenção assenta numa metodologia de investigação-ação, porque organizou-se em dois eixos, em que um é estratégico (ação e reflexão) e outro organizativo (planificação e observação), que se relacionaram de forma interativa, o que permitiu a compreensão e a resolução de situações de prática educativa (Simão et al., 2009). De acordo com Koerich et al. (2009), parte da avaliação de uma problemática, realiza um diagnóstico e introduz medidas para a modificação da situação de acordo com a estratégia de estudo de caso. Por se tratar de um método que pretende descrever em profundidade um doente ou vários, procurando identificar problemas que sejam passíveis de modificar, Fortin (2009) refere que esta estratégia de pesquisa pode apresentar dois objetivos aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo/grupo, ou o estudo de mudanças suscetíveis de se produzirem ao longo do tempo nesse indivíduo/grupo.

Tendo em conta a problemática deste trabalho “cuidados de enfermagem de reabilitação na qualidade de vida da pessoa com alterações do foro neurológico”, foram estudados doentes com alterações neurológicas e com perceção da QV alterada, com a finalidade de tentar obter uma evolução positiva na situação clínica de acordo com a metodologia do processo de enfermagem, e deste modo melhorar a sua perceção de QV. Esta metodologia e estratégia permitiram não apenas identificar um problema, mas também modificá-lo e melhorá-lo no local da ação, a partir do envolvimento dos indivíduos nessa ação com sugere Menezes (2017).

## 5.1 PARTICIPANTES E RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Os participantes deste trabalho foram os doentes internados no serviço de medicina interna, como já foi referido, onde decorreu o estágio final, no período de 19 de setembro de 2022 a 21 de janeiro de 2023, que apresentavam défice na QV devido a alterações do foro neurológico.

Na entrevista inicial, realizada no primeiro contato aos doentes avaliados, foram recolhidos dados que permitiram definir os diagnósticos de enfermagem, planejar e implementar as intervenções adequadas a esses diagnósticos (Ribeiro et al., 2018).

Para sistematizar a avaliação, foram usados os seguintes instrumentos: A Escala da Qualidade de vida Específica para utentes que sofreram um AVC (EQVE-AVC) (anexo 4) desenvolvida com base na percepção de QV, num processo de construção de itens a partir de dados qualitativos reportados por estes (Malheiro, Nicola & Pereira, 2009). É composto por 49 itens distribuídos por doze domínios pontuados de 1 a 5 em que 1 corresponde a “Ajuda total - Não o consegui fazer de todo - Concordo fortemente” e 5 corresponde a “Sem ajuda – Sem dificuldade – Discordo fortemente”. Os domínios são: a percepção de energia, do papel familiar, a linguagem, a mobilidade, a disposição, a personalidade, os autocuidados, o papel social, a capacidade mental, a função dos membros superiores, a visão, e o trabalho/produktividade (Serras, 2014). Nesta escala do tipo likert, cada domínio apresenta diferentes itens que podem variar entre três, por exemplo, na percepção de energia (ou personalidade) e seis por exemplo na mobilidade. Aos doentes foi pedido para que, em cada um dos domínios, assinalassem com (X), numa escala de 1 a 5 a percepção ou situação descrita com a qual mais se se identificavam, conforme o quadro:

Ajuda total - Não o consegui fazer de todo - Concordo fortemente	1
Muita ajuda - Com muita dificuldade- Concordo moderadamente	2
Alguma ajuda – Com alguma dificuldade – Não concordo nem discordo	3
Pouca ajuda – Com pouca dificuldade – Discordo moderadamente	4
Sem ajuda – Sem dificuldade – Discordo fortemente	5

Quadro: n.º2 Quadro percepção da qualidade de vida através da EQVE-AVC Fonte: Serras, 2014

A Escala de Barthel foi usada para avaliar a capacidade de desempenho dos doentes nas AVD ou AC (anexo 2); pontua o seu grau de dependência a partir da avaliação das atividades (alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação/escadas (DGS, 2011)). Cada item é pontuado de acordo com o desempenho

do paciente em realizar tarefas de forma independente, com ajuda ou de forma dependente em que a pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (Minosso et al., 2009).

No que diz respeito à escala Mini- Mental State Examinations (MMSE), este instrumento de avaliação permite identificar a deterioração cognitiva défica /cognitivo nas pessoas (anexo 1). Avalia seis domínios que são: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (DGS, 2019). De acordo com esta escala, os scores de 22 a 30 pontos, correspondem a capacidades descritas.

Relativamente à avaliação da presença ou não de dor nos doentes, usei a escala visual analógica (EVA) que pontua a dor sentida pelos doentes numa escala 0 a 10, (anexo 3), em que 0 corresponde ao estado de “Sem Dor” e 10 à situação de “Dor Máxima”(DGS, 2003).

## 6. PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

No caso específico dos EEER, a ética exige uma reflexão continua sobre a forma de cuidar do individuo com necessidade de cuidados, tendo em conta o respeito, a dignidade e os direitos de cada um. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º392/2019), a reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que tem por objetivos melhorar a função e promover a independência, levando à manutenção da autoestima e à máxima satisfação do doente, sendo possível os EEER intervir no sentido de promover o direito à dignidade e à QV.

Para que se pudessem respeitar os princípios éticos e cumprir os procedimentos ético-legais, foram realizados os seguintes requisitos: elaboração de um pedido formal à instituição de acolhimento para realização do estágio final por parte da instituição de ensino, e formulação um pedido dirigido à Presidente da Comissão de Ética para Saúde, da Instituição onde se realizou o estágio final, requerendo a apreciação e parecer. Tendo estes pedidos sido aprovados. (anexo 5).

Como refere Nunes (2020), entre os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação incluem-se: a relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da

amostra, a relação risco/benefício, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre, bem como o anonimato dos sujeitos e a proteção dos dados) em todas as fases do estudo.

Os participantes foram selecionados através da avaliação, por parte dos EEER. Apresentavam alterações neurológicas e aceitaram participar de forma livre nas atividades propostas. O seu anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos ao longo da elaboração deste projeto foram sempre preservados e codificados, respeitando o dever ético do sigilo profissional do código deontológico, OE (2015). Foi elaborado um documento próprio para o consentimento informado, esclarecido e livre (apêndice 1), e o projeto foi implementado com autorização do Conselho de Administração e parecer favorável da Comissão de Ética do respetivo hospital (anexo 5)

A identidade dos participantes foi ocultada, tendo sido atribuído a cada participante uma letra.

## **7. RESULTADOS DOS PROJETO DE INTERVENÇÃO: DESCRIÇÃO DOS CASOS**

Os diagnósticos de enfermagem mais evidenciados nos doentes que integraram o projeto foram o compromisso funcional relacionado com a dificuldade em realizar as AVD (quadro nº 1), autocuidado higiene e vestuário comprometido, autocuidado alimentar-se, autocuidado eliminação comprometido, autocuidados transferir-se comprometido, risco de UPP, risco de dor, défice de conhecimento relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas, risco de queda, défice de conhecimento relacionado com transferências, movimento muscular comprometido, equilíbrio corporal comprometido, intolerância à atividade (pequenos/médios esforços).

### **7.1 Descrição dos Caso**

Os casos incluíram cinco doentes, dois do sexo masculino e três do sexo feminino com idades compreendidas entre os 58 e os 97 anos. Apresentaram grande heterogeneidade relativamente à proveniência antes do presente episódio de doença: um participante já residia numa instituição, outro

vivia na sua casa com a esposa, outro vivia com a filha, outras participantes viviam em domicílio próprio com ou sem outros elementos da família.

### **Caso A (anexo 6)**

Doente do sexo masculino, de 97 anos de idade e raça caucasiana. Previamente autónomo nos AC e institucionalizado em lar. Deu entrada no serviço de medicina proveniente do serviço observação (SO) tendo recorrido ao serviço de urgência (SU) por prostração súbita, alteração do estado de consciência, dispneia e com tosse produtiva com vários dias de evolução.

Tem de antecedentes pessoais (AP): AVC isquémico em outubro de 2022, hipertensão (HTA), diabetes mellitus do tipo II não insulina tratado (DMIINIT), obesidade e permaneceu internado com as hipóteses de diagnóstico (HD): bronquite aguda, Insuficiência cardíaca congestiva crónica descompensada (ICC) e doença renal crónica (DRC). Devido a episódio recente de AVC isquémico datado de outubro de 2022, mas sem sequelas aparentes, realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica (TAC-CE) que não revelou novas lesões; realizou radiografia de tórax que revelou uma inflamação dos brônquios e iniciou antibioterapia.

No internamento, inicialmente o doente é dependente parcial nas AVD. Eupneico com aporte de O<sub>2</sub> por máscara de venturi a 6 litros/minuto. Alimenta-se por mão própria à colher de dieta pastosa-diabética. Cumpre soroterapia em veia periférica.

Algaliado para controlo de débito urinário com sonda de longa duração a drenar urina clara. Pede a arrastadeira e permanece com fralda para conforto. Pele e mucosas integras e hidratadas.

Durante o internamento apresentou alguns problemas associados à sua condição clínica, como febre, dispneia e acúmulo de secreções. O doente esteve internado por um período de 15 dias, três deles em SO. Iniciou cuidados de enfermagem de reabilitação ao 5º dia, tendo realizado cinco sessões de reabilitação.

O programa de cuidados de ER incluiu 5 sessões de reabilitação, sob a supervisão de EEER do serviço e foram realizados dois momentos de avaliação.

Durante a primeira sessão apresenta-se consciente, calmo e orientado. Colaborante quando incentivado. Sem alterações cognitivas, tendo um Score de 23 no MMSE, para o qual destaco a atenção e o cálculo.

O repouso prolongado no leito durante o internamento no SO agravou o seu estado físico. Contudo, logo no 1º momento de contacto com o doente percebi que este tinha potencial de evolução, quer de mobilidade, força, equilíbrio e possivelmente recuperação de alguma funcionalidade. Apresenta alterações na capacidade funcional, com um grau de dependência moderado ( 40 na escala de Barthel).

Durante as intervenções não referiu dor.

Foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem de reabilitação: autocuidado de higiene comprometido, transferência comprometida, movimento muscular comprometido, intolerância à atividade, andar comprometido , ventilação e limpezas das vias aéreas comprometidas.

Na última avaliação, o doente manteve-se consciente, calmo e orientado. Colaborante quando incentivado e sem alterações cognitivas, mantendo um Score de 23 no MMSE, com ênfase para a memorização. No que diz respeito às alterações na capacidade funcional, o grau de dependência passou de moderado (40 na escola de Barthel) a leve ( 75 na escala de Barthel).

Realiza transferência para cadeirão apenas com supervisão, e permanece sentado com equilíbrio estático e dinâmico. Realizou treino de marcha com andarilho apenas com supervisão, conseguindo percorrer longas distâncias. O doente demonstrou ao longo dos exercícios tolerância ao esforço e boa coordenação motora.

Relativamente à recuperação do AC, o doente conseguiu recuperar a capacidade para o AC de higiene e conforto, pois consegue vestir e despir a parte de cima do corpo de forma autónoma. Mantinha controlo dos esfíncteres e pedia a arrastadeira, permanecendo a fralda para conforto. Durante as intervenções não apresentou dor.

Os sinais vitais permaneceram sempre estáveis anexo 6,quadro n.º 12).

Relativamente à perceção da QV (quadro n.º3) verificou-se uma evolução positiva, em termos qualitativos na perceção do doente sobretudo nos domínios da energia, disposição, linguagem e mobilidade. Em termos quantitativos no domínio energia ( em todos os itens evoluiu de score 1 para score 2), no domínio disposição (no item “estava desanimado com o meu futuro” evoluiu de score 1 para score 4 e nos restantes itens evoluiu de score 2 para score 4), no domínio linguagem ( apenas o item “teve dificuldade em falar” manteve score 3, restantes itens evoluíram de score 3 para score 4) e no domínio mobilidade (evoluiu em todos itens de score 2 para score 3).

**Quadro n.º 3: Evolução da perceção de qualidade de vida do doente A**

Domínios	Concordo Fortemente (1)		Concordo Moderadamente (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo Moderadamente (4)		Discordo fortemente (5)	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
<b>Energia</b>										
1. Senti-me cansado(a) a maior parte do tempo	1			2						
2. Tive de parar e descansar durante o dia	1			2						
3. Estava muito cansado (a) para fazer tudo o que queria	1			2						
<b>Papel Familiar</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Não participei em atividades lúdicas com a minha família						3	4			
2. Senti que era um fardo para a minha família.						3	4			
3. A minha condição física interferiu com a minha vida pessoal						3	4			
<b>Disposição</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Estava desanimado(a) com o meu futuro	1							4		
2. Não estava interessado(a) em outras pessoas ou atividades.			2					4		
3. Senti-me afastado(a) das outras pessoas			2					4		
4. Tinha pouca confiança em mim próprio(a)							4	4		
5. Não estava interessado(a) na comida									5	5
<b>Personalidade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Estava irritado(a)									5	5
2. Estava impaciente com os outros									5	5
3. A minha personalidade mudou									5	5
<b>Papel Social</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Não sai tantas vezes como gostaria			2	2						
2. Fiz os meus hobbies/passatempos e atividades lúdicas menos tempo que gostaria			2							5
3. Não vi tantos amigos como gostaria		1	2							
4. Tive relações sexuais menos vezes do que gostaria		1	2							
5. A minha condição física interferiu com a minha vida social				2			4			
<b>Capacidade Mental</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Era difícil concentrar-me			2	2						
2. Tive dificuldade em lembrar-me das coisas			2	2						

	5		5		5		5		5	
	Não o consegui fazer de todo (1)		Com muita dificuldade (2)		Com alguma dificuldade (3)		Com pouca dificuldade (4)		Sem dificuldade (5)	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
<b>Linguagem</b>										
3. Tive de escrever as coisas para não me esquecer									5	5
1. Teve dificuldade em falar? Por exemplo, gaguejava, balbuciava, engolia as palavras ou sentia que elas ficavam presas?					3	3				
2. Teve dificuldade em falar de forma suficientemente clara para utilizar o telefone?					3	3		4		
3. As outras pessoas tiveram dificuldade em percebê-lo(a)?					3			4		
4. Teve dificuldade em encontrar as palavras certas?					3			4		
5. Teve de repetir para os outros(as) compreendessem?					3			4		
<b>Mobilidade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em andar?				2	3					
2. Perdeu o equilíbrio quando se inclinava para a frente, ou tentava agarrar alguma coisa?			2			3				
3. Teve dificuldade em subir escadas?			2			3				
4. Teve de parar e descansar mais tempo, do que aquilo que gostaria, quando andava ou utilizava uma cadeira de rodas?			2			3				
5. Teve dificuldade em ficar em pé?			2			3				
6. Teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira?			2			3				
<b>Função do Membro Superior</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em escrever ou dactilografar?					3	3				
2. Teve dificuldade em calçar meias?			2	2						
3. Teve dificuldade em abotoar botões					3	3				
4. Teve dificuldade em fechar o fecho?					3	3				
5. Teve dificuldade em fechar um frasco?				2	3					
<b>Visão</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em ver televisão suficientemente bem, para poder apreciar um programa?							4	4		
2. Teve dificuldade em agarrar as coisas por falta de visão?							4	4		

3. Teve dificuldade em ver as coisas de um dos lados?							4	4		
<b>Trabalho/productividade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em realizar as tarefas diárias em casa?					3	3				
2. Teve dificuldade em terminar tarefas que já tinha começado?					3	3				
3. Teve dificuldade em fazer o trabalho que estava habituado?					3	3				
	<b>Ajuda Total (1)</b>		<b>Muita Ajuda (2)</b>		<b>Alguma Ajuda (3)</b>		<b>Pouca ajuda (4)</b>		<b>Sem ajuda (5)</b>	
<b>Autocuidados</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Preciou de ajuda para preparar as suas refeições?		1	2							
2. Preciou de ajuda para comer? (por exemplo, cortar os alimentos ou cozinhá-los)							4			5
3. Preciou de ajuda para se vestir? (por exemplo, calçar, meias ou sapatos, abotoar ou fechar um fecho?)					3			4		
4. Preciou de ajuda para tomar banho ou duche?							4	4		
5. Preciou de ajuda para ir à casa de banho?							4	4		
<b>Pontuação total:</b>										

## Caso B (anexo 7)

Doente de 78 anos de idade, raça caucasiana e sexo feminino. Previamente autónoma a viver com a filha. Deu entrada no serviço de medicina proveniente do SO. Recorreu ao SU após queda da própria altura, com desvio da comissura labial e diminuição da força do hemicorpo esquerdo. Durante o transporte refere dor no braço e na perna esquerda apresentando baixa saturação periférica com SPO2: 75%. Foram colocados óculos nasais inicialmente a 4litros/minuto para SPO2:98%.

