

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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

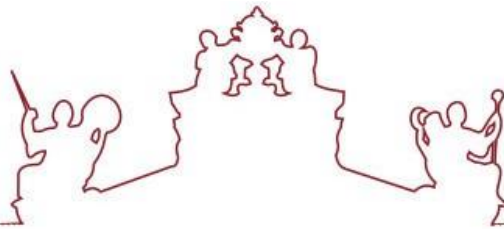
Trabalho de Projeto

**Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem
especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente
Vascular Cerebral dependente no autocuidado**

José Tiago Dias Garcia

Orientador | César Fonseca

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

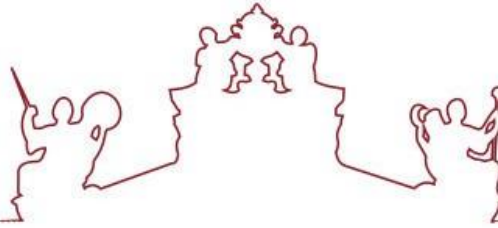
Trabalho de Projeto

**Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem
especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente
Vascular Cerebral dependente no autocuidado**

José Tiago Dias Garcia

Orientador | César Fonseca

Évora 2022



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

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

Vogais | César Fonseca (Universidade de Évora) (Orientador)

Luís Mota Sousa () (Arguente)

Évora 2022

Agradecimentos

Às mulheres que preenchem a minha vida, Sérgia Leones e Íris Leones Garcia. Obrigado por tudo, pelo sacrifício, pelo amor e pelo afeto.

Aos meus pais, pelo apoio e suporte no meu percurso de vida, pessoal e académico.

Aos meus amigos e colegas de academia, enfermeiro André Gordo e enfermeira Sónia Maximiano. Obrigado pela amizade, pelo apoio, pela motivação e força.

Ao Enfermeiro António Costa, por me mostrar a arte e a ciência dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação.

A todos que de um modo ou outro me trouxeram aqui e que não se encontram aqui mencionados, o meu profundo agradecimento.

“Though I am very small, I am also very curious, and I don't want to turn to dust having known nothing at all” (Exurb1a, 2019).

Resumo

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação vê a pessoa como mais do que a soma dos seus problemas de saúde, pelo que a contextualiza nas determinantes de saúde, promove funcionalidade e reduz incapacidades. Ao mesmo tempo, estabelece uma relação enfermeiro-utente e acompanha-o nos processos de transição. Com o progressivo rácio de pessoas com 65 ou mais anos/ população, com o aumento probabilístico de desenvolvimento de doenças crónicas e com o envelhecimento, torna-se evidente a importância dos enfermeiros especialistas nos contextos clínicos. **Objetivo:** Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na pessoa com alterações no autocuidado. **Metodologia:** Implementação de um programa de reeducação: cognitiva; de literacia e autocuidado; e funcional. Foi feita recolha de dados segundo os Estudos de Caso de Yin (2018), utilizada a Teoria do défice do Autocuidado de Orem, a Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) e Teoria das transições de Meleis (2010). Os instrumentos de recolha de dados foram a *Elderly Nurse Core Set* de Fonseca (2013) e MIF. **Resultados:** Observou-se diminuição de défices no autocuidado em toda a população de intervenção. **Conclusão:** Foram desenvolvidas competências de mestre, enfermeiro especialista e de enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação. Fizeram-se também recomendações para a prática clínica dos cuidados especializados em reabilitação.

Palavras-chave: Autocuidado; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral.

Inglês:

Sensible gains of specialized nursing care in Rehabilitation: The person with stroke dependent on self-care

The Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing sees the person as more than the sum of their health problems, so they contextualize them in the determinants of health, promote functionality and reduce disabilities. At the same time, it establishes a nurse-patient relationship and accompanies them through the transition processes. As the progressive ratio of people aged 65 or over/population and the probabilistic increase in the development of chronic diseases with aging, the importance of specialist nurses in clinical contexts becomes evident. **Objective:** To develop skills of a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in people with self-care alterations. **Methodology:** Implementation of a re-education program: cognitive; literacy and self-care; and functional. Data collection was carried out according to the Case Studies of Yin (2018), using Orem's Self-Care Deficit Theory, Lopes' Medium Range Theory (2006) and Meleis' Transition Theory (2010). The data collection instruments were the Elderly Nurse Core Set by Fonseca (2013) and MIF. **Results:** A decrease in self-care deficits was observed in the entire intervention population. **Conclusion:** Master's, specialist nurse and nurse specialist in Rehabilitation nursing skills were developed. Recommendations were also made for the clinical practice of specialized rehabilitation care.

Keywords: Self-care; Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing; Stroke.

Abreviaturas e siglas

ATA – Atroplastia Total da Anca

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

BO – Bloco Operatório

CIF – Classificação Internacional de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENCS – *Elderly Nurse Core Set*

ER – Enfermagem de Reabilitação

EU – União Europeia

FA – Fibrilação auricular

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

HTA – Hipertensão Arterial

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MIF – Medida de Independência Funcional

NHS – *Nacional Health System*

NIHSS – *National Institute of Health Stroke Scale*

Nº - Número

O₂ – Oxigénio

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Economico

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização Nações Unidas

PPA – Prótese Parcial da Anca

PTA – Prótese Total da Anca

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

PRR – Programa de Reabilitação Respiratória

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Cronica

RSL – Revisão sistemática da Literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SpO2 – saturação Periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

TDAE - Teoria do Défice do Autocuidado

TMA – Teoria de Médio Alcance

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UP – Úlcera de PressãoUO

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

WC – *Water Closet*

WHO – *World Health Organization*

Índice

Agradecimentos	IV
Resumo	V
Abreviaturas e siglas.....	VII
1. Introdução.....	1
2. Apreciação do Contexto	6
2.1 Cuidados primários	7
2.2 Cuidados Hospitalares	9
3. Enquadramento teórico e conceptual	12
3.1 Enfermagem de reabilitação na pessoa com défice de autocuidado por alterações neurológicas – Revisão sistemática da Literatura.....	22
3.2 Estratégia de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação: A pessoa com AVC	33
3.3 Modelo do Autocuidado de enfermagem de Reabilitação	42
4. Metodologia	46
4.1 População-alvo do projeto de intervenção	48
4.2 Plano de intervenção	49
4.3 Instrumento de apreciação clínica.....	56
4.4 Considerações Éticas	60
5. Apresentação de dados	61
5.1 População-alvo global do projeto de intervenção.....	61
5.2 Pessoas com alteração do autocuidado do foro respiratório	64
5.3 Pessoas com alteração do autocuidado do foro neurológico	65
5.4 Pessoas com alteração do autocuidado do foro ortopédico	66
6. Discussão.....	67
6.1 Domínio Cognitivo	68
6.2 Domínio Literacia e autocuidado.....	73

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com
Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

6.3	Domínio Funcional	79
7.	Análise reflexiva sobre as competências adquiridas	87
8.	Conclusão	98
9.	Bibliografia.....	101
Anexo 1 –	Aprovação do exame MIF	124

Índice de Tabelas

Tabela 1 - questão de investigação picod	23
Tabela 2 - Artigos incluídos	26
Tabela 3 - Outcomes de Enfermagem de Reabilitação.....	28
Tabela 4 – Teorias e modelos de Enfermagem.....	42
Tabela 5 - Foro Respiratório.....	50
Tabela 6 - Foro Neurológico	52
Tabela 7 - Foro Ortopédico	54
Tabela 8 - conceitos e indicadores de avaliação da encs	57
Tabela 9 - Avaliação diagnóstica global e inicial da população-alvo global	61
Tabela 10 - Análise Descritiva na População-Alvo global.....	62
Tabela 11 - Avaliação global das pessoas com alteração do autocuidado do foro respiratório.....	64
Tabela 12 - avaliação global das pessoas com alteração do autocuidado do foro ortopédico	66
Tabela 13 - Recomendações para a prática Clínica.....	86
Tabela 14 - Análise SWOT - Motivação de participação em mestrado	87

Índice de Figuras

Figura 1 - Características de doenças crónicas	13
Figura 2 - Múltiplas determinantes de doença e saúde e função e bem-estar definido como o objetivo das políticas	16
Figura 3 - Determinantes em saúde	18
Figura 4 - Metodologia de pesquisa desenvolvida através do Prisma 2009 Flow Diagram	24
Figura 5 - Interação entre os componentes da CIF	56
Figura 6 - Esquema de exercícios para a pessoa submetida a ATA e fraturas maleolares	77

1. Introdução

O presente relatório surge no âmbito do 5º curso de mestrado em associação em Enfermagem de Reabilitação pela Universidade de Évora, na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, no ano letivo 2021/2022 com o objetivo final à obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação com consequente Especialização da mesma área com o tema “Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado”.

O percurso pedagógico para a especialização em Enfermagem de Reabilitação é sequenciado e com vista à aquisição de conhecimentos, aptidões e competências (Universidade de Évora, 2019). Este está fundamentado no Modelo de Desenvolvimento Profissional e orientado numa perspetiva de implementação que assenta nas competências decorrentes do exercício e experiência profissional, que é também aprovado pelo Colégio da Especialidade para que possam ser desenvolvidas de competências especializadas em contextos práticos e na clínica. Os enfermeiros neste percurso de mestrado e especialização têm de ser capazes de fundamentar a mesma com prática baseada na evidência, na adoção de processos de investigação e de vivências supervisionadas (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Sendo assim este relatório surge após um percurso inicial teórico-prático fora do contexto clínico, seguido de três ensinamentos clínicos nas áreas de ER (Enfermagem de Reabilitação) em contexto respiratório, neurológico e ortopédico, de acordo com a preconização da Ordem dos Enfermeiros, pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e pela Universidade de Évora (pelo mestrado em associação).

Para a obtenção do grau de mestre existem vários requerimentos definidos pelo regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. O grau de mestre é atribuído a todos que demonstrem e possuam conhecimentos e capacidades de compreensão que sustentem os conhecimentos absorvidos no 1º ciclo de estudos, que os desenvolvam e aprofundem os mesmos, permitam e constituam uma base de desenvolvimento em contextos de investigação; que saibam aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas a situações novas e não familiares, em

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a sua área de estudos, bem como integrar conhecimentos e lidar com questões complexas e assim desenvolver soluções, emitir juízos e comunicar conclusões, quer a especialistas, quer a não especialistas. A obtenção do grau de mestre exige também a aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso de mestrado e ainda da aprovação em ato público da defesa do trabalho de projeto (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

Por isso, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação o Enfermeiro deve aprofundar e desenvolver competências e conhecimentos do curso base, desenvolver a base de conhecimentos sustentada na investigação e que aplique os seus conhecimentos especializados a pessoas com problemas individualizados, articulando com outros contextos multidisciplinares, especializados ou não. Finalmente, serve então o presente projeto para a obtenção do grau de mestre.

O EEER (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados na realidade e na potencialização das pessoas. A atribuição da especialidade pressupõe que o enfermeiro detém um nível superior de conhecimentos e experiência acrescida, permitindo assim tomar decisões relativas à promoção de saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação máxima da pessoa (Regulamento n.º 392/2019). Ou seja, as competências dos enfermeiros especialistas assentam num corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas em contextos agudos, crónicos e/ou nas suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.

As competências específicas do EEER, descritas no Regulamento das competências dos mesmos são então: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”; “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”; “Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019).

Os contributos das teorias/modelos de enfermagem nas competências da ER (Enfermagem Reabilitação) são importantes e no modo de prestação dos cuidados especializados (Slatyer, Coventry, Twigg, & Davis, 2016). Ao longo deste projeto de

intervenção irá ser aprofundando as TDAC (Teoria do Deficit do Autocuidado) de Dorothea Orem (Orem, 2003). Porém, existem outras teorias que também enquadram a praxis do EEER. Uma delas é a Teoria de Virgínia Henderson em que o principal pressuposto é que os enfermeiros assistam a pessoa até estas serem capazes de se autocuidar e faz a associação de saúde a independência. Esta independência é definida por esta autora em 14 necessidades Humanas Fundamentais (Henderson, 1991); (Petronilho & Machado, 2017).

O estágio clínico tem o objetivo de o estudante poder aplicar o que assimilou de forma teórica, em contexto de sala de aula (presencial ou à distância) e aula prática na sua *praxis* profissional. A prática clínica supervisionada dá assim ao aluno a oportunidade para cimentar as competências profissionais em segurança (para ele e para a pessoa que recebe os cuidados); permite a reflexão da prática clínica nas várias dimensões (Schon, 1984).

Também o facto de o estágio clínico ser avaliado, permite a responsabilização e compromisso do estudante. Finalmente, o estágio clínico tem o objetivo final de preparar o estudante a desenvolver a sua prática sozinho, não supervisionado de forma sistematizada, segura e segundo a PBE (prática baseada na evidência) (Esteves, Cunha, Bohomol, & Negri, 2017).

O primeiro estágio clínico teve uma duração de 6 semanas distribuídas por 144 horas de contacto clínico. Este decorreu nos cuidados de saúde primários, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados, com, entre outros casos, pessoas com alterações do foro respiratório pelo que foi esse o foco principal do desenvolvimento de competências.

A Reabilitação Respiratória deve ser vista como um processo holístico onde o objetivo é que a pessoa retome, ou maximize, o seu pleno estado físico, mental, emocional, social e profissional (Fonseca, Correia, & Fernandes, 2018, p. 55). O sucesso dos programas de reabilitação respiratórias centram-se na capacidade do EEER influenciar de forma positiva os efeitos negativos acumulativos, nomeadamente o descondicionamento físico, a inibição de participação social, assim como a disfunção, psicossocial e as comorbidades, em particular a cardiovascular (Simoný, Andersen, Bodtger, & Birkelund, 2019).

O segundo estágio teve a duração de 10 semanas distribuídas por 210 horas de contacto clínico. Este foi realizado em contexto hospitalar, numa unidade de Acidente

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Vascular Cerebral, com pessoas com alterações do foro neurológico. O segundo estágio clínico teve, então, o intuito de desenvolver competências especializadas de reabilitação da pessoa com alterações neurológicas, e dado o contexto da unidade de AVC, a intervenção de ER foi realizada na pessoa com essa alteração. O programa de reabilitação deste grupo de pessoas começa o mais precoce quanto o possível, para minimizar complicações e assim recuperar funções cerebrais afetadas, assim como a melhoria de estados depressivos, ansiedade e aumento de graus de colaboração (Klein, Bena, Mulkey, & Albert, 2018).