No SU realizou os seguintes exames: radiografia do braço e perna esquerdos, sem lesão indicativa de fratura. Realizou TAC-CE onde se confirmou AVC isquémico. Tem de AP: DRC, HTA, anemia, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), disritmias, síndrome depressivo, ICC, portadora de pacemaker e hipocoagulada.

À entrada apresentava-se consciente, calma e orientada no tempo, espaço e pessoa. Eupneica, já sem aporte de O2 , pelo que na altura se associou a um período de ansiedade pela situação vivenciada. Sem desvio da comissura labial, mas refere perda de sensibilidade do hemicorpo esquerdo.

Apresenta hematoma no 1/3 distal do antebraço que se estende ao dorso da mão e na face externa da coxa esquerda, ainda no SO fez aplicação local de gelo , que por desconforto recusou. Restante pele e mucosas integras e hidratadas.

A doente esteve internada por um período de 10 dias, estando apenas algumas horas em SO. Iniciou cuidados de ER ao 2º dia, tendo realizado cinco sessões de reabilitação, sob a supervisão de EEER do serviço e foram realizados dois momentos de avaliação.

No momento inicial de contacto com a doente percebi que tinha potencial de evolução, da sensibilidade, da mobilidade, de força e equilíbrio e capacidade funcional.

Durante as sessões apresentava-se calma, consciente e orientada. Além de bastante comunicativa e colaborante. Sem alterações cognitivas, e tendo um Score de 25 no MMSE.

Apresenta ligeiras alterações na capacidade funcional, com um grau de dependência leve ( 80 na escala de Barthel). Foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem de reabilitação: diminuição da sensibilidade, autocuidado de higiene comprometido, transferência comprometida, movimento muscular comprometido e andar comprometido.

Foi monitorizada a tolerância ao esforço durante as atividades através da observação e avaliação dos sinais vitais e tendo em conta o pedido da doente ( anexo 7, quadro n.º 22 ), os quais se mantiveram sempre estáveis.

Avaliada a dor, a doente referiu dor grau 5 (anexo 7, quadro n.º 16). Para minimizar o impacto de dor foram explicados os procedimentos a ser realizados e pedido para que, quando sentisse desconforto ou dor fizesse sinal ou verbalizasse para suspender os exercícios e se necessário, administrar terapêutica de suporte. Após a primeira sessão foi dado conhecimento ao médico assistente e a doente passou a ter pautada analgesia , pelo que durante as sessões seguintes não referiu dor.

No momento da alta, a doente manteve um grau de dependência leve ( evoluiu de score 80 para score 90 na escala de Barthel) e sem alterações cognitivas ( 25 na MMSE) e, ao longo das sessões, foi tolerando bem o exercício, fazendo desmame da analgesia prescrita, tendo alta para casa apenas com analgesia em SOS.

Relativamente à percepção da QV (quadro n.º4) verificou-se uma evolução positiva, em termos qualitativos na percepção do doente nos domínios da energia, linguagem e mobilidade . Em termos quantitativos no domínio energia ( em todos os itens evoluiu de score 1 para score 2), no domínio linguagem ( evolui de score 4 para score 5 no itens “teve dificuldade em falar/teve dificuldade em falar de forma suficientemente clara para se perceber ao telefone”) e no domínio mobilidade (evoluiu de score 2 para score 3 nos itens “teve de parar e descansar mais vezes do que aquilo que gostaria quando andava

ou tinha que andar de cadeira de rodas/teve dificuldade em andar em pé/teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira).

**Quadro n.º 4 Evolução da perceção de qualidade de vida do doente B**

Domínios	Concordo Fortemente (1)		Concordo Moderadamente (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo Moderadamente (4)		Discordo fortemente (5)	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
<b>Energia</b>										
1. Senti-me cansado(a) a maior parte do tempo	1			2						
2. Tive de parar e descansar durante o dia	1			2						
3. Estava muito cansado (a) para fazer tudo o que queria	1			2						
<b>Papel Familiar</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Não participei em atividades lúdicas com a minha família			2	2						
2. Senti que era um fardo para a minha família.			2	2						
3. A minha condição física interferiu com a minha vida pessoal			2	2						
<b>Disposição</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Estava desanimado(a) com o meu futuro			2	2						
2. Não estava interessado(a) em outras pessoas ou atividades.			2			3				
3. Senti-me afastado(a) das outras pessoas			2	2						
4. Tinha pouca confiança em mim próprio(a)			2	2						
5. Não estava interessado(a) na comida			2	2						
<b>Personalidade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Estava irritado(a)									5	5
2. Estava impaciente com os outros							4	4		
3. A minha personalidade mudou							4	4		
<b>Papel Social</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Não sai tantas vezes como gostaria					3	3				
2. Fiz os meus hobbies/passatempos e atividades lúdicas menos tempo que gostaria					3	3				
3. Não vi tantos amigos como gostaria					3	3				
4. Tive relações sexuais menos vezes do que gostaria					3	3				
5. A minha condição física interferiu com a minha vida social					3	3				
<b>Capacidade Mental</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Era difícil concentrar-me									5	5
2. Tive dificuldade em lembrar-me das coisas									5	5
3. Tive de escrever as coisas para não me esquecer									5	5

	Não o consegui fazer de todo (1)		Com muita dificuldade (2)		Com alguma dificuldade (3)		Com pouca dificuldade (4)		Sem dificuldade (5)	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
<b>Linguagem</b>										
1. Teve dificuldade em falar? Por exemplo, gaguejava, balbuciava, engolia as palavras ou sentia que elas ficavam presas?							4			5
2. Teve dificuldade em falar de forma suficientemente clara para utilizar o telefone?							4			5
3. As outras pessoas tiveram dificuldade em percebê-lo(a)?									5	5
4. Teve dificuldade em encontrar as palavras certas?									5	5
5. Teve de repetir para os outros(as) compreendessem?									5	5
<b>Mobilidade</b>										
1. Teve dificuldade em andar?					3	3				
2. Perdeu o equilíbrio quando se inclinava para a frente, ou tentava agarrar alguma coisa?					3	3				
3. Teve dificuldade em subir escadas?					3	3				
4. Teve de parar e descansar mais tempo, do que aquilo que gostaria, quando andava ou utilizava uma cadeira de rodas?										
5. Teve dificuldade em ficar em pé?			2			3				
6. Teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira?			2			3				
<b>Função do Membro Superior</b>										
1. Teve dificuldade em escrever ou dactilografar?							4			5
2. Teve dificuldade em calçar meias?					3	3				
3. Teve dificuldade em abotoar botões?					3	3				
4. Teve dificuldade em fechar o fecho?					3	3				
5. Teve dificuldade em fechar um frasco?			2	2						
<b>Visão</b>										
1. Teve dificuldade em ver televisão suficientemente bem, para poder apreciar um programa?									5	5
2. Teve dificuldade em agarrar as coisas por falta de visão?									5	5
3. Teve dificuldade em ver as coisas de um dos lados?									5	5

<b>Trabalho/produktividade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em realizar as tarefas diárias em casa?									5	5
2. Teve dificuldade em terminar tarefas que já tinha começado?									5	5
3. Teve dificuldade em fazer o trabalho que estava habituado?									5	5
	<b>Ajuda Total (1)</b>		<b>Muita Ajuda (2)</b>		<b>Alguma Ajuda (3)</b>		<b>Pouca ajuda (4)</b>		<b>Sem ajuda (5)</b>	
<b>Autocuidados</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
4. Precizou de ajuda para preparar as suas refeições?							4	4		
5. Precizou de ajuda para comer? (por exemplo, cortar os alimentos ou cozinhá-los)									5	5
6. Precizou de ajuda para se vestir? (por exemplo, calçar, meias ou sapatos, abotoar ou fechar um fecho?)							4	4		
4. Precizou de ajuda para tomar banho ou duche?									5	5
5. Precizou de ajuda para ir à casa de banho?									5	5
<b>Pontuação total:</b>										

### Caso C (anexo 8)

Doente de 67 anos de idade, raça caucasiana e sexo masculino. Previamente autónomo a viver em casa própria com a esposa. Deu entrada no serviço de medicina, proveniente do SO. Recorreu ao SU por diminuição da força dos membros inferiores quando caminhava na rua, já não conseguindo chegar a casa. A entrada refere não realizar qualquer toma de terapêutica. Ficou internado com as HD: Parestesias para estudo em contexto de neoplasia pulmonar e possível metastização óssea e medular. Tem de AP: HTA e dislipidemia.

Apresenta-se consciente e orientado. Ansioso e com períodos de labilidade emocional devido à sua situação clínica. Eupneico em ar ambiente. Dependente total nas AVD, mobiliza-se no leito com apoio das grades. Alimenta-se por mão própria de dieta geral. Apresenta mucosas e pele integras e hidratadas. Algaliado com sonda de longa duração para controlo do débito urinário e prevenção de lesões por humidade, a drenar urina clara. Pede a arrastadeira e permanece com fralda para conforto.

O doente esteve internado por um período de seis dias, estando apenas algumas horas em SO. Iniciou cuidados de ER ao 2º dia, tendo realizado cinco sessões de reabilitação. Ao sexto dia de internamento pediu alta para domicílio.

Na primeira abordagem ao doente percebi que não tinha potencial de evolução devido aos diagnósticos de internamento, mas com potencial de manutenção da sensibilidade, da força, do equilíbrio, risco de UPP e dos autocuidados: higiene, vestir e alimentação.

Durante as sessões esteve calmo, consciente e orientado. Bastante comunicativo e colaborante. Sem alterações cognitivas ( 30 no MMSE), boa memorização com ênfase para o cálculo.

Apresenta alterações na capacidade funcional, com um grau de dependência total ( 20 na escala de Barthel). Foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem de reabilitação: diminuição da sensibilidade, autocuidado de higiene e vestir comprometido, equilíbrio comprometido, movimento corporal comprometido e intolerância à atividade .

Foi monitorizada a tolerância ao esforço durante as atividades através da observação e avaliação dos sinais vitais e tendo em conta sempre o pedido do doente (anexo 8, quadro n.º 27 ). De referir que apesar de hemodinamicamente estável, apresentou em todas as sessões sudorese profusa.

Avaliada a dor, o doente referiu dor grau 2 (anexo 8, quadro n.º 21). Para minimizar o impacto de dor foram explicados os procedimentos a ser realizados e pedido para quando sentisse desconforto ou dor que fizesse sinal ou verbaliza-se para suspender os exercícios e, se necessário administrar terapêutica de suporte. Após a primeira sessão, foi dado conhecimento ao médico assistente pelo que teve alterações terapêuticas e tendo pautado analgesia.

Desde o início do programa de cuidados de ER, o doente C, apresentou-se consciente, orientado e com períodos de ansiedade até ao momento da alta. De realçar que este internamento foi bastante difícil tanto para a família como para o doente devido às deficiências adquiridas e que iriam perdurar no tempo. Houve a necessidade de gerir emoções (durante as intervenções foram feitas pausas), para se conversar sobre os outros assuntos, comer um chocolate ou ver um pouco de televisão, de modo a que o doente colaborasse de uma forma mais ativa.

Ao longo das sessões o doente foi incentivado a automobilizar-se, a realizar técnicas de relaxamento, mobilização resistidas com bastão/elásticos e pesos, havendo sempre motivação, o que possibilitou o ganho de força muscular nos membros superiores e tronco, destreza, equilíbrio do tronco e consciência de quando estava cansado.

No momento da alta, o doente manteve um grau de dependência total sem alterações cognitivas ( 30 na MMSE) e ao longo das sessões foi tolerando bem o exercício.

Os sinais vitais mantiveram-se sempre estáveis ( anexo 8, quadro n.º 27).

Relativamente à percepção da QV (quadro n.º 5) verificou-se que não houve alterações significativas na percepção do doente. Em termos qualitativos em todos os domínios o doente C manteve

as respostas, exceto nos domínios capacidade de mental e linguagem. Em termos qualitativos, em todos os domínios manteve o score, exceto no domínio capacidade mental (evoluiu de score 4 para score 5 no item “era difícil concentrar-me”) e no domínio linguagem (evoluiu de score 4 para score 5 no item “teve dificuldade em encontrar as palavras certas”).

**Quadro n.º5 Evolução da perceção de qualidade de vida do doente C**

Domínios	Concordo Fortemente (1)		Concordo Moderadamente (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo Moderadamente (4)		Discordo fortemente (5)	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
<b>Energia</b>										
1. Senti-me cansado(a) a maior parte do tempo	1	1								
2. Tive de parar e descansar durante o dia	1	1								
3. Estava muito cansado (a) para fazer tudo o que queria	1	1								
<b>Papel Familiar</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Não participei em atividades lúdicas com a minha família			2	2						
2. Senti que era um fardo para a minha família.			2	2						
3. A minha condição física interferiu com a minha vida pessoal			2	2						
<b>Disposição</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Estava desanimado(a) com o meu futuro	1	1								
2. Não estava interessado(a) em	1	1								
outras pessoas ou atividades.										
3. Senti-me afastado(a) das outras pessoas	1	1								
4. Tinha pouca confiança em mim próprio(a)									5	5
5. Não estava interessado(a) na comida					3	3				
<b>Personalidade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Estava irritado(a)					3	3				
2. Estava impaciente com os outros					3					
3. A minha personalidade mudou			2	2						
<b>Papel Social</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Não sai tantas vezes como gostaria		1			3					
2. Fiz os meus hobbies/passatempos e atividades lúdicas menos tempo que gostaria	1									
3. Não vi tantos amigos como gostaria	1	1								
4. Tive relações sexuais menos vezes do que gostaria	1	1								

5. A minha condição física interferiu com a minha vida social	1	1								
<b>Capacidade Mental</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Era difícil concentrar-me								4	5	
2. Tive dificuldade em lembrar-me das coisas									5	5
3. Tive de escrever as coisas para não me esquecer									5	5
	<b>Não o consegui fazer de todo (1)</b>		<b>Com muita dificuldade (2)</b>		<b>Com alguma dificuldade (3)</b>		<b>Com pouca dificuldade (4)</b>		<b>Sem dificuldade (5)</b>	
<b>Linguagem</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em falar? Por exemplo, gaguejava, balbuciava, engolia as palavras ou sentia que elas ficavam presas?									5	
2. Teve dificuldade em falar de forma suficientemente clara para utilizar o telefone?									5	
3. As outras pessoas tiveram dificuldade em percebê-lo(a)?									5	
4. Teve dificuldade em encontrar as palavras certas?								4	5	
5. Teve de repetir para os outros(as) compreendessem?									5	5
<b>Mobilidade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em andar?		1	2							
2. Perdeu o equilíbrio quando se inclinava para a frente, ou tentava agarrar alguma coisa?		1	2							
3. Teve dificuldade em subir escadas?	1	1								
4. Teve de parar e descansar mais tempo, do que aquilo que gostaria, quando andava ou utilizava uma cadeira de rodas?	1	1								
5. Teve dificuldade em ficar em pé?	1	1								

6. Teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira?	1	4								
<b>Função do Membro Superior</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em escrever ou dactilografar?									5	5
2. Teve dificuldade em calçar meias?	1	1								
3. Teve dificuldade em abotoar botões									5	5
4. Teve dificuldade em fechar o fecho?									5	5
5. Teve dificuldade em fechar um frasco?									5	5
<b>Visão</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em ver televisão suficientemente bem, para poder apreciar um programa?									5	5
2. Teve dificuldade em agarrar as coisas por falta de visão?									5	5
3. Teve dificuldade em ver as coisas de um dos lados?									5	5
<b>Trabalho/productividade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em realizar as tarefas diárias em casa?		1	2							
2. Teve dificuldade em terminar tarefas que já tinha começado?		1	2							
3. Teve dificuldade em fazer o trabalho que estava habituado?		1	2							
	<b>Ajuda Total (1)</b>		<b>Muita Ajuda (2)</b>		<b>Alguma Ajuda (3)</b>		<b>Pouca ajuda (4)</b>		<b>Sem ajuda (5)</b>	
<b>Autocuidados</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Precizou de ajuda para preparar as suas refeições?	1	1								
7. Precizou de ajuda para comer? (por exemplo, cortar os alimentos ou cozinhá-los)									1	1
8. Precizou de ajuda para se vestir? (por exemplo, calçar, meias ou sapatos, abotoar ou fechar um fecho?)		1	1							
2. Precizou de ajuda para tomar banho ou duche?		1	1							
3. Precizou de ajuda para ir à casa de banho?		1	1							
<b>Pontuação total:</b>										

### Caso D (anexo 9)

Utente do sexo feminino, raça caucasiana e de 58 anos de idade. Reside em domicílio próprio, com o marido e um filho. Previamente autónoma.