Finalmente, o terceiro estágio teve uma duração de 6 semanas, distribuídas por 144 horas de contacto clínico. Este também se desenvolveu em contexto hospitalar, mas num serviço de Ortopedia, com pessoas com alterações do foro ortopédico. Neste ensino clínico, à semelhança dos outros grupos, a intervenção precoce da ER tem inúmeros benefícios na capacidade funcional, no equilíbrio corporal, nas AVDs e na diminuição do risco de queda e da dor (Dias, Ferreira, & Messias, 2021).

Estes estágios clínicos foram assinalados por momentos de reflexão durante, para e sobre a ação (Schon, 1984). Como enfermeiros, o nosso objetivo para o envolvimento num Mestrado de Enfermagem de Reabilitação é desenvolver conhecimentos e habilidades clínicas, de modo a percorrer o nosso caminho profissional como perito, segundo os 5 níveis de proficiência (Benner, 2000). O Enfermeiro perito suporta os seus cuidados através da experiência e da sua compreensão intuitiva (que advém de conhecimentos e de tempo de experiência clínica). Os domínios do enfermeiro perito são, então, o domínio científico; o domínio técnico e prático; o domínio clínico na prestação direta de cuidados, na gestão, na assessoria, na investigação, na formação e no ensino (Nunes, 2010).

O objetivo geral deste projeto de intervenção é adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com alterações no autocuidado e competências de mestre.

Os objetivos específicos são:

- Desenvolver uma apreciação diagnóstica dos ganhos sensíveis de enfermagem na pessoa com alterações neurológicas.
- Implementar de um programa de ER para aumento da funcionalidade na pessoa que sofreu AVC e avaliação dos resultados obtidos.

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

- Descrever ganhos sensíveis e relacionar os mesmos com a evidência científica apresentada, através de uma Revisão Sistemática da Literatura.

A disposição deste relatório é sequenciada por capítulos, sendo que também se realizou um cronograma com a disposição temporal do desenvolvimento do projeto de intervenção. No primeiro capítulo é feita uma contextualização, análise e reflexão dos estágios clínicos; de seguida é feito um enquadramento teórico da intervenção de EEER, em que é contextualizado, através de uma Revisão Sistemática da Literatura. No terceiro capítulo faz-se a descrição metodológica da implementação prática do projeto de intervenção, através de análise de planos de intervenção aplicados ao longo dos estágios. O quarto capítulo centra-se na apresentação e discussão de dados colhidos. Finalmente, o quinto e último capítulo faz alusão ao desenvolvimento e à aprendizagem pessoal do autor relativos às competências do grau de mestre, de Enfermeiro especialista e de EEER.

De referir ainda, que este trabalho foi redigido com base no novo acordo ortográfico, e nas diretrizes de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* [APA] 7ª edição (American Psychological Association, 2020).

2. Apreciação do Contexto

Durante o percurso académico e como parte integrante do mestrado em Enfermagem de Reabilitação tivemos a oportunidade de desenvolver competências por vários serviços e por níveis de cuidados diferentes todas inseridas no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os cuidados de saúde, a doença e o tratamento das mesmas não devem ser um motivo de sofrimento económico. O SNS tem um papel importante para além da saúde das pessoas, dos grupos e das comunidades. Tem o dever de não empurrar as pessoas para uma situação de falência económica e pobreza. Ou seja, a saúde não deve ser o motivo pelo qual as pessoas utilizem as suas poupanças, bens ou outras propriedades (WHO, 2021a). Existem vários princípios fundamentais e consensuais, associados à qualidade dos serviços de saúde. Estes devem ser efetivos, seguros, centrados na pessoa, céleres, equitativos, integrados e eficientes (WHO, 2020).

O Serviço Nacional é um conjunto de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde que se articulam internamente, através de uma gestão do Ministério da Saúde em que o Estado responsabiliza-se pela proteção da saúde de todos os cidadãos portugueses, através dos princípios da Universalidade; Geral, Tendencialmente gratuito; Integrado de cuidados; Equidade; Qualidade; Proximidade; Sustentabilidade financeira; Transparência (Lei n.º 95/2019).

2.1 Cuidados primários

Os cuidados de saúde primários comprometem-se à sociedade a justiça e equidade social, assim como o direito fundamental na Declaração Universal dos Direitos do Homem, que refere que todo o indivíduo tem o direito inato a um nível de saúde adequado e bem-estar para si e para a sua família (ONU, 1948). Estes níveis de cuidados englobam toda a sociedade e o bem-estar das mesmas. Centram-se nas suas necessidades individuais e da família, através das determinantes da saúde e incide na saúde física, mental, social e do bem-estar. A Organização Mundial de Saúde define estes cuidados com base em três princípios:

- A satisfação das necessidades individuais, através de cuidados promotores, protetores e preventivos de saúde, assim como curativos, reabilitadores e paliativos ao longo da vida;
- A abordagem sistematizada das determinantes em saúde, através de políticas e ações públicas;
- Capacitação da pessoa, família e comunidade na auto otimização da saúde;

(WHO, 2021b).

O nosso primeiro estágio clínico decorreu numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), situada na região sul de Portugal. A ECCI encontra-se integrada num modelo organizacional criado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde que prestam cuidados continuados de saúde e apoio social, através de instituições públicas e privadas. Esta “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” está centrada na recuperação global da pessoa em situação de dependência, independentemente da idade, com o objetivo de promoção da autonomia e melhoria de funcionalidade. As pessoas que recorrem ou usufruem destes cuidados são integradas ou pós hospitalização pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou pela comunidade (domicílio, hospitalização em estabelecimentos privados ou outras instituições) (SNS, 2021).

A ECCI encontra-se destinada a pessoas com dependência funcional, seja ela transitória ou crónica, e com impossibilidade autónoma de se deslocar ao local de prestação de cuidados, sendo que é feita uma personalização dos cuidados por vários

profissionais, entre os quais cuidados de enfermagem reabilitadores (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2022).

Foi onde se desenvolveu o nosso primeiro estágio clínico, na área de respiratório e este serviço é constituído por um enfermeiro especialista em funções de chefia, mais dez enfermeiros, sendo três EEER. O serviço tem entre 50 e 70 pessoas a seus cuidados, pelo que é variável, consoante o número de altas e de internamentos. Os PRR (Programas de Reabilitação Respiratória) nos cuidados de saúde primários estão recomendados a todas as pessoas com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), bem como outras alterações com benefícios da intervenção reabilitadora como: Asma brônquica; Bronquiectasias; Fibrose quística; Doença intersticial pulmonar; Doenças neuromusculares com impacto respiratório; Deformidades da parede torácica; Síndrome de obesidade-hipoventilação; Cancro do pulmão; Hipertensão pulmonar (DGS, 2019).

Os cuidados de ER eram, normalmente, prestados no período da tarde e sempre no domicílio da pessoa. Na primeira abordagem era realizada uma avaliação funcional pelo índice de *Barthel*. Este é um instrumento de avaliação do nível de independência funcional nas AVD (Silva & Delgado, 2020). Fazia-se também nessa mesma sessão, um esclarecimento à família com a pessoa presente, sobre a capacitação do cuidador de medidas preventivas de UP, cuidados sobre alimentação, prevenção de quedas e outros ensinamentos relevantes, assim como prevenção de lesões músculo-esqueléticas do cuidador (Matos & Araújo, 2021).

Estes PRR, quando prescritos e realizados por enfermeiros especialistas diminuem a necessidade de tratamento farmacológico, melhoram a fadiga, aumentam a qualidade de vida, bem como a melhoria na realização das AVD (Pereira, Moreira, Machado, & Padilha, 2022).

Nas sessões seguintes eram implementados planos de intervenção adaptados e respetiva monitorização dos resultados, para assim serem realizadas adaptações de modo a otimizar potenciais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

2.2 Cuidados Hospitalares

Os cuidados secundários, ou cuidados hospitalares, servem todos os portugueses e cidadãos estrangeiros não residentes (conforme legislação nacional e internacional em vigor). Este tem ainda o objetivo de desenvolver atividades de investigação, formação e ensino (Decreto-Lei n.º 18/2017).

Este hospital é um Centro Hospitalar integrado no Sistema Nacional de Saúde e constitui-se como pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A sua missão é ser uma das unidades hospitalares de referência a nível nacional e internacional, e assumir responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde diferenciados, em todos os concelhos da sua área de abrangência, garantindo a segurança da saúde de todos que habitam ou visitam a região. Outra missão é a de assegurar a formação contínua dos seus profissionais e colaboração com outros protocolos, universidades e cursos das áreas de enfermagem. Este Hospital tem aproximadamente 1000 camas. Ao nível de recursos humanos, este hospital conta com uma média de 5000 funcionários, sendo aproximadamente 1500 enfermeiros. Esta instituição serve uma população que ronda os 500.000 habitantes, porém esse número na época alta (verão), triplica. Ou seja, existem perto de 300 pessoas para cada enfermeiro, porém, na época alta pode chegar a 900 pessoas para cada enfermeiro. Em 2019, data dos últimos dados disponíveis, este hospital teve aproximadamente 30.000 internamentos.

A importância do EEER nos cuidados hospitalares e nas pessoas em regime de internamento, ou a falta dela, reflete-se na situação de extrema vulnerabilidade que as pessoas se encontram no pós-alta (Despacho n.º 7219/2018). É também um direito da pessoa receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, assim como cuidados de reabilitação o mais precoce quanto o possível (Ministério da Saúde, 2017).

O segundo e terceiro estágio clínico, decorreram UAVC (Unidade de Acidente Vascular Cerebral) e num serviço de Ortopedia, dentro do mesmo hospital.

O percurso da pessoa para a UAVC começa normalmente (e idealmente) no próprio local onde existe a primeira instalação de défices. Nesta fase, quem acompanha a vítima contacta o número europeu de emergência onde existe uma transferência de

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

chamada para o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes). A entrada da pessoa no hospital é feita pelo SU (Serviço de Urgência), onde já existe ativação prévia da VVAVC (Via Verde Acidente Vascular Cerebral). Este sistema garante que as pessoas com sinais e sintomas sugestivos de AVC sejam corretamente assistidas e encaminhadas para a Unidade Hospital preparada para os receber (INEM, 2020).

Após a entrada no SU inicia-se então o tempo *door-to-needle* ou traduzido para português o tempo porta-agulha, em que é contabilizado o tempo desta entrada no SU, realização de TAC para confirmação do tipo de AVC e início de fibrinólise (caso seja um AVC isquémico e cumpra critérios para a mesma).

Após a estabilização da pessoa e início da fibrinólise, a pessoa é encaminhada então para a UAVC, onde é monitorizada, vigiada e permanece em repouso no leito durante 24h. Às 24h realiza novo TAC para nova avaliação da lesão isquémica ou hemorrágica e inicia o programa de reabilitação por enfermagem. Caso haja indicação para trombectomia, (no momento em que realizei o estágio clínico não se realizava este procedimento no hospital) as pessoas eram helitransportadas para outro hospital.

O EEER, concebe, implementa e avalia a sua intervenção conforme os défices apresentados. Existe uma avaliação da pessoa, através da utilização de uma escala de avaliação neurológica – NIHSS. Esta escala permite avaliar défices neurológicos da pessoa que sofreu AVC, bem como a sua gravidade, e documentar o estado agudo da pessoa. É também um preditor da topologia da lesão, assim como dos *outcomes* que a pessoa irá ter (National Institute of Health, 2021). A escala necessita de treino específico, caso contrário a escala não é confiável (André, Charles, 2002) e está validada para a população portuguesa (Castro, Mendonça, Abreu, Carvalho, & Azevedo, 2008).

É também recolhida junto da pessoa ou da família, informação clínica relevante para os cuidados de enfermagem e de reabilitação. Ocasionalmente, existe uma fraca consciencialização dos défices ou então o oposto, em que existe períodos de grande labilidade emocional. O EEER adapta a sua intervenção de modo a obter os melhores resultados.

Nas sessões seguintes eram implementados planos de intervenção adaptados e respetiva monitorização dos resultados. Consequentemente, foram realizadas adaptações de modo a otimizar potenciais funcionais, cognitivos e em literacia em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

No serviço de ortopedia, normalmente, a entrada é realizada após um evento traumático, sendo que a grande maioria sejam quedas ou acidentes de viação. As fraturas mais comuns neste serviço são fraturas do fémur, da tibia, do perónio e do úmero. Nas fraturas do fémur, o tratamento é normalmente cirúrgico, porém nem sempre existe material ortopédico cirúrgico disponível, pelo que as pessoas necessitam de permanecer com o membro em tração até a ida para o BO (Bloco Operatório).

Após as 24h de saída do BO, normalmente inicia-se o programa de reabilitação, salvo contra parecer clínico. Este momento é um momento bastante delicado para a pessoa, visto a pessoa referir bastante dor. É importante haver um bom controlo da dor para também a intervenção do EEER ser o mais eficaz quanto possível.

O treino de marcha (quando fratura nos membros inferiores) inicia-se também nas primeiras 24h. A primeira ajuda técnica utilizada é o andarilho. Depois disso, dependendo da progressão evolui-se para canadianas, depois uma canadiana ou até nenhuma. Porém, visto o internamento ser relativamente curto, não se chega a atingir essa fase. Realizam-se também ensinamentos, instrução e treino de exercícios para continuação do programa de Reabilitação no domicílio.

O EEER também faz o planeamento da alta junto com a família (Dias, Ferreira, & Messias, 2021) de modo a dar continuidade ao programa de Reabilitação, para prevenção de complicações e quedas.