Recorreu ao SU devido queda da própria altura. Refere síncope sem perda de consciência e na altura disártrica. Refere também não cumprir medicação na maior parte das vezes. Realizou TAC-CE no momento da entrada, aparentemente sem sequelas visíveis.

À entrada, consciente, calma e orientada. Apresenta diminuição da força do membro inferior esquerdo, sem alterações da fala. Fica internada com os HD: AVC isquémico, síncope para estudo. Tem de AP: Colectectomia 2013, HTA, DLP.

Deu entrada no serviço de medicina três dias após a entrada no SU e iniciou cuidados de ER ao 4º dia, tendo realizado cinco sessões de reabilitação.

O programa de cuidados de ER incluiu cinco sessões de reabilitação, sob a supervisão de EEER do serviço e foram realizados dois momentos de avaliação. Teve alta ao 10º dia após a realização de Eco Doppler aos vasos do pescoço.

Na primeira abordagem a doente encontra-se consciente, calma e orientada. E à minha chegada realizava higiene em WC de forma Autónoma e sem supervisão. Eupneica, sem aporte de O2.

Foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem de reabilitação: diminuição da sensibilidade, movimento muscular comprometido, intolerância à atividade e andar comprometido.

Na primeira avaliação, sem alterações cognitivas (23 no MMSE) nomeadamente na atenção, raciocínio e o cálculo. Apresenta alterações na capacidade funcional, com um grau de dependência leve ( 85 na escala de Barthel).

Avaliada a dor, a doente referiu dor grau 5 no membro inferior esquerdo (anexo 9, quadro nº26). Para minimizar o impacto de dor foram explicados os procedimentos a ser realizados e pedido para que quando sentisse desconforto ou dor, fizesse sinal ou verbalizasse para suspender os exercícios e se necessário administrar terapêutica de suporte. Após o primeiro contacto, foi dado conhecimento ao médico assistente pelo que ficou prescrita terapêutica analgésica.

No momento da alta, a doente passou a ser independente (105 na escala de Barthel) e mantendo-se sem alterações cognitivas ( 25 na MMSE).

Relativamente à perceção da QV (quadro n.º6) verificou-se uma evolução positiva, em termos qualitativos na perceção do doente sobretudo nos domínios da energia, disposição, mobilidade, função do membro superior e autocuidados. Em termos quantitativos no domínio energia ( evoluiu de score 1 para score 4, exceto no item “senti-me cansada a maior parte do tempo” que evoluiu de score 1 para score 5), no domínio disposição (evoluiu de score 1 para score 5 no item “estava desanimada com o meu futuro” e evoluiu de score 2 para score 2 no item “senti-me afastada da minha família”), no domínio da mobilidade (nos itens “teve dificuldade em andar/teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira” evolui de score 2 para score 5 e nos restante evoluiu de score 2 para score 3) e no domínio dos autocuidados (evoluiu de score 4 para score 5 no itens “precisou de ajuda para preparar as suas refeições/precisou de ajuda para tomar banho ou duche”).

**Quadro n.º 6: Evolução da perceção da qualidade de vida do doente D**

Domínios	Concordo Fortemente (1)		Concordo Moderadamente (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo Moderadamente (4)		Discordo fortemente (5)	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
<b>Energia</b>										
1. Senti-me cansado(a) a maior parte do tempo		1							5	
2. Tive de parar e descansar durante o dia		1					4			
3. Estava muito cansado (a) para fazer tudo o que queria		1					4			
<b>Papel Familiar</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Não participei em atividades lúdicas com a minha família					3	3				
2. Senti que era um fardo para a minha família.									5	5
3. A minha condição física interferiu com a minha vida pessoal					3	3				
<b>Disposição</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Estava desanimado(a) com o meu futuro		1							5	
2. Não estava interessado(a) em outras pessoas ou atividades.	1	1								
3. Senti-me afastado(a) das outras pessoas				2	3					
4. Tinha pouca confiança em mim próprio(a)									5	5
5. Não estava interessado(a) na comida									5	5
<b>Personalidade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Estava irritado(a)									5	5
2. Estava impaciente com os outros									5	5
3. A minha personalidade mudou						3			5	
<b>Papel Social</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Não sai tantas vezes como gostaria							3	3		
2. Fiz os meus hobbies/passatempos e atividades lúdicas menos tempo que gostaria							3	3		
3. Não vi tantos amigos como gostaria							3	3		
4. Tive relações sexuais menos vezes do que gostaria							3	3		
5. A minha condição física interferiu com a minha vida social									5	5
<b>Capacidade Mental</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
6. Era difícil concentrar-me									5	5
7. Tive dificuldade em lembrar-me das coisas									5	5

8. Tive de escrever as coisas para não me esquecer									5	5
	<b>Não o consegui fazer de todo (1)</b>		<b>Com muita dificuldade (2)</b>		<b>Com alguma dificuldade (3)</b>		<b>Com pouca dificuldade (4)</b>		<b>Sem dificuldade (5)</b>	
<b>Linguagem</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em falar? Por exemplo, gaguejava, balbuciava, engolia as palavras ou sentia que elas ficavam presas?									5	5
2. Teve dificuldade em falar de forma suficientemente clara para utilizar o telefone?									5	5
3. As outras pessoas tiveram dificuldade em percebê-lo(a)?									5	5
4. Teve dificuldade em encontrar as palavras certas?									5	5
5. Teve de repetir para os outros(as) compreendessem?									5	5
<b>Mobilidade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em andar?			1							5
2. Perdeu o equilíbrio quando se inclinava para a frente, ou tentava agarrar alguma coisa?			2							5
3. Teve dificuldade em subir escadas?			2					5		
4. Teve de parar e descansar mais tempo, do que aquilo que gostaria, quando andava ou utilizava uma cadeira de rodas?			2			3				
5. Teve dificuldade em ficar em pé?			2			3				
6. Teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira?			2							5
<b>Função do Membro Superior</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em escrever ou dactilografar?									5	5
2. Teve dificuldade em calçar meias?							4	4		
3. Teve dificuldade em abotoar botões?						3				5
4. Teve dificuldade em fechar o fecho?									5	5
5. Teve dificuldade em fechar um frasco?					3	3				
<b>Visão</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª

1. Teve dificuldade em ver televisão suficientemente bem, para poder apreciar um programa?									5	5
2. Teve dificuldade em agarrar as coisas por falta de visão?									5	5
3. Teve dificuldade em ver as coisas de um dos lados?									5	5
<b>Trabalho/produktividade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em realizar as tarefas diárias em casa?							4	4		
2. Teve dificuldade em terminar tarefas que já tinha começado?							4	4		
3. Teve dificuldade em fazer o trabalho que estava habituado?							4			
	<b>Ajuda Total (1)</b>		<b>Muita Ajuda (2)</b>		<b>Alguma Ajuda (3)</b>		<b>Pouca ajuda (4)</b>		<b>Sem ajuda (5)</b>	
<b>Autocuidados</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Precizou de ajuda para preparar as suas refeições?							4		4	
2. Precizou de ajuda para comer? (por exemplo, cortar os alimentos ou cozinhá-los)									5	5
3. Precizou de ajuda para se vestir? (por exemplo, calçar, meias ou sapatos, abotoar ou fechar um fecho?)									5	5
4. Precizou de ajuda para tomar banho ou duche?							4			5
5. Precizou de ajuda para ir à casa de banho?									5	5
<b>Pontuação total:</b>										

### Caso E (anexo 10)

Utente do sexo feminino, raça caucasiana e 87 anos e idade. Previamente autónoma e a residir em domicílio próprio. Recorreu ao SU por dispneia, episódio de arritmia, e diminuição da força dos membros inferiores. Permaneceu internada com HD: AVC isquémico, Sobredosagem com rivaroxabano/coagulopatia, ICC descompensada, anemia microcítica, IC respiratória e tem de AP: HTA, Obesidade, DLP, ICC, Cardiopatia isquémica: doença dos três vasos; FA, DPOC (OLD a 2lt/min-16 horas).

A doente esteve internada por um período de 20 dias, 10 dos quais em SO para controlo de sintomas. Iniciou cuidados de ER ao 11º dia, tendo realizado cinco sessões de reabilitação.

O programa de cuidados de ER incluiu cinco sessões de reabilitação, sob a supervisão de EEER do serviço e foram realizados dois momentos de avaliação.

Na primeira avaliação foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem de reabilitação: autocuidado de higiene comprometido em grau moderado, transferência comprometida, movimento

muscular comprometido, intolerância à atividade, andar comprometido, ventilação e limpezas das vias aéreas comprometidas

Durante as sessões apresentava-se calma, consciente e orientada. Bastante comunicativa e colaborante. Sem alterações cognitivas, tendo um Score de 25 no MMSE.

Apresenta alterações na capacidade funcional com um grau de dependência moderado ( Score de 45 na escala de Barthel).

Foi monitorizada a tolerância ao esforço durante as atividades, através da observação e avaliação dos sinais vitais e tendo em conta sempre o pedido da doente (anexo 10, quadro n.º32)

Avaliada a dor, a doente referiu dor grau 6, uma dor que referia ser tipo “picada” em toda a extensão do corpo (anexo 10, quadro nº 31), pelo que foi monitorizada a dor através da EVA. Para minimizar o impacto de dor foram explicados os procedimentos a ser realizados e pedido para que quando sentisse desconforto ou dor, fizesse sinal ou verbalizasse para suspender os exercícios, e se necessário administrar terapêutica de suporte. Apesar da analgesia pautada na primeira sessão, foi dado conhecimento ao médico assistente que a doente permanecia com dor, pelo que houve a necessidade de realizar alterações terapêuticas.

Na última avaliação a doente manteve-se consciente, calma e orientada. Muito comunicativa. Sem alterações cognitivas (25 no MMSE), com ênfase para a memorização. O grau de dependência passou a leve ( 75 na escala de Barthel) e não referiu dor.

Relativamente à perceção da QV (quadro n.º7) verificou-se uma evolução positiva, em termos qualitativos na perceção do doente sobretudo nos domínios da mobilidade, papel social, capacidade mental, visão e autocuidados. Em termos quantitativos no domínio mobilidade (evolui de score 2 para score 5 nos itens “teve dificuldade em andar/teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira”, evolui de score 2 para score 4 no item “teve dificuldade em subir escadas” evoluiu de score 2 para score 3 nos restantes itens), no domínio do papel social ( evolui de score 1 para score 3, no item “ não vi tantos amigos como gostaria” o score passou de 4 para 3, os restantes domínios mantiveram score 3), no domínio visão ( evoluiu de score 2 para score 3) e no domínio dos autocuidados ( evoluiu de score 1 para score 3, nos itens “precisou de ajuda para se vestir/precisou de ajuda para ir à casa de banho” evoluiu de score 2 para score 3).

**Quadro n.º 7 Evolução da perceção de qualidade de vida do doente E**

Domínios	Concordo Fortemente (1)		Concordo Moderadamente (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo Moderadamente (4)		Discordo fortemente (5)	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
<b>Energia</b>										
1. Senti-me cansado(a) a maior parte do tempo	1	1								
2. Tive de parar e descansar durante o dia	1	1								
3. Estava muito cansado (a) para fazer tudo o que queria	1	1								
<b>Papel Familiar</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Não participei em atividades lúdicas com a minha família			2	2						
2. Senti que era um fardo para a minha família.									5	5
3. A minha condição física interferiu com a minha vida pessoal			2	2						
<b>Disposição</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Estava desanimado(a) com o meu futuro					3					
2. Não estava interessado(a) em outras pessoas ou atividades.				2	3					
3. Senti-me afastado(a) das outras pessoas				2	3					
4. Tinha pouca confiança em mim próprio(a)						3			5	
5. Não estava interessado(a) na comida					3			4		
<b>Personalidade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Estava irritado(a)				2			4			
2. Estava impaciente com os outros									5	
3. A minha personalidade mudou									5	
<b>Papel Social</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Não sai tantas vezes como gostaria		1			3					
2. Fiz os meus hobbies/passatempos e atividades lúdicas menos tempo que gostaria		1			3					
3. Não vi tantos amigos como gostaria				2			4			
4. Tive relações sexuais menos vezes do que gostaria					3	3				
5. A minha condição física interferiu com a minha vida social					3	3				
<b>Capacidade Mental</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Era difícil concentrar-me				2	3					
2. Tive dificuldade em lembrar-me das coisas	1	1								
3. Tive de escrever as coisas para não me esquecer	1	1								
	Não o consegui fazer de todo (1)		Com muita dificuldade (2)		Com alguma dificuldade (3)		Com pouca dificuldade (4)		Sem dificuldade (5)	
<b>Linguagem</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em falar? Por exemplo, gaguejava, balbuciava, engolia as palavras ou sentia que elas ficavam presas?			2	2						
2. Teve dificuldade em falar de forma suficientemente clara para utilizar o telefone?			2	2						
3. As outras pessoas tiveram dificuldade em percebê-lo(a)?							4	4		
4. Teve dificuldade em encontrar as palavras certas?					3			4		
5. Teve de repetir para os outros(as) compreendessem?			2	2						
<b>Mobilidade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em andar?		1		2						

2. Perdeu o equilíbrio quando se inclinava para a frente, ou tentava agarrar alguma coisa?	1			2						
3. Teve dificuldade em subir escadas?	1	1								
4. Teve de parar e descansar mais tempo, do que aquilo que gostaria, quando andava ou utilizava uma cadeira de rodas?	1					3				
5. Teve dificuldade em ficar em pé?	1			2						
6. Teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira?	1			2						
<b>Função do Membro Superior</b>	1ª	2ª								
1. Teve dificuldade em escrever ou dactilografar?	1	1								
2. Teve dificuldade em calçar meias?	1	1								
3. Teve dificuldade em abotoar botões	1	1								
4. Teve dificuldade em fechar o fecho?	1	1								
5. Teve dificuldade em fechar um frasco?	1	1								
<b>Visão</b>	1ª	2ª								

1. Teve dificuldade em ver televisão suficientemente bem, para poder apreciar um programa?			1	2						
2. Teve dificuldade em agarrar as coisas por falta de visão?			1			2				
3. Teve dificuldade em ver as coisas de um dos lados?			1			2				
<b>Trabalho/produktividade</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Teve dificuldade em realizar as tarefas diárias em casa?			1	1						
2. Teve dificuldade em terminar tarefas que já tinha começado?			1	1						
3. Teve dificuldade em fazer o trabalho que estava habituado?			1	1						
	<b>Ajuda Total (1)</b>		<b>Muita Ajuda (2)</b>		<b>Alguma Ajuda (3)</b>		<b>Pouca ajuda (4)</b>		<b>Sem ajuda (5)</b>	
<b>Autocuidados</b>	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Preciso de ajuda para preparar as suas refeições?	1					3				
2. Preciso de ajuda para comer? (por exemplo, cortar os alimentos ou cozinhá-los)	1					3				

3. Preciso de ajuda para se vestir? (por exemplo, calçar, meias ou sapatos, abotoar ou fechar um fecho?)			2			3				
4. Preciso de ajuda para tomar banho ou duche?	1					3				
5. Preciso de ajuda para ir à casa de banho?			2			3				
<b>Pontuação total:</b>										

## 8. Discussão de resultados

Para os cinco doentes que participaram no projeto, foram formulados diagnósticos de ER e realizadas as intervenções que melhor se adaptavam à singularidade de cada doente. Os diagnósticos de enfermagem formulados foram: autocuidado higiene e vestuário comprometido, autocuidado alimentar-se comprometido, autocuidado eliminação comprometido, autocuidado transferir-se comprometido, risco de UPP, risco de lesão (ombro doloroso) e dor, défice de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas, risco de queda, movimento muscular comprometido, equilíbrio corporal comprometido, intolerância à atividade (pequenos/médios esforços), sensibilidade comprometida, ventilação comprometida e ventilação das vias aéreas comprometidas.

Em termos de resultados esperados pretendia-se que as intervenções de enfermagem de reabilitação permitissem manter ou promover a independência nas AVD, prevenir a perda de mobilidade e de tónus muscular, manter e melhorar o fortalecimento muscular dos membro superiores e inferiores, prevenir e corrigir alterações posturais, melhorar e manter o equilíbrio estático e dinâmico, melhorar a conservação de energia, aumentar a tolerância ao esforço, evitar quedas, melhorar e promover a segurança na marcha, manter a integridade cutânea, prevenir a dor ou o desconforto e envolver o doente na sua reabilitação. Estes resultados foram conseguidos em todos os doentes, exceto no doente C.

Martins et al. (2018), afirmam que a enfermagem de reabilitação é uma área da intervenção especializada da enfermagem que previne, recupera e habilita de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processos patológicos crónicos que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

Para a implementação deste projeto, os doentes selecionados apresentavam-se orientados e com capacidade de compreensão, mantida, compreenderem as orientações que lhes eram dadas e os ensinamentos realizados e estavam colaborantes, o que contribuiu para que todos os doentes tivessem ganhos no que diz respeito à funcionalidade e demonstraram ter capacidade de adaptação às suas novas rotinas e com melhoria na sua perceção de QV. Dos cinco doente constituiu-se como exceção o doente C que não obteve melhoria na sua funcionalidade, embora tenha apresentado uma evolução na força muscular o que lhe permitiu obter ganhos para nos autocuidados.

O AC é uma componente da pessoa, é uma prática da pessoa adulta que tem como objetivo manter a saúde, o bem-estar, prevenir ou ter aptidão para lidar com a doença ou incapacidade. Já a independência para o autocuidado refere-se à capacidade da pessoa para realizar tarefas de autocuidado (Santos et al.,2021).

Os resultados obtidos através da avaliação inicial e após a implementação do programa de cuidados de enfermagem de reabilitação, mostraram uma evolução positiva em todos os doentes. A capacitação para o autocuidado higiene e vestuário, alimentação e andar, contribuíram para reduzir o risco de quedas, e aumentar a tolerância às atividades, através do aumento da força muscular e do equilíbrio. Estes ganhos puderam ser observados através da aplicação de escalas. Estes recursos na prática clínica permitem identificar de maneira objetiva alterações físico-psíquicas e espirituais, de forma a acompanhar e medir a progressão, o retrocesso ou estagnação de um estado de saúde ou de doença (Gardona & Barbosa, 2018). As escalas, permitem também orientar para as intervenções e priorizá-las e assim ajuizar sobre a evolução dos doentes, de modo a favorecer a qualidade dos cuidados. Na medida em que contribuem também para otimizar o tempo dos profissionais de saúde, o seu uso tem um impacto positivo na segurança dos doentes e nas instituições (Rodríguez-Acelas & Cañon-Montañez, 2017).

A implementação do programa de enfermagem de reabilitação contribuiu para a melhoria na capacidade de marcha nos doentes (exceto do doente C) e para uma diminuição geral do índice de dependência dos mesmos nos restantes autocuidados. Tendo em conta as características dos participantes, a duração da intervenção em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação, a intensidade e a frequência das atividades realizadas, demonstraram ser adequadas pois a tolerância à atividade aumentou e manifestavam menos sinais de cansaço ao longo das intervenções. Santos et al. (2021), referem que pós o tratamento na fase aguda, os cuidados devem ser orientados para um processo preventivo e educativo do binómio indivíduo e família, com o intuito de recuperar ou potencializar a funcionalidade da pessoa com deficiência e orientar para a reintegração na família e na sociedade.

A perda da capacidade para o desempenho das AVD, presente em todos os doentes no primeiro contacto, os doentes A, B e E na primeira avaliação apresentavam dependência total devido à sua situação clínica e diminuiu e os doentes evoluíram para dependência leve e o doente D evoluiu de dependente leve para independente. Apenas o doente C manteve a dependência total. Pode-se afirmar que os doentes que integraram este projeto tiveram melhoria da capacidade funcional e melhoram a sua autonomia, e com ela a adaptação à sua nova realidade melhorando também a sua perceção de QV. Estas melhorias podem ser associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação implementados que produziram efeitos benéficos nos doentes com ganhos na sua funcionalidade.

O doente A foi o que mais tempo permaneceu no leito, teve um internamento de 15 dias e só iniciou cuidados de ER ao 5º dia de internamento, ainda assim e apesar de apresentar maior risco de desenvolver lesões na integridade cutânea, perda de mobilidade, diminuição da força, alteração do equilíbrio como consequência da imobilidade no leito, manifestou sempre enorme vontade de ultrapassar as dificuldades

que sentia para que voltasse a ser independente o mais rapidamente possível não tendo desenvolvido nenhuma complicação.

No autocuidado vestuário, todos os doentes conseguiram recuperar a capacidade para vestir e despir a parte superior do corpo de forma independente. Exceto o doente C, devido às suas limitações permanentes.

No autocuidado alimentação, todos os doentes se mostraram colaborantes e todos evoluíram de forma positiva para a independência.

No autocuidado eliminação vesical, os doentes também, evoluíram de forma positiva. Mostraram-se colaborantes pedindo a arrastadeira durante o período noturno e pedindo ajuda para se deslocarem ao WC, exceto o doente C, que manteve o cateter vesical a seu pedido, por perda de controlo dos esfíncteres.

Relativamente à força e ao equilíbrio, inicialmente comprometidos, à medida que as intervenções iam sendo realizadas, todos os doentes apresentaram melhoria significativa. A realização de um programa de cuidados de ER com exercícios de treino funcional diários com a duração média de 30 minutos, permitiu nos doentes um aumento da funcionalidade, com ganho real na força muscular como também já demonstrou Brito (2017). Os doentes que conseguiram atingir maiores ganhos em termos de na capacidade de equilíbrio e força foram o doente A, seguindo-se os doentes B, D e E.

A maior evolução nos doentes foi no autocuidado mobilidade. À exceção do doente E, todos os restantes doentes estavam em situação de imobilidade no leito e logo na primeira intervenção foram incentivados a auto mobilizar-se e a participar ativamente nos restantes cuidados e o resultado foi evoluírem de uma situação de dependência total e parcial para dependência leve ou independência. No último contacto tinham recuperado a capacidade de se levantar e transferir para o cadeirão e realizaram marcha com auxiliares, percorrendo distâncias significativas, alguns por períodos de 20 a 30 minutos com auxiliar de marcha e supervisão. E esta evolução foi fundamental para a perceção de melhor qualidade de vida já que e conforme referem Pinto et al. (2016), o desempenho do AC possibilita às pessoas cuidarem de si mesmas e viverem de forma independente e isso influencia positivamente a perceção de QV.

Embora todos os doentes tenham referido dor em especial nos doentes C, D e E a referência ao médico e a administração de analgesia e a adoção de medidas de relaxamento permitiu que a dor fosse diminuindo e ficasse controlada. A dor é considerada o quinto sinal vital DGS (2003) e por isso é fundamental desenvolver uma rotina de controlo de dor e uma prática sistematizada da avaliação (Bastos et al., 2018).

Conforme refere Serras (2014) é primordial na avaliação da QV ter em conta os diferentes domínios como o estado funcional, domínio físico, relacionado com a doenças e o tratamento, o domínio psicológico, como o stresse psicológico, sobretudo a ansiedade e a depressão, e domínio social, no qual se incluem as relações com a família, o meio social e a frequência em atividades sociais. As relações mantidas com a família e os cuidadores dos doentes que integraram o projeto também pode ter influenciado os resultados.

A QV é um conceito essencial da análise do modo de vida da pessoa, pois é um reflexo do nível de bem-estar biopsicossocial, espiritual e até económico (Menezes et al., 2020). De acordo com Júnior et al., (2022), os doentes que se encontram em instituições, têm uma perceção da QV diferente dos que vivem em comunidade, contudo no contexto deste trabalho não foi possível validar esta opinião. Em todos os doentes houve uma evolução positiva nos vários domínios que constituem a EQVE-AVC entre a primeira e na última avaliação, em especial nos domínios da energia, da disposição, mobilidade e autocuidados que foram os que demonstraram maior evolução, em concreto nos doentes A, B, D e E.

A capacidade de adaptação, aceitação e aprendizagem por parte dos doentes, ao longo do percurso, foi muito importante para o seu processo de evolução. Silva et al. (2021) reforçam a importância da teoria de Orem sobre a participação dos doentes no autocuidado para que os mesmos possam possibilitar e assumir a responsabilidade do seu tratamento.

Torna-se importante realçar a cooperação das equipas interdisciplinares e, em especial dos enfermeiros que integram o serviço, também contribuiu para os resultados, pois muitos referiam que tinham receio de mobilizar o doente de forma precoce e que a segurança era um fator para esta limitação. Contudo ao longo do estágio mostraram-se interessados, colaborantes e muitos procuravam validar a suas intervenções, em benefício da qualidade de vida dos doentes.

Face aos resultados obtidos, pode-se afirmar que para este grupo de doentes os resultados esperados foram alcançados. Os doentes obtiveram melhoria do ponto de vista funcional, logo a sua perceção sobre a QV também melhorou, indo de encontro ao que afirmam Martins et al. (2018).

Tendo como alvo a pessoa, em todas as fases do ciclo vital, a excelência do exercício profissional de ER para além de trazer ganhos em saúde em todos os contextos da prática, tem vindo a contribuir positivamente para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2011), para que os doentes atinjam a independência ou o máximo grau de autonomia na execução das atividades de vida diária deve ser instituído um treino das habilidades restantes, recorrendo a técnicas e dispositivos auxiliares.

E embora não exista consenso absoluto sobre o conceito de QV, as pessoas mais velhas o termo sobrepõe-se à exploração dos conceitos de envelhecimento bem-sucedido, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e felicidade como referem Leeuwen et al., (2019) e uma intervenção ajustada às necessidades de cada doente e família, poderá trazer bem-estar e contribuir para uma melhor QV.

## **9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Este capítulo é destinado à análise reflexiva e descritiva das atividades realizadas ao longo do estágio e das competências adquiridas e desenvolvidas. De acordo com Reis et al. (2010), a prática reflexiva como mecanismo de aprendizagem possibilita aos enfermeiros construir ligações entre a teoria e a prática de forma acessível, flexível, dinâmica e eficaz, numa constante aplicação de conhecimentos.

No contexto deste percurso foi possível desenvolver competências através do contato direto com doentes com patologia ortopédica e orto-traumatológica, doenças respiratórias, doenças cardíacas e doenças neurológicas, com risco de compromisso da funcionalidade, ou através do contato com doentes com algum grau de incapacidade decorrentes do processo de doença.

As atividades desenvolvidas em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação foram centradas nos doentes em fases agudas e subagudas da doença, incluindo as atividades relacionadas com a mobilização dos recursos e apoios sociais para os doentes.

O presente percurso académico abrangeu em primeiro uma componente formativa e depois a realização de 2 estágios. O estágio de ortopedia decorreu no serviço de medicina interna e ortopedia do CHMT e o estágio final decorreu num dos serviços de medicina interna da ULSNA. Em concordância com o regulamento do estágio final do curso de mestrado em enfermagem, para além da descrição fundamentada das suas intervenções, é necessário que o aluno avalie e descreva como as intervenções de ER contribuirão para o desenvolvimento de competências.

### **9.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 , os enfermeiros especialistas possuem conhecimento aprofundado num determinado domínio da enfermagem, atendendo às respostas humanas e aos processos de vida, aos seus problemas de saúde e devem demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, o que se traduz num conjunto de competências específicas, referentes a um campo de intervenção.

### **9.1.1 Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

No que diz respeito a este campo de competências, toda a atuação profissional deve ser pautada por uma prática ética e legal. A OE (2010), refere que, no domínio da responsabilidade profissional, a ética e legalidades, tem de estar subjacente em toda a prática desenvolvida por qualquer enfermeiro, ou seja, tanto na prestação de cuidados diretos como indiretos, que respeite o doente, a família e todos os profissionais envolvidos nessas ações. Ao longo do estágio agi em consonância com o descrito no ponto 9 da Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, 2005) e no artigo 106º do CDE (OE, 2015), no que se refere ao dever de sigilo profissional, não expondo informações que permitissem identificar as instituições, assim como, as pessoas internadas. De forma a reforçar o respeito individual e a salvaguarda do direito de privacidade da pessoa, foi também tido em conta a Lei de Regulação e Proteção de Dados.

Hoeman (2011), afirma que no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é importante ter em conta as tomadas de decisão, tratamento e intervenções, pois têm como finalidade o melhor interesse para o doente, promovendo a sua autonomia. Ao longo de todas as atividades desenvolvidas com os doentes, foram realizados ensinamentos sobre programa de reabilitação, explicando quais as atividades que iam ser desenvolvidas, os seus objetivos e os resultados esperados, com especial atenção para o esclarecimento de dúvidas através do reforço positivo sobre o programa de reabilitação. De acordo com o artigo 105º do CDE (OE, 2015), o enfermeiro deve assumir o dever e a responsabilidade de informar e explicar à pessoa e família os cuidados de enfermagem, para que este possa usufruir da melhor forma do seu direito de autodeterminação, remetendo-nos para o consentimento informado, que deve ser livre e esclarecido.

Após a salvaguarda destes princípios éticos, foram realizadas intervenções em parceria com o doente, de forma a criar estratégias para alcançar os resultados pré-definidos e a aquisição ou manutenção

de autonomia, tentando melhorar a sua QV, respeitando os direitos, a segurança, o conforto, os valores, crenças e opiniões.

O consentimento para os cuidados da ER, decorreu no respeito e promoção da autonomia da pessoa, estando ligado à sua liberdade individual e à escolha pessoal e vontade esclarecida. Dentro deste domínio, para a implementação do projeto de intervenção foi garantido que a participação dos doentes fosse livre e esclarecida (através do consentimento informado (apêndice n.º 1)

A responsabilidade profissional também deve ser realçada, pois deve estar presente em todos os momentos da profissão de enfermagem, como estudante, os princípios da beneficência e da não maleficência também foram dignificados. No momento de estágio houve o cuidado de nortear as práticas com rigor e profissionalismo, debatendo com a supervisora clínica e outros enfermeiros especialistas os melhores procedimentos e atitudes de forma a proporcionar aos doentes/cuidadores e pessoas significativas, os melhores cuidados de forma personalizada.

Foi respeitada a sua escolha, tendo sempre em consideração pelos seus direitos e evitando intervenções que pudessem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes e que não interferissem com o direito à vida.

### **9.1.2 Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade**

O Regulamento n.º 140/2019, relativo às competências comuns do enfermeiro especialista, menciona que, para se adquirirem competências neste domínio, é exigido aos enfermeiros que desempenhem um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, e que tenham “capacidade para conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade”. Desde o primeiro dia de estágio houve um cuidado enorme na integração nos serviços onde decorreram os estágios, em especial no que se referia a compreender as rotinas e as dinâmicas dos serviços, a constituição da equipa multidisciplinar, os protocolos do serviço, de forma a integrar a equipa e contribuir para um ambiente mais seguro nos cuidados.

A avaliação sistemática dos doentes tal como a avaliação sistemática da dor não estavam instituídas pelo que houve a oportunidade de sensibilizar a equipa para a importância e a necessidade de se realizar a avaliação inicial de cada doente, compreender as necessidades individuais, formular diagnósticos e realizar intervenções que contribuíssem para a autonomia ou manutenção da funcionalidade do doente, tendo como objetivo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Também as passagens de turno, foram momentos de aprendizagem informal entre os profissionais, tornando-se num momento de partilha de informação, que contribuiu para a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Dentro do domínio da melhoria contínua da qualidade importa ainda salientar que a utilização de ferramentas de avaliação e monitorização das intervenções aos doentes que sofreram AVC, como a A EQVE-AVC (anexo 4) e outras também trouxe visibilidade ao benefício das intervenções em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação como por exemplo o uso da Escala de Barthel (anexo 2). Também a avaliação com a MMSE (Anexo 1) mostrou-se de grande importância para a qualidade dos cuidados, tendo em conta que as doenças do foro neurológico cursam com alterações da capacidade cognitiva e, por isso foi importante conhecer as capacidades cognitivas dos doentes no sentido de perspetivar as atividades de ensino e treino que os mesmos seriam ou não capazes de aprender (DGS, 2019). No que se refere à avaliação da dor, de acordo com a norma da DGS, (anexo 3) num serviço de medicina recomendase a avaliação diária da dor em todos doentes e a introdução desta prática no cuidado diário dos doentes veio alertar para a sua importância (DGS, 2003).