3. Enquadramento teórico e conceptual

O EEER é capaz de fundamentar a sua ação pela visão holística da pessoa (Frisch & Rabinowitch, 2019). É do conhecimento comum de que cada pessoa é diferente, o que a motiva e o que a estimula varia com a experiência individual de cada um (Wang, Zhagn, Zhen, & Meng, 2021). O EEER persegue o que faz a pessoa viver, fazer, experimentar e sentir prazer no que faz. Esta ação que é avaliada e monitorizada perpetuamente, facilita também a reformulação dos cuidados que presta, pelo que a reabilitação não é, nem pode ser um processo estanque.

O exercício profissional dos enfermeiros em Portugal rege-se pela relação terapêutica e interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas. Esta relação pode ser dividida em duas dimensões, a profissional e a pessoal (Pereira & Botelho, 2014). Este grupo profissional, com características pessoais humanistas, respeito pela liberdade e dignidade humana, o respeito pelos valores pessoais e de grupos, orienta o seu exercício profissional por uma abordagem sistémica e sistemática, identificando necessidades, apontando problemáticas, realizando intervenções com base nos princípios da prevenção de riscos, deteção precoce de problemas e minimiza complicações incorporando e avaliando os resultados da sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Destaca-se a evolução do número de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, tendo evoluído progressivamente, sendo o título entre os especialistas com maior número de enfermeiros na atualidade e visibilidade de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Existe evidência do contributo dos enfermeiros especialistas em Portugal na prestação de cuidados e da qualidade dos mesmos, centrados no autocuidado, no bem-estar e na readaptação funcional (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018), assim como está evidenciado ganhos, na recuperação de funcionalidade e contributos para a autonomia (Santos, Campos, & Martins, 2020)

Com o objetivo de contextualizar, divide-se este enquadramento em duas dimensões: Práticas e Teóricas; para assim ser possível determinar os objetivos deste projeto (McCombes, 2021).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

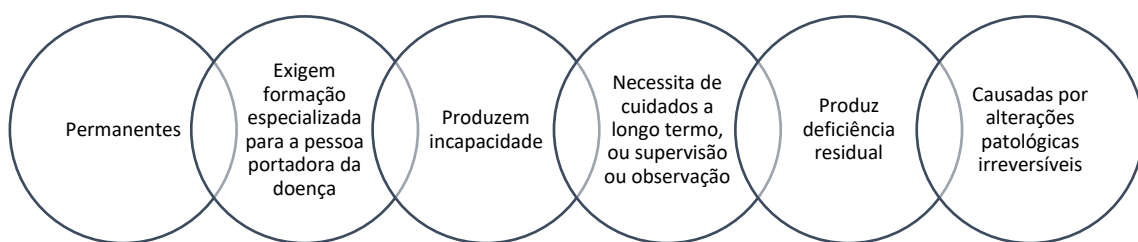
Para determinar os problemas práticos, começamos por conhecer onde e como o problema da alteração dos autocuidados por doença neurológica começa, ou seja, sendo o AVC uma doença crónica (Santos, Campos, & Martins, 2020), começamos a contextualização na doença crónica.

A doença crónica ou o impacto da mesma, acompanha a pessoa ao longo do seu ciclo de vida e tem impacto não só em si, mas também na sua família (Parra, et al., 2019).

Esta tem a capacidade de alterar ou até mesmo interromper a forma de vida da pessoa, com um profundo impacto na sua forma de viver, na sua qualidade de vida, nas relações que contruiu na sua comunidade e como interage com a sua família (Pontes, 2017).

As doenças crónicas têm duas das seguintes características:

FIGURA 1 - CARACTERÍSTICAS DE DOENÇAS CRONICAS



(WHO, 2005).

A reabilitação é, por definição, um processo com um conjunto de etapas com várias personagens: O profissional de saúde; a pessoa; família e/ou cuidadores. Portanto, o profissional de saúde, onde está representada a equipa de reabilitação, materializa a inclusão da pessoa na comunidade, criando uma separação entre a potencialidade e a valorização máxima e as alterações que criam dependência (Santos, 2017).

O processo de reabilitação é promotor de otimismo e relações terapêuticas consistentes, recíprocas e mútuas que promovem a confiança, o respeito e a autoestima (Schoeller, et al., 2020). Este processo é contínuo, com uma abordagem sistemática, sequenciada e regular. Por este modo de abordagem à pessoa, permite o desenvolvimento de funcionalidade atrofiada, bem como a reconstrução das dimensões psicológicas, físicas e sociais que são muitas vezes afetadas em situação de doença crónica. Então, os objetivos

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

da reabilitação orbitam o desenvolvimento das capacidades potenciais da pessoa em todas as suas dimensões (Santos, 2017).

A maior causa de morte em Portugal são as doenças vasculares (PORDATA, 2021). Os Acidentes Vasculares Cerebrais são emergências médicas visto que, quanto mais rápida a intervenção, melhor é o prognóstico. Tempo é Cérebro (Heemskerk, et al., 2021). São então eventos potencialmente fatais, resultante de uma obstrução (85% dos casos) – AVC Isquémico - ou rompimento de um vaso sanguíneo – AVC hemorrágico - dentro do cérebro que provoca uma interrupção no processo de transporte de sangue e por conseguinte, o processo de oxigenação e de nutrição dos tecidos neurológicos do cérebro. Existem também Acidentes Isquémicos Transitórios que têm a duração de minutos e até um máximo de 24h, não deixando, posteriormente qualquer sequela (NHS, 2019).

Passa-se então para os problemas teóricos, ou seja, o que se sabe sobre as alterações no autocuidado na pessoa com AVC e o que a literatura científica já discutiu e definiu (McCombes, 2021).

O AVC, como outros eventos de saúde tem fatores de risco mutáveis e imutáveis. Os mutáveis são hipertensão, doença cardíaca, diabetes e anomalias lipídicas. Os imutáveis são o sexo, a raça e a idade. (Flannery & Bulecza, 2010). Ou seja, o idoso é tendencialmente o grupo da população mais exposto as doenças vasculares cerebrais (Yousufuddin & Young, 2019) e, por isso, deve haver estruturas montadas, não só para tratar a fase aguda (como a VVAVC), mas também equipas de Enfermagem de Reabilitação Especializadas dentro das próprias UAVC.

O AVC é então um evento altamente incapacitante, causador de dependência e desvantagens. É um evento com alta prevalência em todo o mundo e é a primeira causa de morte em Portugal e de incapacidade permanente, com aumento da prevalência progressiva, com tendência a aumentar até 2030. Este evento tem impacto nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária e na sua participação social. (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

Lesões cerebrais podem deixar sequelas motoras, linguísticas e cognitivas. As pessoas podem ficar a sofrer de paresias, défices de memória e atenção e alterações emocionais, como depressão ou apatia (Clouston, et al., 2020). A gravidade das lesões ou o impacto das sequelas pode ser determinado pela etiologia do AVC, a localização e a extensão da lesão. As próprias comorbilidades da pessoa podem também ser agravadas

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

(Biose, Dewar, Macrae, & McCabe, 2019) O processo de reabilitação tem o grande objetivo de reduzir o impacto das sequelas, devolver independência e otimizar a participação na sociedade (Ribbers & Buhnik, 2016).

A capacidade de andar e de se mover pode sofrer mudanças ao longo do ciclo de vida, quer pelo processo de envelhecimento, quer na sequência de certas patologias, lesões e/ou cirurgias. Por vezes a imobilização no leito, como por exemplo, o repouso após situações de fraturas femorais. Nestes casos, os efeitos do repouso vencem os efeitos nefastos do imobilismo (Frizziero, et al., 2018). A imobilidade, a restrição do movimento ou a diminuição do mesmo, leva ao encurtamento muscular e a contraturas irreversíveis. Outras complicações associadas são: UP (Úlcera de Pressão); trombose venosa profunda; embolia pulmonar e Incapacidade Funcional. Devem, portanto, os programas de reabilitação a pessoas imobilizadas, serem iniciadas precocemente, de modo a manter e recuperar funções físicas, psicológicas e sociais, prevenindo síndromes de imobilismo (Coelho, Barros, & Sousa, 2016).

No último século, observou-se uma tendência de inversão nos grupos etários da população residente. Analisando apenas os últimos 20 anos é observável essa tendência. Existem menos jovens (dos 0-14 anos) e mais pessoas com 65 ou mais anos, mantendo os níveis populacionais, comparativamente o ano 2000 com o ano 2020 (PORDATA, 2021).

Existem várias justificações para este fenómeno como: aumento da longevidade; melhoria progressiva do estado de saúde das populações; maior controlo de doenças; aumento da acessibilidade a cuidados de saúde; a redução da fecundidade na população portuguesa; o adiamento da maternidade. Projeções para 2060 apontam para que a linha tendencial de envelhecimento se mantenha (Marques-Vieira, Amaral, & Pontífice-Sousa, 2017).

Porém, o envelhecimento não é um problema só por si. O envelhecimento é um processo de mudança, progressivo da estrutura biológica, quer ao nível macroscópico, quer ao nível celular, assim como social. O envelhecimento das pessoas inicia-se mesmo ao nível embrionário e desenvolve-se ao longo do ciclo de vida (DGS, 2006, p. 5). Existe uma preocupação crescente com o envelhecimento ativo, para a promoção de uma melhor qualidade de vida da população de 65 e mais anos e seus familiares. (DGS, 2017), mas como podemos ver nos números à frente, verificamos que os modelos políticos de saúde

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

(como a economia do bem-estar e de saúde em todas as políticas) poderão não estar a ser preventivas ao nível da sustentabilidade do envelhecimento (Council of European Union, 2019); (Kottke, Stiefel, & Pronk, 2016).

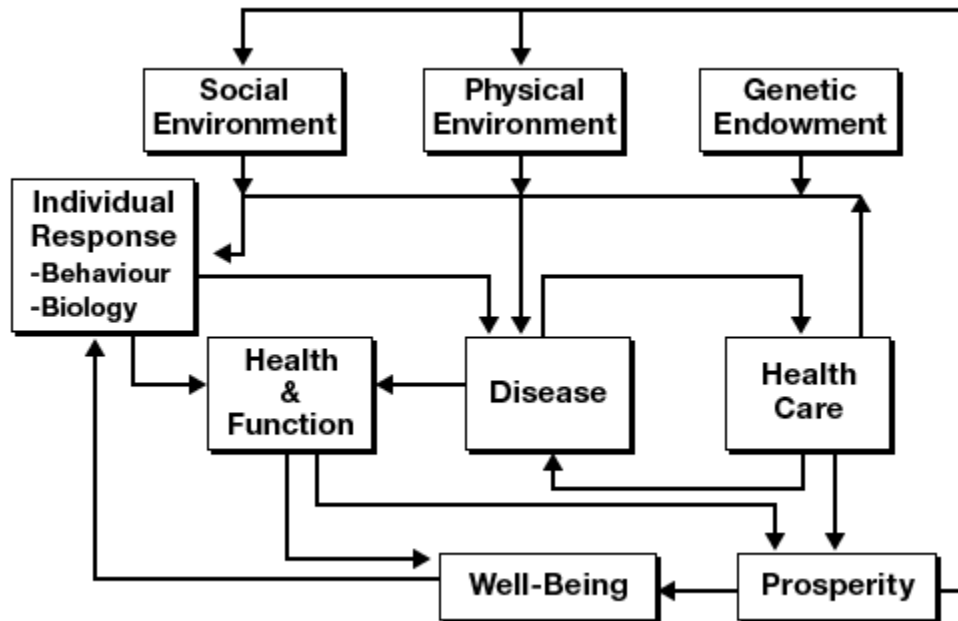


FIGURA 2 - MÚLTIPLAS DETERMINANTES DE DOENÇA E SAÚDE E FUNÇÃO E BEM-ESTAR DEFINIDO COMO O OBJETIVO DAS POLÍTICAS

(Kottke, Stiefel, & Pronk, 2016)

Os indicadores de envelhecimento, como o índice de envelhecimento e o índice de dependência de idosos, desde que há registo tem vindo a aumentar progressivamente. Adicionalmente, com o culminar da diminuição do índice de sustentabilidade potencial (que em 1961 apresentava um ratio de 7,9 e em 2020 apenas de 2,9) pode vir a relevar-se um resultado desastroso para as futuras gerações (PORDATA, 2021).

Com o aumento da idade, desenvolvem-se numerosas alterações fisiológicas, com o aumento do risco de desenvolvimento de doenças crónicas e dependência de terceiros, com declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Concomitantemente, o envelhecimento da população poderá levar ao aumento da proporção e número de pessoas com necessidade de cuidados de longa duração, em todos os países com diferentes níveis de desenvolvimento. Envelhecer com saúde, autonomia e com maior capacidade funcional, constitui hoje um desafio com responsabilidade individual e coletiva, com impacto direto no desenvolvimento económico dos países, com necessidade de adaptação da sociedade (WHO, 2017a); (WHO, 2019).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Toda a população tem, ou devia ter, a oportunidade de envelhecer e viver uma vida plena e saudável. Porém, os ambientes, a exposição aos riscos e acessibilidade aos cuidados de saúde podem influenciar o envelhecimento saudáveis e a independência funcional do idoso.

Não ter doenças ou comorbilidades não é um requerimento para ter um envelhecimento saudável, mas sim é influenciado pela criação de ambientes e oportunidades que permitem às pessoas ser e fazer aquilo que valorizam, já que todos têm o potencial para um envelhecimento saudável (OMS, 2020).

Existem inúmeras políticas de saúde para o envelhecimento. A nível internacional é possível encontrar garantias na declaração Universal dos Direitos Humanos, no artigo 25.

“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.” (ONU, 1948).

Em 2002, durante a 2ª assembleia mundial do envelhecimento em Madrid, com “o desafio de viver com dignidade, uma vida socialmente ativa, durante todo o percurso do envelhecimento, é uma realidade que envolve todos nós” com o objetivo de elaborar um novo plano de ação, sobre o envelhecimento, adaptando as realidades do século XXI. Foram elaborados temas, objetivos e medidas em várias dimensões do envelhecimento como: Pessoas idosas e o desenvolvimento; Promoção da saúde e bem-estar na velhice; e Criação de ambientes propícios e favoráveis (ONU, 2002).