Como contributo para a melhoria contínua da qualidade aos longo das sessões, os princípios fundamentais da mecânica corporal foram mantidos através da coordenação músculo-esquelética, através da postura, do alinhamento corporal, nas atividades que envolviam o levantar e transferências, de forma a prevenir lesões músculo-esqueléticas. Neste contexto foi possível sensibilizar os colegas para posturas ergonómicas para que estes através de uma boa base de sustentação, pudessem minimizar lesões músculo-esqueléticas.

De modo a promover a melhoria da qualidade, realizei um instrumento de trabalho para deixar no serviço de medicina, que consistia numa superfície de trabalho que tem como objetivo o treino de atar sapatos e desta forma aumentar a coordenação e a destreza da mão (anexo 11).

### **9.1.3 Competências no domínio da gestão dos cuidados**

Pelo que consta no Regulamento n.º 140/2019, os enfermeiros especialistas gerem os cuidados de enfermagem com a finalidade de melhorar as respostas da equipa multidisciplinar em articulação entre todos, adaptando a liderança de forma a gerir os recursos humanos e materiais, face às diferentes situações e contextos, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados.

As competências neste domínio foram adquiridas e desenvolvidas com a gestão dos planos de intervenção, através da sua implementação, tendo em vista a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados prestados. Para o desenvolvimento desta competência foi de extrema importância a colaboração entre os muitos elementos da equipa de cuidados, que permitiu a consciencialização da função de cada um na equipa e ainda a participação em discussões e momentos de tomada de decisão sobre os doentes alvo da intervenção. O trabalho em equipa multidisciplinar permitiu a satisfação das necessidades identificadas dos doentes, cuidadores e pessoas significativas.

No que diz respeito aos recursos materiais, foi possível a participação na gestão dos mesmos ou até na produção de materiais e compra de outros para uso durante a implementação do projeto.

Às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que permitam um exercício profissional de qualidade e aos enfermeiros especialistas, reconhece-se o papel de líderes de equipa que podem assumir distintos e interdependentes papéis e funções, e nessa qualidade, devem garantir um ambiente positivo e favorável à prática, promovendo uma comunicação mais efetiva (OE, 2010).

#### **9.1.4 Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, fez-se uso da prática baseada na evidência. Como referido no Regulamento n.º 140/2019, os enfermeiros especialistas devem “desenvolver o autoconhecimento e a assertividade” e basear “a sua praxis clínica especializada em evidência científica”. (OE, 2015).

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram todas as aprendizagens da componente teórica do mestrado e foram aplicadas na componente diária da prática de cuidados. Também é de referir a reflexão sobre as dificuldades sentidas, e a necessidade de as ultrapassar adquirindo conhecimentos para conseguir realizar as atividades propostas. Houve a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre técnicas, procedimentos e equipamentos que surgiam no local de estágio, para desenvolver o autoconhecimento e realizar uma prática clínica especializada. Ao longo do estágio foram realizadas pesquisas bibliográficas para compreender e fundamentar as atividades propostas nos vários contextos da prática clínica. De salientar que foi de grande ajuda a motivação, o interesse e a informação partilhada por parte da enfermeira orientadora e dos restantes enfermeiros especialistas. Os enfermeiros especialistas devem mostrar capacidade de autoconhecimento pois esta capacidade pode interferir na criação de relações

terapêuticas e multiprofissionais. Compreendendo os valores pelos quais se pauta a profissão de enfermagem foi fundamental prestar atenção os juízos de valor e não os emitir pois podem comprometer as relações profissionais.

A par dos ensinamentos clínicos e da implementação do projeto de intervenção, foram realizados dois dias de observação na unidade de treino de AVD do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. Aí foi possível observar a equipa de EEER durante a prática diária da prestação de cuidados a doentes com alteração da funcionalidade e seus cuidadores, executando treinos de AVD, com os respetivos ensinamentos e supervisão, com recurso a produtos de apoio, realçando também a importância da adaptação do domicílio à pessoa com deficiência.

## **9.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Segundo o regulamento n.º 392/2019, a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que possibilita ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou que possuem sequelas, com o objetivo de maximizar o seu potencial funcional para que se tornem independentes. É esperado que os EEER avaliem a funcionalidade e diagnostiquem alterações que possam determinar as incapacidades, como foi realizado com os doentes que integraram este projeto.

No decorrer da prática diária da prestação de cuidados, em todos os doentes com limitações motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, gastrointestinais e eliminação, foram reunidas informações através da avaliação sistematizada através da aplicação de instrumentos de medida no sentido de compreender se os doentes conseguiam realizar as AVD. Em todos os contactos com os doentes foi avaliada dor que uma vez controlada permitiu dar continuidade aos cuidados prestados e/ou adaptar ao longo da intervenção os planos de cuidados e os exercícios propostos, planeando intervenções orientadas para os resultados esperados tendo por isso desenvolvido a competência de ser capaz de cuidar de “pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” no sentido promover a autonomia, qualidade de vida e participação da pessoa na sociedade (MCEER, 2018)

De forma a capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da vida comum, analisei as problemáticas da deficiência, limitações de atividade e da restrição da participação social. Implementei planos de cuidados de intervenção com o objetivo de promover capacidades adaptativas visando o autocontrolo e os autocuidados nos processos de transição saúde/doença ou incapacidade. Assim foram realizados planos de cuidados personalizados de acordo com a necessidade e os problemas identificados de cada doente. Os resultados obtidos confirmam que houve capacitação dos doentes. As ações desenvolvidas para recuperar a funcionalidade foram: treino de marcha, treino de transferências, treino de equilíbrio do troco, treino sentado, exercícios para os autocuidados (higiene, vestir, alimentação e eliminação) incentivando os doentes a realizar as atividades da forma mais independente autónoma I. A capacitação foi mais visível todos os doentes, dos casos A, B e E. O doente C manteve a dependência total e o D evoluiu de dependente leve para independente. Ainda assim os doentes que integraram este projeto tiveram melhoria da capacidade funcional, pelo que se pode assumir que essa competência também foi desenvolvida.

No que se refere à competência de ser capaz de maximizar as capacidades dos doentes, a sua evolução como resultado das intervenções realizadas técnicas de posicionamento, técnicas de treino de equilíbrio, exercícios musculo-articulares (passivos, ativos, resistidos), treino de automobilizações, utilização de dispositivos auxiliares de marcha (cadeiras de rodas, tripé, canadianas, coletes ortopédicos de Jewett e andarilho), treino de AVD (alimentação, higiene, uso do sanitário, vestir/despir, transferir-se e andar), preparação para alta abordando ensinamentos sobre o risco de queda, barreiras arquitetónicas, obtenção de material técnico (bancos para o banho, barras de apoio, cabos de apoio) e as orientações para adaptações no domicílio permitiram capacitar para o seu autocuidado podendo concluir que as suas capacidades foram maximizadas e a comprová-lo está a melhoria da QV percebida pelos doentes.

Algumas das intervenções realizadas tiveram como foco melhorar os conhecimentos e a aprendizagem de capacidades não só do doente, mas também dos cuidadores, porque a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem deve ser vista como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que a torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria”. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia (OE, 2001. p.8).

### **9.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE**

Para aquisição do grau de mestre, o mestrando deve deter conhecimentos e demonstrar capacidade de compreensão, e de aquisição de conhecimentos numa especialização de natureza profissional recorrendo à atividade de investigação baseada na prática, como de acordo no Decreto-Lei n.º 65/2018.

Conforme descrito no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem, para além do descrito, terem capacidades para desenvolver ou aplicar desenhos de estudos originais em contexto de investigação. Como tal, foi desenhado e implementado um projeto de intervenção, além deste também é competência de mestre, ser capaz de aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão na resolução de problemas em contexto desconhecido e na relação entre pares em contextos alargados, dentro da sua área. Os resultados do projeto de intervenção demonstram a aquisição e desenvolvimento desta competência na medida em que foi necessário lidar com questões complexas, apresentar soluções ou emitir juízos em situações de informação insuficiente ou incompleta, tendo uma atitude reflexiva sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais.

Para aquisição e desenvolvimento das competências de mestre, contribuiu todo o caminho que se fez até esta fase que se iniciou com a formação teórica, até ao momento dos estágios, onde houve a possibilidade de elaborar e operacionalizar um projeto de intervenção, após a identificação de uma problemática e realização deste relatório.

Finalmente, a apresentação pública do relatório de estágio e do projeto de intervenção também atestam a capacidade para transmitir, de forma clara, as conclusões e os conhecimentos. Atestam também a consciência de que este é um processo que teve agora início e que terá de continuar no sentido de permitir uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada e autónoma.

## **10. CONCLUSÃO**

Para alcançar uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência é fundamental a aquisição de conhecimentos e competências, assim como uma constante atualização por parte dos enfermeiros.

Neste âmbito, o presente relatório foi desenvolvido com o objetivo principal de refletir as atividades desenvolvidas e o processo de aquisição de competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem.

O relatório final de estágio teve por suporte o projeto de intervenção profissional na área da enfermagem de reabilitação, que teve como objetivo contribuir para a capacitação das pessoas com alterações neurológicas e assim melhorar a sua perceção de QV e pelo descrito, pode -se afirmar que foi concretizado

Ao longo dos capítulos deste relatório foi descrita a perspetiva do contexto onde em que correu o estágio final e o envolvimento nesse contexto. Foi identificada uma situação problemática para a qual foi possível contribuir no sentido de a minimizar através do planeamento de atividades e da implementação de cuidados, obedecendo a condutas ético-legais, a análise e a reflexão sobre os resultados.

No que se refere aos objetivos específicos, identificar os doentes com alterações neurológicas, avaliar a capacidade para o AC dos doentes com alterações neurológicas internados num serviço de medicina; identificar a sua perceção de QV, planear intervenções de enfermagem de reabilitação que contribuem para prevenir, manter ou melhorar a QV, implementar intervenções de enfermagem de reabilitação e avaliar os resultados nos doentes, a descrição das competências adquiridas confirma a concretização destes objetivos.

Todo o processo de descrição das atividades permitiu o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo acerca da intervenção dos EEER e das suas competências de mestre, competências essas necessárias para que a prestação de cuidados ao doente com défices de AC e alterações da funcionalidade, beneficiem de cuidados de ER de qualidade que se traduzam em ganhos de saúde e de QV do doente.

As limitações sentidas ao longo deste percurso foram a limitação do tempo para a implementação do projeto e a reduzida duração dos tempos de internamento. Apesar de não comprometer os objetivos propostos, eram limitados os momentos de intervenção aos doentes devido à aleatoriedade dos turnos. A falta de um consenso teórico e de escalas que possam medir a QV de uma forma mais precisa, levam em muitos casos apenas a avaliar o bem-estar e estilo de vida como sinónimos de QV. Poderão ser necessárias novas abordagens a este tema e mais estudos que permitam uma intervenção orientada mais precisa e diferenciada e orientada para a QV.

Pode-se afirmar, que o objetivo geral e os objetivos específicos foram cumpridos, pois houve um ganho positivo na independência funcional na maioria dos doentes, e a promoção da mobilidade e treino de AVD permitiu melhorar a sua perceção de QV.

## Referências Bibliográficas

Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Relatório de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Curso de Mestrado em Enfermagem), Coimbra, Portugal. Disponível em: [https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id\\_ficheiro=20538&codigo=688697](https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697) 509

Araújo, C., Nicoli, J. (2010). Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira, 231-244. Revista Kairós Gerontologia: São Paulo

Araújo, I., Jesus, R., Araújo, N., Ribeiro, O. (2017). Perceção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. Enfermería Universitaria,14(2):97--- 103. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.003>

Antunes, D., Avelar, K., Friede, R. (2019). Neuroanatomia e comunicação. LexCult, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 182-198, mai./ago. doi: <https://doi.org/10.30749/2594-8261.v3n2p182-198>

Batista, G., Galvão, A. (2022). Health and Self-Care Literacy. RevSALUS Vol. 4: Nº1. doi: <https://doi.org/10.51126/revsalus.v4i1.166>

Barros, A., Bispo, G. (2020). Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. DOI: [10.17648/enipe-2017-85605](https://doi.org/10.17648/enipe-2017-85605)

Barros, A., Santos, S., Medeiros, G., Melo, L. (2014). Análise de Intervenções Fisioterapêuticas na Qualidade de Vida de Pacientes Pós-AVC. doi: <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0014>

Barbosa, A., Neves, A. (2016). Ombro Doloroso do Hemiplégico: Da Prevenção ao Tratamento. I Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. Volume 28 , Nº 2 | Ano 24.

Bártlová, S., Šedová, L., Havierníková, L., Hudáčková, A., Dolák, F., Sadílek, P. Quality of Life of Post-stroke Patients. Zdr Varst. 2022 Mar 21;61(2):101-108. doi: 10.2478/sjph-2022-0014.

Braga, R. (2016a). Avaliação da função deglutição. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.) Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida (1ª edição - pp. 181- 188). Loures: Lusodidacta.

Brás, C., Ferreira, M. (2016). A segurança e qualidade dos cuidados: revisão da literatura. Revista Servir, 59 n.º 4,12-16.

Bezerra, M., Faria, R., Jesus, C., Reis, P., Pinho, D., Kamada, I. (2018). Aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem no Brasil: uma revisão integrativa.

Bezerra, I., Sorpreso, I. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. J Hum Growth Dev., 26(1): 11-16. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>

Becker, R., Heidmann, I. (2020) promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. Texto & Contexto Enfermagem , v. 29: e20180250. X doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>

Buss, P., Hartz, Z., Rocha, C. (2020). Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspetiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>

Castro, C., Pereira, A., Bastos, B. (2018). Implementação da avaliação da dor como o quinto sinal vital. Revista de Enfermagem UFPE online. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236994p3009-3014-2018>

Castro, N., Blascovi-Assis, S.(2017). Escalas de avaliação motora para indivíduos com paralisia cerebral: artigo de revisão. Revisão de escalas na paralisia cerebral doi: [10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p18-31](https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p18-31)

Carrapato, P., Correia, P., Garcia, B. (2017).Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>

Canuto, M., Nogueira, Araujo, T. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. Acta Paul Enferm, 29(3):245-52.DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600035>

Chaves, S., Fonsêca, I., Macêdo, M., Pontes, E., Ferreira, O., Amaral, A. (2021). Alteração de deglutição em idosos pós acidente vascular cerebral: Um estudo de revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 10, n. 9. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17978>

Correia, J., Figueiredo, a., Costa, H., Barros, P., Veloso, L.(2018). Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. <http://revista.spmi.pt>. doi: <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/200/3/2018>

Cruz, D., Silva, N., Patti, L., Paiva, G., Paolillo, A. (2015). CORRELAÇÃO ENTRE SENSIBILIDADE, FUNÇÃO MANUAL E INDEPENDÊNCIA EM INDIVÍDUOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR cerebral. Revista Paraense de Medicina V.29(1) janeiro-março.

Cruz, T., Carvalho, A., Silva,R. Reflexão do autocuidado entre os profissionais de enfermagem. Revista Enfermagem Contemporânea, 2016, jan./jun.,5(1):96-108. doi: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i1.566>

Determinantes da qualidade de vida em idosos. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307867862\\_DETERMINANTS\\_OF\\_QUALITY\\_OF\\_LIFE\\_IN\\_ELDERLY](https://www.researchgate.net/publication/307867862_DETERMINANTS_OF_QUALITY_OF_LIFE_IN_ELDERLY) [acedido em 28 Jun 2023].

Direção Geral da Saúde (2003). A dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor - Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003 Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizesda-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Farfan, A., Farias, G., Rohrs, R., Magalhães, M., Silva, D.; Schulz, R. (2017). Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de alzheimer

Farias, F., Almeida, M. (2019).Características epidemiológicas, clínicas e tratamento ofertado a jovens com acidente vascular cerebral. Revista Saúde (Sta. Maria).

Ferreira, A. (2017). Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala GUSS: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação. Évora: Universidade de Évora.

Ferreira M., Tura L., Silva R., Ferreira M.(2017). Social representations of older adults regarding quality of life. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(4):806-13. [Thematic Edition “Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing”] doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0097>

Ferreira, E., Teixeira, C., Santos, A. (2012).Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun.