A nível nacional, no direito constitucional é claro que todos têm direito à proteção da saúde, de a defender e promover. A proteção é realizada pela criação de programas de proteção à velhice, garantindo aos cidadãos medicina preventiva, curativa e de reabilitação, através da distribuição racional e eficiente de recursos humanos e de saúde por todo país (Constituição da República Portuguesa, 1976).

Em 2007 a Direção-Geral da Saúde, juntamente com a divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas criou o programa Nacional para a saúde das pessoas idosas, de modo a desenvolver políticas que permitam desenvolver ações mais próximas

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

dos cidadãos idosos, de modo a minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados, ajustando-se ao envelhecimento individual (de modo a dar resposta individual e especializada) e do ponto de vista coletivo, envolvendo todos os sectores sociais de modo a conseguir dar uma resposta na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas (DGS, 2006). Porém, estas políticas assentam em indicadores de doença e não em necessidades funcionais das pessoas idosas (Fonseca, 2013).

Como prova disso, o plano nacional de saúde 2015 identificou metas de saúde para 2020 em relação ao envelhecimento assentes nestas mesmas políticas de doença: Reduzir mortalidade prematura (≤ 70 anos) e aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade; (DGS, 2015). Mais recentemente e ainda em vigor, a estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável, com a missão de promover a saúde e o bem-estar, a participação, a inclusão, a investigação no sentido a aumentar a capacidade funcional, a autonomia e qualidade de vida a medida do envelhecimento (DGS, 2017) mostra passos na direção não só de indicadores de doença, mas também da capacidade funcional durante o envelhecimento.

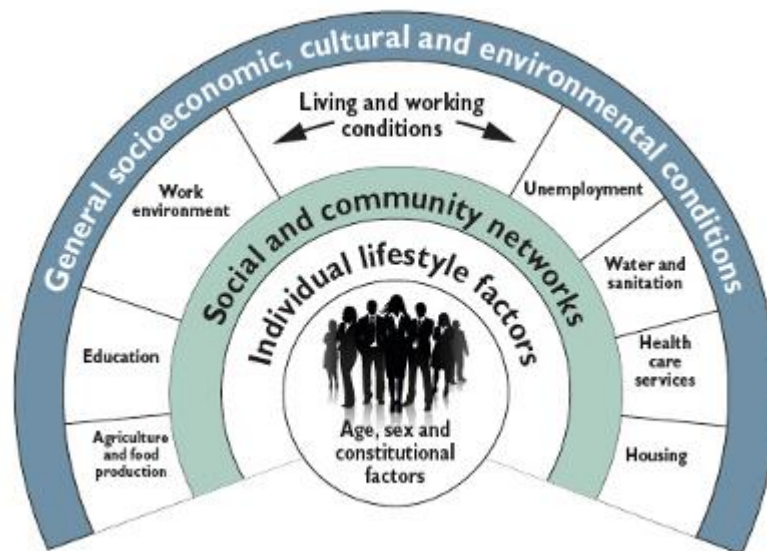


FIGURA 3 - DETERMINANTES EM SAÚDE

A análise das determinantes de saúde do idoso podem ser a solução para resolução das diferenças da equidade de saúde. É necessária a intervenção dos profissionais de saúde e em especial do enfermeiro especialista de Reabilitação (visto que ao ter formação acrescida, podem assim, emitir juízos e pareceres) para a determinação e eliminação de

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

barreiras de oportunidades, desigualdades e iniquidades sociais para diminuir assim resultados negativos de saúde (WHO, 2021c).

É necessário adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas. O Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas fornece recomendações para diminuir estas mesmas barreiras como: identificar as determinantes da saúde da população idosa; verificar as dificuldades mais frequentes, no acesso a serviços e cuidados de saúde; rastrear critérios de fragilidade; realizar formação sobre abordagem a pessoa que necessita de apoio de saúde e respetiva orientação para prestadores de cuidados (DGS, 2006)

Existem inúmeros fatores ou determinantes que podem afetar a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. É incorreto pensar que a pessoa está em total controlo da sua saúde, pois existem condicionantes: o que comemos; a nossa educação; as condições laborais; a empregabilidade; o acesso a água potável; o acesso a cuidados de saúde e habitação. Estas condições são socioeconómicas, culturais e ambientais que têm impacto na saúde das pessoas (Nichols & Taylor, 2018). Existem outras determinantes, dentro dos grupos sociais e redes de comunidade. Estes fatores estão relacionados com os estilos de vida (que podem ser modificáveis e não modificáveis como: idade; sexo, genética). Todos estes fatores têm impacto e modificam a saúde para melhor ou pior consoante as políticas de saúde, as culturas e as redes sociais de suporte na comunidade (WHO, 2017b).

A tendência da doença neurológica é cada vez mais prevalente, com um impacto social e económico, sobretudo nos países desenvolvidos, onde tende a aumentar, em consequência do envelhecimento da população e índice de desenvolvimento socioeconómico (Araújo & Teixeira, 2020); (Deuschl, et al., 2017). Segundo este último autor, as doenças neurológicas tornaram-se a principal causa de incapacidade no mundo e a segunda principal causa de morte, atrás das doenças cardiovasculares. As doenças do sistema nervoso estão associadas a uma elevada taxa de mortalidade, com consequências nefastas a diversos níveis, como cognitivo, comportamental e motor, acompanhado de elevadas taxas de incapacidade e uma procura crescente por cuidados de saúde (Rede de referência Hospitalar - Neurologia, 2016).

Portanto, demonstra-se a importância de garantir a maximização do autocuidado, possibilitando a continuidade do seu desenvolvimento pessoal e o seu papel ativo nas sociedades, através de cinco domínios essenciais: a capacidade de satisfazer as

necessidades básicas; o fornecimento da aprendizagem; o desenvolvimento e tomada de decisão informados; a capacidade de se movimentar; a oportunidade de fazer e manter relacionamentos; o contributo para as famílias e comunidades (WHO, 2017a); (WHO, 2019).

Posto isto, é urgente criar programas de intervenção, que possibilitem e garantam o autocuidado, através de estratégias relacionadas com a estimulação e a reabilitação motora e cognitiva (Imaginário, Rocha, Machado, Antunes, & Martins, 2020).

Existem várias teorias de Enfermagem importantes para a construção do cuidado de reabilitação (Kalu, 2019). A base do conhecimento em enfermagem surge de várias grandes áreas do conhecimento, tais como as ciências sociais, as humanas e as biomédicas. Ao longo dos anos, com maior relevo nas últimas décadas, tem existido um esforço significativo e importante para desenvolver a ciência e o conhecimento, no sentido de justificar a enfermagem como ciência pertinente, clarificando, deste modo, o domínio intelectual que a distingue de tarefeiros ou profissionais que apenas executam (Petronilho & Machado, 2017).

O desenvolvimento da teoria do autocuidado é baseado nas perceções concretas de enfermagem, conceptualização, raciocínios hipotético-dedutivos e análise (Orem, 2003).

O valor das grandes teorias de enfermagem é a sua capacidade para expandir a ciência humana da enfermagem. A compreensão da natureza das pessoas, a relação com o ambiente e o impacto dessa interação elevam a prática clínica e facilita a tomada de decisão de modo a melhorar a saúde e o bem-estar das populações. É este o principal objetivo dos modelos de enfermagem: a melhoria constante dos cuidados. O autocuidado é o conceito central na Teoria do défice do autocuidado de enfermagem. Para Orem, o autocuidado é universal visto que abrange todos os aspetos vivenciais, não estando restringido pelas atividades de vida diária e instrumentais (Fernandes, et al., 2020).