Ferreira, L., Meireles, J., Ferreira, M. (2018). Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>

Ferreira, M., Tura, L., Ferreira, M. (2017). Social representations of older adults regarding quality of life. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(4):806-13. [Thematic Edition “Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing”] doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0097>

Flannery, J. & Bulecza, S. (2010). Problemas Vasculares e Degenerativos no Cérebro In Monahan, F., Sans, J., Neighbors, M., Marek, J. & Green, C., PHIPPS Enfermagem Médico Cirúrgica – Perspetivas de Saúde e Doença (8ª edição - pp.1463 – 1502). Loures: Lusodidacta

Freitas, A., Coelho, A., Neves, L., Romeiro, S. (2010). O regresso a casa do utente hemiplégico: organização da família para promover o bem-estar. Em M. Costa, B. Gomes, & M. Martins, *Enfermagem de Reabilitação* (pp.281-314). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda

Fortin, M. F., Côté, J., Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. In M. F. Loures: Lusodidacta

Fonseca, K.(2012). Investigação – ação: uma metodologia para prática e reflexão docente. *Revista Onis Ciência*, Braga, V.1, Ano 1 Nº 2, setembro a dezembro 2012

Gaspar, L., Loureiro, M., Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª Edição, pp. 12–18). Lisboa: LIDEL.

Guimarães, V., Pereira, C. (2017). Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico em Adultos Jovens. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*.

Gonçalves, A., Luz, M., Magrin, S., Raghetti, E., Neto, A., Penha, R.(2019). Estratégias e implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. *Brazilian Journal of health Review*, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 378-393, jan. /feb.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação*. 9th ed. Editora Lusodidacta, Loures. INE

(2022). Portal do Instituto Nacional de Estatísticas. <http://www.ine.pt>

Internacional Council of Nurses (2016). CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros - maio de 2016. Loures: 75 Lusodidacta

Jester, R. (2007). *Advancing Practice in Rehabilitation Nursing*. Oxford: Blackwell.

Jotz, G.(2017). *Disfagia: abordagem clínica e cirúrgica: criança, adulto e idoso*. Elsevier.

Junior, A., Rodolfo, A., Correia, B., Silva, E., Silva, C., Mendanha, K., Costa, L., Rodrigues, R., Moura, T.(2016). Afasia motora após acidente vascular encefálico: relato de caso.

Junior, J., Correa, C., Ferreira, J. (2016). Invasive treatment to control neuropathic pain. *Rev Dor. São Paulo*, 2016;17(1):S98-106. doi: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160059>

Laulert L., Dal Pai D.& Ramos F.R.S (2023). Metodologia de los estudios exploratorios en investigation de enfermeria. In Prado L. M., Souza M.L., Monticeli M., Cometo M. C. & Gómez P.F. (Coord.). *Investigación cualitativa en enfermeria. Metodologia y didáctica*. Washington, DC: OPS.

Lopes, A., Lima, L., Godoi, V., Moura, G.(2017). AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEMENCIAIS EM IDOSOS. *Ciências Humanas e Sociais: Alagoas*. [www.periodicos.set.edu.br](http://www.periodicos.set.edu.br)

Lopes, I., Nogueira, J., Rocha, D. (2018). Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *SAÚDE DEBATE. RIO DE JANEIRO*, V. 42, N. 118, P. 773-789, JUL-SET . doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>

Lobo, A., Gomes, L. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, nov-dez;67(6):913-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670608>

Lima A., Silva A., Guerra D., Barbosa I., Bezerra K., Oriá M.(2016). Nursing diagnoses in patients with cerebral vascular accident: an integrative review. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016;69(4):738-45. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690423i>

Luana, K., Ferreira, J., Fernandes, F., Maria, F.:*Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2018; 21(5): 616-627

Lutz, B. & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação In Hoeman, S. (2011) Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados (4ª edição – pp15-31) Loures: Lusodidacta

Manso, M. (2019). Cuidado centrado na pessoa para indivíduos com demência .Revista Longe viver, Ano I, n. 3, Jul/Ago/Set, 75-84. São Paulo.

Malheiro, A., Nicola, A., Pereira, C. (2009). Contributo para adaptação e validação da Escala de Qualidade de Vida para Utentes após AVC (Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QoL). ESSFisioonline, 5 (2), 12-24.

Marianelli, M., Marianelli, C., Neto, T. (2020). Principais fatores de risco do AVC isquémico: Uma abordagem descritiva. Brazilian Journal of health Review, v. 3, n. 6, p. 19679-19690, Nov./Dez. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-344>

Massi, G., Wosiacki, F., Guarenello, A., Carvalho, T., Wanderbrooke, A., Cairo, N., Lima, R.(2018). Envelhecimento ativo: um relato de pesquisa-intervenção. Rev. CEFAC. 2018 Jan-fev.; 20(1):5-12. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820113017>

Martins, M., Ribeiro, O., Silva, J. (2018). O contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados. June 2018, Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação 1(1):22-29, doi: [10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386](https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386)

Martins, M., Ribeiro, O., Siva, J. (2018). O contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados.

Mangas C. e Sousa J. (2020). A pessoa com deficiência como sujeito holístico: um olhar multi-inter e transdisciplinar. Conference: INNODOCT,2020. doi:[10.4995/INN2020.2020.11836](https://doi.org/10.4995/INN2020.2020.11836)

Matos, M., Simões, J. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

Matos, F., Jesus, C., Coqueiro, J., Fernandes, M., Brito, T. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23382016>

MENOITA, Elsa (et al), Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência, 2012. 211p. ISBN 978-972-8930-78-3.

Menezes, G., Silva, A., Silvério, L., Medeiros, A. (2020). Impacto da atividade física na qualidade de vida de idosos: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-097>

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). Padrão documental nos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In *Ordem dos Enfermeiros*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016). Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem Dos Enfermeiros*, pp. 1–19. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf)

Mendes, J. (2020). *Envelhecimento(s), qualidade de vida e bem-estar*. INTELECTO – Psicologia & Investigação, Ponta Delgada, Portugal.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro. *Diário da República* n.º 210/2017, Série I de 2017-10-31 (2017).

Minosso, J., Amendola, F., Alvarenga, M., Oliveira, M. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm*, 23(2):218-23.

Mourão, A., Almeida, E., Lemos, S., Vicente, L., Teixeira, A. (2016). Evolução da deglutição no pós-AVC agudo: estudo descritivo. *Revista CEFAC*. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618212315>

Moura, C., Chaves, E., Souza, V., Lunes, D., Ribeiro, C., Paraizo, C., Fava, S., Dázio, E. (2017). Impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. *Av. Enferm*. 2017;35(1):53-62. doi:[10.15446/av.enferm.v35n1.61006](https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.61006)

Nascimento, G., Silva, E., Oliveira, Y., Pereira, T., Cabral, R. (2016). Atuação da fisioterapia na síndrome do imobilismo no idoso: uma revisão de literatura. Trabalho apresentado no 1º Congresso Nacional do Envelhecimento Humano, Natal, Brasil. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em:

[http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/trabalho\\_ev054\\_md4\\_sa5\\_id1824\\_07102016203957.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/trabalho_ev054_md4_sa5_id1824_07102016203957.pdf)

Nanque, M., Silva, T., Vasconcelos, E., Marinho, P. (2010). Efeitos de um programa de vibração de corpo inteiro sobre a qualidade de vida de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica (dpc). No portal: [www.cneh.com.br](http://www.cneh.com.br)

Nitrini, R., Parmera, J. (2015). Investigation and diagnostic evaluation of a patient with dementia. Revista Med (São Paulo). jul.-set.;179-84. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.94i3p179-184>

Neto, L., Constantini, A. (2017). Disartria e qualidade de vida em pacientes com esclerose lateral amiotrófica. Rev. CEFAC, Set-Out, 19(5):664-673. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-021620171954017>

Neto, J., Marques, D., Fernandes, M., Nóbrega, M. (2015). Nursing Theories Evaluation: integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(1):162-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>

Nunes, H., Queirós, P. (2017). Doente com acidente vascular cerebral: planeamento de alta, funcionalidade e qualidade de vida. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):415-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0166>

OECD (2017). Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality. Disponível em <https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>

Oliveira, J., Delfina, L., Batistoni, S., Neri, A., Cachioni, M. (2018). Quality of life of elderly people who care for other elderly people with neurological diseases. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180077>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível: [www.file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PQCEEReabilitacao%20\(2\).pdf](http://www.file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PQCEEReabilitacao%20(2).pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação (Vol. 1, N 07). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_si te.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_si te.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 125/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.a série - N.º 35- 18 de fevereiro, 8658 – 8659. [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_125\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento N.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário de República, 2o série- N.º35 - 18 de fevereiro , 8648–8653. [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4\\_regulamento-dospadr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dospadr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf)

Ouchi, J., Lupo, A., Alves, B., Andrade, R., Fogaça, M. (2018). O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. Revista Saúde em Foco,10, 412-Disponível em: [http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2018/054\\_O\\_PAPEL\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_NA\\_UNIDADE\\_DE\\_TERAPIA\\_INTENSIVA.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2018/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf)

Oliveira, A., Rossi, E. (2019). Envelhecimento populacional, segmento mais idoso e as atividades básicas da vida diária como indicador de velhice Autónoma e ativa. Geosul, Florianópolis, v. 34, n. 73, p. 358-377, set./dez. doi: <http://doi.org/10.5007/1982-5153.2019v34n73p358>

Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (1a Edição, pp. 3–15). Loures: Lusodidacta.

Ferreira, M., Peres, M. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.10.5828>

PORDATA. (2021). Portal PORDATA. <https://www.pordata.pt>

Pinto, A., Lange, C., Llano, P., Castro, D., Santos, F.(2016). Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural.doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>

Pinheiro, A. (2019). Instrumentos de avaliação da qualidade de vida na demência. *Rev Port Med Geral Fam*, 35:481-8 doi: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i6.12391>

Queiroz, J. - Aneurismas Cerebrais – Qualidade de vida e estratégias de prevenção a adotar. Coimbra: Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra, 2010. Tese de mestrado

Queiroz, R., Camacho, A., Gurgel, J., Assis, C., Santos, L., Santos, M. (2018). Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. *ev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 21(2): 210-219. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170170>

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV-N o3, 157–164. doi: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Radwanski, M. L. (2011). Enfermagem de Reabilitação Gerontológica. In S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4a Edição, pp. 695–714). Loures: Lusodidacta

Regulamento n.º 392/2019. Diário da República, 2a série - n.º 85 - 3 de maio de 2019 (2019).

Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2a série - 6 de fevereiro de 2019.

Regulamento n.º 392/2019. Diário da República, 2a série - n.º 85 - 3 de maio de 2019 .

Regulamento n.º 743/2019. , Diário da República, 2.a série - 25 de setembro de 2019.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro. Ordem dos Enfermeiros (2011)

Reis, L., Gusmão, M. (2017). EFEITOS DO TREINAMENTO SENSÓRIO-MOTOR NO EQUILÍBRIO DE IDOSOS: REVISÃO SISTEMÁTICA. *Rev. Saúde Col. UEFS*, Feira de Santana, 7(1): 64-70. doi: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v7i1.1056>

Reis R., Pereira E., Pereira M., Nassar A., Soane C., Silva J.(2017). Meanings to family members living with an elderly affected by stroke sequelae. *Interface (Botucatu)*, 21(62):641-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0206>

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais Teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas (1a Edição)*, pp. 48–57. Lisboa: LIDEL.

Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A., Pestana, H. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rodrigues, M., Santana, L., Galvão, I. (2017). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquémico: uma abordagem descritiva. *Rev Med (São Paulo)*, jul.-set., 96(3):187-92. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192>

Rodriguez-Acelas, A., Montañez, W. (2018). Contribuições das escalas em saúde como ferramentas que influenciam decisões no cuidado dos pacientes. *Revista Cuidarte*, 9(1): 1957-60.

Rola, C., Silva, S., Nicola, P. (2018). Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de Revisão Sistemática. *Id online Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 42, p. 111-120, 2018 - ISSN 1981-1179. Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., Oliveira, M. (2023). Programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, Vol. 6 Nº 1. doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>

Santos, J., Campos, C., Martins, M. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Santos, C., Bessa, T., Xavier, A. (2018). Factors associated with dementia in elderly. 603-609. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018>

Santos, R. (2018). A importância da comunicação no processo de liderança. *Rev. Adm. Saúde - Vol. 18, Nº 72*. doi: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.72.128>

Santo, J., Prata, A., Cunha, I., Santos, M. (2021). Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: contribuição da enfermagem de reabilitação. *Enferm Foco*. 2021

Sousa, N., Lima, M., Cesar, C., Barros, M.(2018). Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública 2018; 34(11):e00173317 doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173317>

Saúde, Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde 2018. Lisboa: Ministério da Saúde.

Shuster, R. (2011). Correlação entre Disfunções Motoras e Respiratórias no AVC. Revista Neurociência, 587 a 588.

Schmidt, M., Selau, C., Soares, P., Franchi, E., Piber, V., Quatrin, L. (2019). Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar. r. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 23, n. 2, p. 139-144, maio/ago.

Schmidt, S., Fontanesi, S. (2016). Intervenções em afasia: uma revisão integrativa. Rev. CEFAC, Jan-fev., 18(1):252-262. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161817715>

Serras (2014). Qualidade de vida relacionada com a saúde após um acidente vascular cerebral - fatores preditivos. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=32061&codigo=523](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=32061&codigo=523)

Sayed et al. EJGG.2015; 2(2): 33-37  
[https://ejgg.journals.ekb.eg/article\\_5328\\_aedf4b56a36aedb86650e24ad32d164f.pdf](https://ejgg.journals.ekb.eg/article_5328_aedf4b56a36aedb86650e24ad32d164f.pdf)

Silva, T. M. da C. (2017). Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável - Melhoria da Qualidade (Escola Superior de Enfermagem do Porto). Escola superior de enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>

Silva, I., Lopes, R., Silva, A., Meira, V. (2019). Avaliação da capacidade funcional de idosos diagnosticados com doença neurológica. [www.cieh.com.br](http://www.cieh.com.br)

Silva, K., Silva, A., Santos, A., Cordeiro, A., Sorares, D., Santos, F., Silva, M. (2021). Autocuidado a luz da teoria de Dorothea orem: panorama da produção científica brasileira. Brazilian Journal of Development. Doi :10.34117/bjdv7n4-047

Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. Journal Health NPEPS. 2021 jul -dez; 6(2):278-295. doi: <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Silva, D., Melo, M., Duarte, E., Borges, A. (2019). Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral (AVC): Revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e2136.2019>

Silva, E., Lacerda, T., Souza, J., Carvalho, P., Horta, N., Souza, M. (2019). Avaliação da qualidade de vida do idoso institucionalizado com sinais de demência. Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 81-95.

Sposito, G., Neri, A., Yassuda, M. (2016). Atividades avançadas de vida diária (AAVD) e o desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade: Dados do Estudo FIBRA Polo UNICAMP. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 19(1):7-20

Scäffler, A., & Menche, N. (2014). Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem. Loures: Lusociência.

Scherrer G., Passos K., Oliveira L., Okuno M., Alonso A., Belasco A. (2020). Atividades de vida diária, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos. Acta Paul Enferm, 35:eAPE0237345. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0237345>

Skevington, S., Lofty, K. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res* 13, 299–310 (2004) doi: <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>

Tavares, D., Lazarini, F., Marmo, F., Marchiori, G., Oliveira, J., Rodrigues, F. (2019). Atividades avançadas de vida diária entre idosos: fatores preditores. Rev. Eletr. Enferm., 2019; 21:53681, 1-8.

Teixeira, J., Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 10 - jul./ago./set. Disponível em doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>

Tripathi RK, J Gerontol Geriat Res 2012, 1:5 doi : 10.4172/2167-7182.1000e114

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Portalegre, EPE(2022). Hospital Doutor José Maria Grande, E.P.E. Consultado a 15 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://www.ulsna.min-saude.pt/>

Vasconcelos et al (2020): Qualidade de vida relacionada à saúde: análise dimensional do conceito. *Investigação qualitativa em saúde: avanços e desafios*, da Universidade de Fortaleza, Brasil. doi: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.226-238>

Vall, J., Lemos, K., & Janebro, A. (2005). O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista

Vitor, A., Lopes, M., Araujo, T. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery*, jul-set; 14 (3):611-616.

Koerich, M., Backes, D., Sousa, F., Erdmann, A. & Albuquerque, G. (2009). Pesquisa Ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3): 717-723.

Walker A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *Ageing* (2005) 2: 2–12 doi: 10.1007/s10433-005-0500-0

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2022). Portal World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/pt>.

Kopylova, N., Rssouw, S. (2022). Multidimensional Quality of Life of Older Adults in South Africa. doi: <https://doi.org/10.1007/s11482-022-10072-w>

## **APÊNDICES**

## **Apêndice 1-** Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Consentimento informado,

No âmbito do Mestrado de Enfermagem em associação, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Setúbal que integra o Politécnico de Setúbal, estou a realizar um projeto de intervenção intitulado de “A influência dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na qualidade vida na pessoa com alterações do foro neurológico”, a ser implementado ao longo do Estágio Final a decorrer neste serviço.

O presente projeto tem como população alvo os utentes que se encontrem em fase de internamento no serviço, que necessitem de cuidados de enfermagem de reabilitação e que apresentam compromisso da sua qualidade de vida, tendo como objetivo Identificar os doentes com alterações neurológicas; Identificar a qualidade de vida nestes doentes; Planear intervenções de enfermagem de reabilitação que contribuem para prevenir, manter ou melhorar a qualidade de vida com base na revisão sistemática da literatura; Implementar intervenções de enfermagem de reabilitação (Cinesiterapia respiratória, Treino de marchar, Exercícios de estimulação sensorial, Exercícios musculares e articulares)

Após ler a informação exposta anteriormente e, divulgada pela responsável do projeto, caso tenha alguma dúvida, sinta-se na liberdade de solicitar mais informações.

Consentimento informado,

*Declaro ter sido informado(a) do projeto de intervenção da Enfermeira Telma Sofia Calixto Pereira Graça, acima descrito, e, de ter compreendido as informações verbais que me foram fornecidas.*

*Foi-me garantida a possibilidade de que, em qualquer altura, poderia recusar participar, sem qualquer tipo de consequências e foi-me também garantido o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas a meu respeito.*

*Declaro também, que aceito a sua intervenção em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação supervisionados por uma enfermeira especialista com a confiança de a mesma ser benéfica e não acarreta malefícios e aceito que os resultados dessa intervenção sejam descritos no relatório de estágio e apresentados na discussão pública do mesmo,*

*Desta forma, aceito participar neste estudo/ aceito a participação do meu familiar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária serão fornecidos, apenas para esta*

*investigação e confiando nas garantias de confidencialidade e anonimato que me foram dadas pelo investigador.*

Assinatura do participante,

\_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura de quem pede o consentimento,

\_\_\_\_\_

Enfermeira Telma Sofia Calixto Pereira Graça (Cédula profissional n.º: 92578)

Contacto: [telma.calixto@gmail.com](mailto:telma.calixto@gmail.com)

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION**



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



DGS desde 1899  
Direção-Geral da Saúde

#### Anexo IV – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

##### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que anos estamos? \_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_  
Em que país estamos? \_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_

##### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabe-las de cor".

Pera \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

##### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta, se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas).

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".  
27\_24\_21\_18\_15

##### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pera \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

##### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_

b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase.

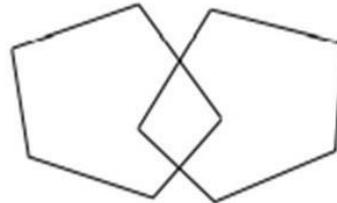
Fechou os olhos \_\_\_\_

e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

FRASE:

#### 6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

TOTAL (máximo 30 pontos): \_\_\_\_

Escala de normalidade em função da escolaridade:

- Analfabetos  $\geq$  15 pontos
- Entre 1 a 11 anos de escolaridade  $\geq$  22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade  $\geq$  27 pontos

Fonte: Morgado, J. Rocha, C.S. Maruta, C. Guerreiro, M. Martins, LP. Novos Valores Normativos do *Mini-Mental State Examination*. Revista Sinapse. 2009, Vol 9 (2), pp. 10-16.

## **ANEXO 2 – ÍNDICE DE BARTHEL**

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

### Escala de Barthel – Instruções

#### GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas\*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de "0" em todos os items, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

#### ESPECÍFICAS

##### Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clíster, então "incontinente" \*.

Ocasional \* = uma vez por semana.

##### Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como " continente".

##### Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

##### Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa\*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho\*.

##### Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

##### Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

##### Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho\*

##### Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

##### Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = "independente" se sem supervisão/sem auxílio\*.

\*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

### **ANEXO 3 – EVA**

### Escala Visual Analógica

Sem Dor _____ Dor Máxima
--------------------------

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima".

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta.

Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

*Exemplo:*

Um doente com Dor Ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação "Sem Dor" (posição A). Se sofrer de uma Dor Média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma Dor Intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação "Dor Máxima" (posição C).

Sem Dor	X	X	X	Dor Máxima
	A	B	C	

### 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).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

### Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" ou "Dor Máxima". Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

## **Anexo 4-** Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram AVC

Anexo

Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral

Domínio – Itens	Concordo fortemente (1)	Concordo moderadamente (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo moderadamente (4)	Discordo fortemente (5)
<b>Energia</b>					
1. Senti-me cansado(a) a maior parte do tempo.					
2. Tive de parar e descansar durante o dia.					
3. Estava muito cansado(a) para fazer tudo o que queria.					
<b>Papel Familiar</b>					
1. Não participei em actividades lúdicas com a minha família.					
2. Senti que era um fardo para a minha família.					
3. A minha condição física interferiu com a minha vida pessoal.					
<b>Disposição</b>					
1. Estava desanimado(a) com o meu futuro.					
2. Não estava interessado(a) em outras pessoas ou actividades.					
3. Senti-me afastado(a) das outras pessoas.					
4. Tinha pouca confiança em mim próprio (a).					
5. Não estava interessado(a) na comida.					
<b>Personalidade</b>					
1. Estava irritado (a).					
2. Estava impaciente com os outros.					
3. A minha personalidade mudou.					
<b>Papel Social</b>					
1. Não sai tantas vezes quanto gostaria.					
2. Fiz os meus hobbies/passatempos e actividades lúdicas menos tempo do que gostaria.					
3. Não vi tantos amigos como gostaria.					
4. Tive relações sexuais menos vezes do que gostaria.					
5. A minha condição física interferiu com a minha vida social.					
<b>Capacidade Mental</b>					
1. Era difícil concentrar-me.					
2. Tive dificuldade em lembrar-me das coisas.					
3. Tive de escrever as coisas para não me esquecer.					
	Não o consegui fazer de todo (1)	Com muita dificuldade (2)	Com alguma dificuldade (3)	Com pouca dificuldade (4)	Sem dificuldade (5)
<b>Linguagem</b>					
1. Teve dificuldade em falar? Por exemplo, gaguejava, balbuciava, engolia as palavras ou sentia que elas ficavam presas?					
2. Teve dificuldade em falar de forma suficientemente clara para utilizar o telefone?					
3. As outras pessoas tiveram dificuldade em percebê-lo(a)?					
4. Teve dificuldade em encontrar as palavras certas?					
5. Teve de se repetir para que os outros o(a) compreendessem?					
<b>Mobilidade</b>					
1. Teve dificuldade em andar?*					
2. Perdeu o equilíbrio quando se inclinava para a frente, ou tentava agarrar alguma coisa?					
3. Teve dificuldade em subir escadas?					
4. Teve de parar e descansar mais tempo, do que aquilo que gostaria, quando andava ou utilizava uma cadeira de rodas?					
5. Teve dificuldade em ficar de pé?					
6. Teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira?					
<b>Função Membro Superior</b>					

\*Se não consegue andar passe à pergunta 4 e pontue as perguntas 2 e 3 com 1.

1. Teve dificuldade em escrever ou dactilografar?					
2. Teve dificuldade em calçar meias?					
3. Teve dificuldade em abotoar botões?					
4. Teve dificuldade em fechar um fecho?					
5. Teve dificuldade em abrir um frasco?					
<b>Visão</b>					
1. Teve dificuldade em ver televisão suficientemente bem, para poder apreciar um programa?					
2. Teve dificuldade em agarrar as coisas por falta de visão?					
3. Teve dificuldade em ver as coisas de um dos lados?					
<b>Trabalho/Produividade</b>					
1. Teve dificuldade em realizar as tarefas diárias em casa?					
2. Teve dificuldade em terminar tarefas que já tinha começado?					
3. Teve dificuldade em fazer o trabalho que estava habituado?					
	<b>Ajuda total (1)</b>	<b>Muita ajuda (2)</b>	<b>Alguma ajuda (3)</b>	<b>Pouca ajuda (4)</b>	<b>Sem ajuda (5)</b>
<b>Auto-cuidados</b>					
1. Precisou de ajuda para preparar as suas refeições?					
2. Precisou de ajuda para comer? (por exemplo, cortar os alimentos ou cozinhá-los)					
3. Precisou de ajuda para se vestir? (por exemplo, calçar meias ou sapatos, abotoar botões ou fechar um fecho?)					
4. Precisou de ajuda para tomar banho ou duche?					
5. Precisou de ajuda para ir à casa de banho?					
<b>Pontuação Total</b>					

Adaptado e validado para a população portuguesa por Andreia Malheiro, Ângela Nicola e Carla Pereira. Área Disciplinar da Fisioterapia. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Original: WILLIAMS, L. *et al.*, Development of a Stroke- Specific Quality of Life Scale, *Stroke*, Volume 30, 1999, pp.1632-1369.

## **ANEXO 5 – APROVAÇÃO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULSNA**

**INFORMAÇÃO**  
N.º 02/2023, de 08 de fevereiro

Assunto: 2023/02/23  
Sandra Oliveira

De: Maria Luíza Lopes  
Para: Sr. Presidente do CA- Dr. Joaquim Araújo  
C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo "A influência dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Qualidade de Vida na Pessoa com alterações do foro neurológico."

PARECER	DESPACHO/DELIBERAÇÃO
<p>ULSNA, EPE Conselho de Administração</p> <p>Joaquim Araújo, Presidente</p> <p>Vera Esteves, Diretora Clínica</p> <p>Jorge Lourenço Gonçalves, Enfermeiro Diretor</p> <p>Ana Amália Gonçalves, Enfermeira Especialista</p> <p>Raul Cordeiro, Vagabundo Executivo</p>	<p>TOMADO CONHECIMENTO e delibera este CA concordar com a presente informação, aprovando o referido Estudo. Com conhecimento à requerente e à Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, EPE.</p> <p>2023/02/23</p>

A Sr.ª Enfermeira Telma Sofia Calixto Pereira Graça, mestranda em Enfermagem com a área de Especialização de Reabilitação, do Instituto Politécnico de Setúbal, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo, intitulado: "A influência dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Qualidade de Vida na Pessoa com alterações do foro neurológico."

Cumpram-se:

I- Enquadramento  
O enquadramento e justificação do estudo encontra-se no projeto do estudo da investigadora.

II- Objetivos gerais e específicos  
Encontram-se descritos no projeto do estudo os objetivos gerais e específicos.

III- Tipo de estudo  
O estudo é descritivo.

IV- População alvo  
- Utentes que se encontrem internados no serviço de internamento de medicina e que necessitem de cuidados de enfermagem de reabilitação.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

MOD.07.ADMA.02

Página 1 de 2

Ata 08/2023  
Doc. 133

CS  
30-2023



INFORMAÇÃO  
N.º02/2023, 08 de fevereiro

A recolha de dados é efetuada, através de observação direta com recurso a vários instrumentos, como: *índice de Barthel*, que avalia o grau de dependência do doente para a realização de 10 atividades básicas de vida; *Mini Mental state examination*, que avalia a função cognitiva do doente; *EQVE-AVC*, que avalia a consistência interna da escala de qualidade de vida específica para utentes que sofreram AVC; Escala Visual Analógica; que mede a dor.

O fundamento da licitude de recolha de dados é o consentimento informado que se encontra anexo ao projeto de estudo e não merece censura ético legal.

A análise dos dados recolhidos será efetuada através de análise comparativa.

#### VI- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo.

Os documentos que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas.

Encontram-se acauteladas as questões ético-legais, constituindo o consentimento informado o fundamento da licitude na recolha da informação.

Nestes termos, por se considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "*A influência dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Qualidade de Vida na Pessoa com alterações do foro neurológico.*"

A investigadora deverá comprometer-se a proceder à destruição da informação recolhida no prazo de 5 anos após conclusão do estudo.

Após finalização do estudo deverá ser agendada a apresentação do mesmo na ULSNA ou o envio das suas conclusões.

É tudo quanto cumpre informar

P/la Comissão de Ética

Maria Luíza Lopes

Anexo: Requerimento com projeto completo do estudo.

10/25

As Comissões de Ética para a Saúde, para os devidos efeitos.

2022/10/25

Joaquim Araújo, Presidente

UESNA

JOAQUIM ARAÚJO

Presidente do Conselho de Administração

Exmo. Presidente Do Conselho  
de Administração Dr.º Joaquim Araújo,

Eu, Telma Sofia Calixto Pereira Graça estudante do Mestrado de Enfermagem com a área de especialização de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Setúbal que integra o Politécnico de Setúbal, solicito autorização para desenvolver no âmbito do meu estágio final, um projeto de intervenção em doentes internados no Serviço de Medicina do Hospital Santa Luzia de Elvas no período de 19 de Setembro de 2022 a 21 de Janeiro de 2023, com necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação por apresentarem compromisso da qualidade de vida devido a alterações do foro neurológico, sob a orientação da EnP Inês Judas.

O Projeto tem como tema "A influência dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na qualidade vida na pessoa com alterações do foro neurológico", em que as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final em consonância com o projeto de estágio, seguirão uma metodologia científica que incluiu a avaliação inicial dos doentes, o diagnóstico, planeamento de cuidados, implementação dos mesmos e avaliação final de resultados, pelo que foram estabelecidos para o projeto os seguintes objetivos específicos. Identificar os doentes com alterações neurológicas; Identificar a qualidade de vida nestes doentes; Planear intervenções de enfermagem de reabilitação que contribuem para prevenir, manter ou melhorar a qualidade de vida com base na revisão sistemática da literatura; Implementar intervenções de enfermagem de reabilitação e Avaliar os resultados das intervenções implementadas de enfermagem de reabilitação sob a orientação científica e académica da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, docente da Escola Superior de Saúde Dr.º Lopes Dias.

Os resultados deste projeto de intervenção serão integrados no relatório final de estágio que será apresentado em provas públicas, no âmbito do curso de mestrado.

O anonimato dos utentes e da instituição, e a confidencialidade dos dados recolhidos ao longo deste processo serão assegurados e só integram o projeto os utentes que aceitem de esclarecida e livre vontade serem incluídos, com a garantia que os dados obtidos serão codificados e usados exclusivamente para este efeito. Mais se informa que o projeto a ser implementado, é submetido à Comissão de Ética do Politécnico de Setúbal.

Pede deferimento,

Assinado por: **Telma Sofia Calixto Pereira Graça**  
Num. de identificação: 13076722  
Data: 2022.09.21 14:17:20+01'00'



CES  
30  
27.12.2022

UNIVERSIDADE DE SAÚDE DO  
POLITÉCNICO DE SETÚBAL EPE  
EPE: 2022/072  
Data: 21.09.2022  
Judi D. Dias

## **ANEXO 6 – EVOLUÇÃO DO DOENTE A**

## Colheita de dados do Doente A

### Quadro n.º 8 Dados do Doente A

<b>Nome:</b> D.P. <b>Idade:</b> 97 anos <b>Raça:</b> Caucasiano <b>Género:</b> Masculino
<b>Diagnóstico:</b> bronquite aguda, ICC crónica descompensada, DRC
<b>Antecedentes Pessoais:</b> AVC isquémico em outubro de 2022, HTA, DMIINIT, IC e obesidade
<b>Medicação do Domicílio:</b> - Amlodipina 5mg comp, 1d - Lisinopril 20 mg comp, 1d - Rosuvastatina 10 mg comp., 1d - Lorazepam 2,5 mg comp., 1d
<b>Dias de internamento:</b> 15 dias
<b>N.º de Sessões:</b> 5 sessões
<b>Proveniência:</b> Institucionalizado em Lar
<b>Destino após alta:</b> Institucionalizado em Lar

Fonte: Elaborado pela própria

### Quadro n.º 9 MMSE do Doente A

Avaliação da Função Cognitiva - Mini-mental state examination (MMSE)	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Score	23	23

Fonte: Norma n.º008/2019

### Quadro n.º 10 índice de Barthel do Doente A

Avaliação da Funcionalidade- Índice de Barthel			
Autocuidados	Itens	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Alimentação	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	5	5
Transferências	Independente (15) Precisa de alguma ajuda (10) Precisa de ajuda de uma pessoa, mas não consegue sentar-se (5)	5	10

	Dependente, não tem equilíbrio sentado (0)		
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5) Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	0	5
Utilização do WC	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	0	5
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (10) Dependente (5)	5	5
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15) Caminha menos de 50 metros com ajuda (10) Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros incluído esquinas (5) Imóvel (0)	0	10
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas (10) Precisa de ajuda (5) Dependente (0)	0	5
Vestir	Independente (10) Com ajuda (5) Impossível (0)	5	
Controlo intestinal	Controlo perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10) Acidente ocasional (5) Incontinente, ou precisa do uso de clisteres (0)	10	10
Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que	10	10

	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)		
<b>Total:</b>		40	7

Fonte: Norma no 054/2011

#### Quadro n.º11 EVA do Doente A

EVA	1ª Avaliação	2ª Avaliação
	0/10	0/10

#### Quadro n.º 12 Sinais Vitais do Doente A

N.º Sessões de ER	Antes da sessão	Após a sessão
1ª Sessão	TA:123/74mmHg FC:90bpm SPO2:88%TT:36,0	TA:127/74mmHg FC: 93bpm SPO2:90% TT:36,2
2ª Sessão	TA:136/70mmHg FC:90bpm SPO2:91% TT:36,0	TA:136/70 mmHg FC:90bpm SPO2:91% TT:36,0
3ª Sessão	TA:129/78 mmHg FC:91bpm SPO2:93% TT:36,4	TA: 129/78 mmHg FC: 91 bpm SPO2: 94% TT:36,4
4ª Sessão	TA:129/69 mmHg FC:90bpm SPO2:93% TT:36,2	TA:130/70mmHg FC:93bpm SPO2:93%TT:36,0
5ª Sessão	TA:136/72mmHg FC:91bpm SPO2:94% TT:36,2	TA:136/72 mmHg FC:92bpm SPO2:94% TT:36,4

Fonte: Elaborado pelo próprio

## **ANEXO 7 – EVOLUÇÃO DO DOENTE B**

## Colheita de dados do Doente B

### Quadro n.º 13 Dados dos Doente B

<b>Nome:</b> H. M. <b>Idade:</b> 78 anos <b>Raça:</b> Caucasiana <b>Género:</b> Feminino
<b>Diagnóstico:</b> AVC isquémico e pneumonia por aspiração
<b>Antecedentes Pessoais:</b> DRC; HTA; Anemia; DPOC; Disritmias; SD. Depressivo, Angor, DRGE, Hipocoagulada, ICC, Portadora de Pacemaker.
<b>Medicação do Domicílio:</b> - Escitalopram 10 mg, 1.d. - Bromazepam (lexotan) 1.5mg, 1.d. - Esomeprazol 20mg, 1 cp em Jejum - AAS 100mg cp, 1.d. - Lisinopril 20mg cp, 1.d. - Metamizol de Magnésio 1cp de 8 em 8horas
<b>Dias de internamento:</b> 10 dias
<b>N.º de Sessões:</b> 5
<b>Proveniência:</b> Domicílio
<b>Destino após alta:</b> Unidade de Cuidados Continuados (UCC)

Fonte: Elaborado pela própria

### Quadro n.º 14 MMSE do Doente B

Avaliação da Função Cognitiva - Mini-mental state examination (MMSE)	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Score	25	25

Fonte: Norma n.º008/2019

### Quadro n.º 15 índice de Barthel do Doente B

Avaliação da Funcionalidade- Índice de Barthel			
Autocuidados	Itens	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Alimentação	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	10	10
Transferências	Independente (15) Precisa de alguma ajuda (10)	10	10

	Precisa de ajuda de uma pessoa, mas não consegue sentar-se (5) Dependente, não tem equilíbrio sentado (0)		
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5) Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	5	5
Utilização do WC	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	5	10
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (10) Dependente (5)	5	10
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15) Caminha menos de 50 metros com ajuda (10) Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros incluído esquinas (5) Imóvel (0)	10	10
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas (10) Precisa de ajuda (5) Dependente (0)	5	5
Vestir	Independente (10) Com ajuda (5) Impossível (0)	10	10
Controlo intestinal	Controlo perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10) Acidente ocasional (5) Incontinente, ou precisa do uso de clisteres (0)	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
Total:		80	90

Fonte: Norma no 054/2011

#### Quadro n.º16 EVA do Doente B

EVA	1ª Avaliação	2ª Avaliação
	5/10	0/10

#### Quadro n.º17 Sinais Vitais do Doente B

N.º Sessões de ER	Antes da sessão	Após a sessão
1ª Sessão	TA:146/60mmHg FC:80 bpm SPO2:95% TT:37,1	TA: 146/62mmHg FC:80bpm SPO2:95% TT:37,1
2ª Sessão	TA: 138/63mmHg FC:82bpm SPO2:95% TT:36,8	TA: 139/70mmHg FC: 84bpm SPO2: 95% TT:36,7
3ª Sessão	TA:144/69mmHg FC:85bpm SPO2:96% TT:36,8	TA:148/65mmHg FC:85bpm SPO2:96% TT:36,8
4ª Sessão	TA:136/74 mmHg FC: 89 bpm SPO2:95% TT:36,8	TA: 135/70 mmHg FC: 88bpm SPO2:96% TT:36,5
5ª Sessão	TA: 135/66mmHg FC: 80bpm SPO2:96% TT:36,2	TA:135/65mmHg FC:81bpm 96% SPO2: TT:36,5

Fonte: Elaborado pela própria

## **ANEXO 8 – EVOLUÇÃO DO DOENTE C**

## Colheita de dados do Doente C

### Quadro n.º 18 Dados do Doente C

<b>Nome:</b> J.O. <b>Idade:</b> 67 A <b>Raça:</b> Caucasiana <b>Género:</b> Masculino
<b>Diagnóstico:</b> Parestesias para estudo: Neoplasia Pulmonar
<b>Antecedentes Pessoais:</b> HTA, DLP
<b>Medicação do Domicílio:</b> Nega a toma de medicação.
<b>Dias de internamento:</b> 6 dias
<b>N.º de Sessões:</b> 5 sessões
<b>Proveniência:</b> Domicílio
<b>Destino após alta:</b> Alta a pedido para Domicílio

Fonte: Elaborado pela própria

### Quadro n.º 19 MMSE do Doente C

Avaliação da Função Cognitiva - Mini-mental state examination (MMSE)	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Score	30	30

Fonte: Norma n.º008/2019

### Quadro n.º 20 índice de Barthel do Doente C

Avaliação da Funcionalidade- Índice de Barthel			
Autocuidados	Itens	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Alimentação	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	10	10
Transferências	Independente (15) Precisa de alguma ajuda (10) Precisa de ajuda de uma pessoa, mas não consegue sentar-se (5) Dependente, não tem equilíbrio sentado (0)	0	0
Toailete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5) Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	0	0

Utilização do WC	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	0	0
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (10) Dependente (5)	5	5
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15) Caminha menos de 50 metros com ajuda (10) Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros incluído esquinas (5) Imóvel (0)	0	0
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas (10) Precisa de ajuda (5) Dependente (0)	0	0
Vestir	Independente (10) Com ajuda (5) Impossível (0)	5	5
Controlo intestinal	Controlo perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10) Acidente ocasional (5) Incontinente, ou precisa do uso de clisteres (0)	0	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	0	0

	incapaz de manejar a algália sozinho (0)		
Total:		20	20

Fonte: Norma no 054/2011

#### Quadro n.º21 EVA do Doente C

EVA	1ª Avaliação	2ª Avaliação
	2/10	2/10

#### Quadro n.º22 Sinais Vitais do Doente C

N.º Sessões de ER	Antes da sessão	Após a sessão
1ª Sessão	TA:156/88mmHg FC:99bpm SPO2:97% TT:36,0	TA:155/88mmHg FC:94bpm SPO2:97% TT:36,1
2ª Sessão	TA:149/71 mmHg FC:90 bpm SPO2:97% TT:36,0	TA:149/71 mmHg FC: 90 bpm SPO2:97% TT:36,0
3ª Sessão	TA: 139/76mmHg FC:94bpm SPO2:97% TT:36,1	TA:140/69mmHg FC:95bpm SPO2:97% TT:36,2
4ª Sessão	TA: 150/79 mmHg FC:88bpm SPO2:98% TT:36,1	TA:149%79 mmHg FC:89bpm SPO2:97% TT:36,0
5ª Sessão	TA:139/68mmHg FC:91bpm SPO2:97% TT:36,1	TA: 139/71mmHg FC:91bpm SPO2:97% TT:36,0

Fonte: elaborado pela própria

## **ANEXO 9 – EVOLUÇÃO DO DOENTE D**

## Colheita de dados do Doente D

### Quadro n.º 23 Dados do Doente D

<b>Nome:</b> M.F. <b>Idade:</b> 58 anos <b>Raça:</b> Caucasiana <b>Género:</b> Feminino
<b>Diagnóstico:</b> AVC isquémico, síncope para estudo
<b>Antecedentes Pessoais:</b> Colecistectomia 2013, HTA, DLP
<b>Medicação do Domicílio:</b> - Omeprazol 20 mg comp, 1d - Losartan 50 mg comp, 1d - Rosuvastatina 20mg comp, 1d - Lorazepam 1 mg comp., 1d
<b>Dias de internamento:</b> 10 dias
<b>N.º de Sessões:</b> 5 sessões
<b>Proveniência:</b> Domicílio
<b>Destino após alta:</b> Domicílio

Fonte: Elaborado pela própria

### Quadro n.º 24 MMSE do Doente D

Avaliação da Função Cognitiva - Mini-mental state examination (MMSE)	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Score	23	23

Fonte: Norma n.º008/2019

### Quadro n.º 25 índice de Barthel do Doente D

Avaliação da Funcionalidade- Índice de Barthel			
Autocuidados	Itens	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Alimentação	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	10	10
Transferências	Independente (15) Precisa de alguma ajuda (10) Precisa de ajuda de uma pessoa, mas não consegue sentar-se (5)	15	15

	Dependente, não tem equilíbrio sentado (0)		
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5) Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	5	5
Utilização do WC	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	5	10
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (10) Dependente (5)	10	10
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15) Caminha menos de 50 metros com ajuda (10) Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros incluído esquinas (5) Imóvel (0)	10	15
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas (10) Precisa de ajuda (5) Dependente (0)	10	10
Vestir	Independente (10) Com ajuda (5) Impossível (0)	10	10
Controlo intestinal	Controlo perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10) Acidente ocasional (5) Incontinente, ou precisa do uso de clisteres (0)	10	10
Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que	5	10

	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)		
<b>Total:</b>		85	105

Fonte: Norma no 054/2011

#### Quadro n.º26 Escala Visual Analógica do Doente D

EVA	1ª Avaliação	2ª Avaliação
	5/10	2/10

#### Quadro n.º27 Sinais Vitais do Doente D

N.º Sessões de ER	Antes da sessão	Após a sessão
1ª Sessão	TA:109/60 mmHg FC:66 bpm SPO2:97% TT:37,1	TA: 109/62 mmHg FC:65bpm SPO2:97 TT:37,0
2ª Sessão	TA:117/60 mmHg FC:60bpm SPO2:99% TT:36,8	TA: 112/60mmHg FC: 62bpm SPO2: 99% TT:36,8
3ª Sessão	TA: 99/55 mmHg FC:69 bpm SPO2:98% TT:36,7	TA:99/56 mmHg FC:64bpm SPO2:98% TT:36,6
4ª Sessão	TA:112/ 59 mmHg: FC:63 bpm SPO2:97% TT:36,8	TA:110/59mmHg FC: 63bpm SPO2: TT:36,4
5ª Sessão	TA:111/60mmHg FC: 66bpm SPO2:97% TT:36,5	TA:112/60mmHg FC:66bpm SPO2:97% TT:36,5

Fonte: Elaborado pela própria

## **ANEXO 10 – EVOLUÇÃO DO DOENTE E**

## Colheita de Dados do Doente E

### Quadro n.º 28 Dados do Doente E

<b>Nome:</b> M. A. <b>Idade:</b> 87 Anos <b>Raça:</b> Caucasiana <b>Género:</b> Feminino
<b>Diagnóstico:</b> AVC isquémico, Sobredosagem com rivaroxabano/coagulopatia, ICC descompensada, anemia microcítica, IC respiratória
<b>Antecedentes Pessoais:</b> HTA, Obesidade, DLP, ICC, Cardiopatia isquémica: doença dos três vasos; FA, DPOC (OLD a 2lt/min-16 horas)
<b>Medicação do Domicílio:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pantoprazol 40mg comp, 1d</li><li>- O2 por ON a 2lt/min- 16horas</li><li>- Carvedilol 6,25 mg comp, 1d</li><li>- Rivaraboxabano 20 mg comp, 1d</li><li>- Furosemida 20mg comp, 1d</li><li>- Trazadona 50mg comp, 1d</li><li>- Atorvastatina 20mg comp, 1d</li><li>- Metamizol de Magnésio, SOS de 12 em 12 horas</li></ul>
<b>Dias de internamento:</b> 20 dias
<b>N.º de Sessões:</b> 6 sessões
<b>Proveniência:</b> Domicílio
<b>Destino após alta:</b> : Unidade de Cuidados Continuados (UCC)

Fonte: Elaborado pela própria

### Quadro n.º 29 MMSE do Doente E

Avaliação da Função Cognitiva - Mini-mental state examination (MMSE)	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Score	25	25

Fonte: Norma n.º008/2019

**Quadro n.º 30 índice de Barthel do Doente E**

<b>Avaliação da Funcionalidade- Índice de Barthel</b>			
<b>Autocuidados</b>	<b>Itens</b>	<b>1ª Avaliação</b>	<b>2ª Avaliação</b>
Alimentação	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	10	10
Transferências	Independente (15) Precisa de alguma ajuda (10) Precisa de ajuda de uma pessoa, mas não consegue sentar-se (5) Dependente, não tem equilíbrio sentado (0)	5	10
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5) Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	0	5
Utilização do WC	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	0	5
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (10) Dependente (5)	5	10
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15) Caminha menos de 50 metros com ajuda (10) Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros incluído esquinas (5) Imóvel (0)	10	15
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas (10) Precisa de ajuda (5) Dependente (0)	0	5

Vestir	Independente (10) Com ajuda (5) Impossível (0)	5	10
Controlo intestinal	Controlo perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10) Acidente ocasional (5) Incontinente, ou precisa do uso de clisteres (0)	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
<b>Total:</b>		45	70

Fonte: Norma no 054/2011

#### Quadro n.º31 EVA do Doente E

EVA	1ª Avaliação	2ª Avaliação
	6/10	2/10

#### Quadro n.º32 Sinais vitais do Doente E

N.º Sessões de ER	Antes da sessão	Após a sessão
1ª Sessão	TA: 133/66 mmHg FC:66 bpm SPO2:90% TT:36,9	TA:134/69 mmHg FC:68bpm SPO2:93% TT:36,9
2ª Sessão	TA: 130/61mmHg FC: 67 bpm SPO2:90% TT:36,0	TA:128/63mmHg FC: 68bpm SPO2:93% TT:36,1
3ª Sessão	TA:122/79 mmHg FC:65bpm SPO2:96% TT:36,0	TA: 130/70 mmHg FC:65bpm SPO2:97% TT:36,0
4ª Sessão	TA:131/64 mmHg FC:70bpm SPO2:97% TT:36,7	TA:130/61 mmHg FC:66bpm SPO2:97% TT:36,8
5ª Sessão	TA:132/65 mmHg FC:65bpm SPO2:98% TT:36,8	TA: 136/60mmHg FC:66bpm SPO2:98% TT:36,4

6ª Sessão	TA:128/70mmHg FC:70 bpm SPO2:97% TT:36,8	TA:129/66 mmHg FC:69bpm SPO2:97% TT:36,4
-----------	---	---

Fonte: Elaborado pela própria

## **Anexo 11 – SUPERFÍCIE DE TRABALHO**