Este pode ser definido como o favorecimento do aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas que iniciam e desenvolvem (dentro de espaços de tempo específicos) objetivos para a preservação da vida e do bem-estar. O conceito de autocuidado clarifica o propósito da enfermagem que é, então, a promoção ou restituição da capacidade de autocuidado pela aquisição de competências para a autonomia e para a autodeterminação (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

A Teoria do Défice de Autocuidado identifica cinco métodos de ajuda: 1) Agir ou fazer pela pessoa; 2) Guiar e Orientar; 3) Proporcionar apoio físico e psicológico; 4) Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) Ensinar. Quando as necessidades superam a capacidade, é aí que surge o défice do autocuidado. A avaliação deste défice permite ao enfermeiro adequar a sua intervenção de modo minimizar os impactos dos défices da pessoa (Petronilho & Machado, 2017).

Por isto, definiu-se o tema deste projeto de intervenção: “Ganhos sensíveis nos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado”.

Para isso realiza-se uma pesquisa exaustiva e compreensiva, através de uma RSL (Revisão Sistemática da Literatura), permitindo deste modo conhecer o que se sabe e fazer recomendações para a prática clínica. A RSL permite abordar questões amplas para produzir a melhor síntese de evidências (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino, & Pestana, 2018).

3.1 Enfermagem de reabilitação na pessoa com défice de autocuidado por alterações neurológicas – Revisão sistemática da Literatura

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

Segundo a (DGS, 2017) através da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, o envelhecimento, os estilos de vida e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, limitando a sua independência, autonomia e participação social. Os cuidados de Enfermagem especializados em Reabilitação conseguem intercepar fatores desfavoráveis associados ao envelhecimento, ao autocuidado e as transições de vida. O EEER gere os cuidados de modo a recuperar e adaptar desvios da saúde e da independência funcional (Reis, Bule, Sousa, Marques-Vieira, & Ribeiro, 2021).

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção houve uma necessidade de Investigar quais os ganhos sensíveis das intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras de autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas. Para isso realizou-se uma RSL, com o objetivo de consolidar e reunir os conhecimentos disponíveis (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino, & Pestana, 2018).

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

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

TABELA 1 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO PICOD

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

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

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

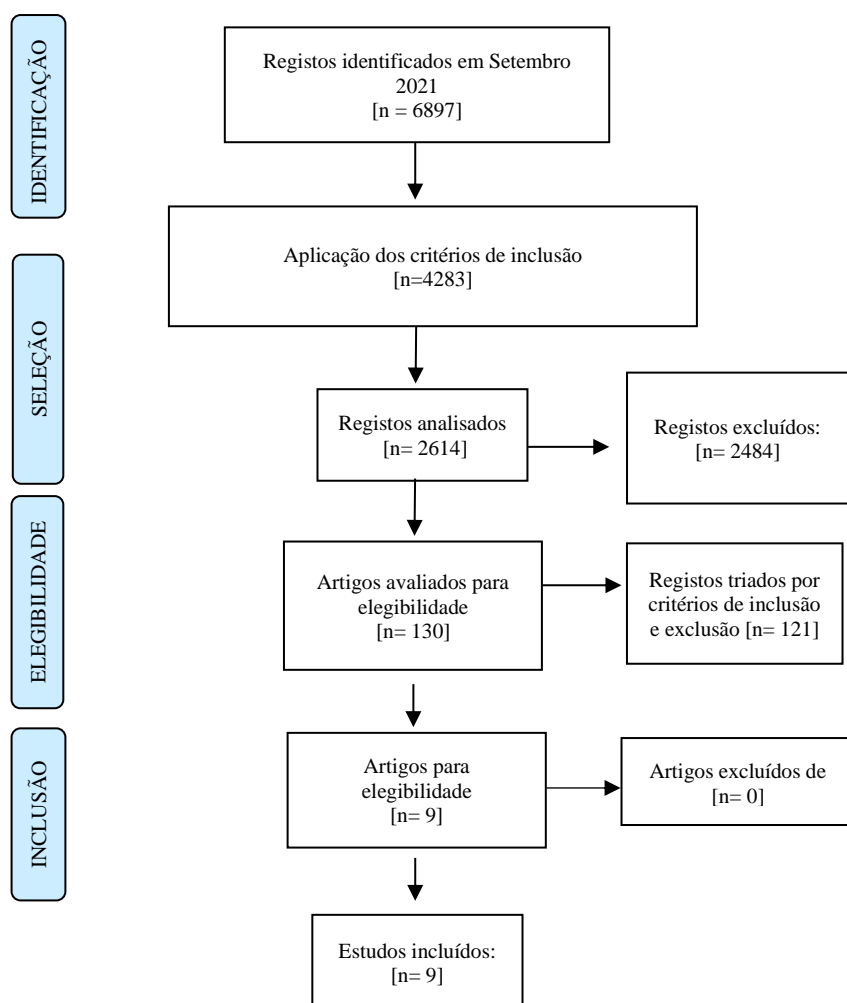


FIGURA 4 - METODOLOGIA DE PESQUISA DESENVOLVIDA ATRAVÉS DO PRISMA 2009 FLOW DIAGRAM

Como é possível observar no Prisma 2009 Flow Diagram – Manual 2015 JBI (figura 4), foram identificados um total de 6897 artigos. Após a triagem referente a artigos publicados no friso cronológico dos últimos 5 anos, escritos em língua portuguesa ou inglesa, não duplicados e revistos por especialista, resultaram um total de 2614 artigos. Seguidamente, foram pesquisados artigos cujo resumo [*abstract*] exibia a palavra [outcome] e [rehabilitation], com o resultado de 130 artigos.

Posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão: incluir pessoas com 65 e mais de idade com patologia do foro neurológico, estudos de carácter quantitativo e relacionados com o tema em questão, correlacionando intervenções de EEER na

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

promoção do autocuidado. Como critérios de exclusão: estudos com abordagem qualitativa e sem enquadramento na pertinência do tema.

Então, obteve-se um total de 9 estudos, com descrição de três dimensões onde se espelham ganhos sensíveis dos cuidados dos EEER na pessoa com alterações neurológicas. Foram identificadas intervenções e *outcomes* nas dimensões cognitivas, sociais e funcionais do EEER no autocuidado às pessoas com patologia neurológica. O Enfermeiro Especialista de Reabilitação tem um papel essencial na intervenção a pessoas com défice de autocuidado com patologia neurológica. Foram identificadas intervenções e *outcomes* nos domínios cognitivos, literacia do autocuidado e funcionais com vista à maximização da capacidade funcional.

Resultados

Concluindo o processo de seleção e validação da qualidade dos estudos encontrados nas bases, incluiu-se, nesta revisão sistemática um conjunto de cinco artigos que foram explanados em formato de tabela de modo a uma melhor compreensão de cada um, procurando a resposta aos objetivos propostos e à pergunta PICOD. Foram incluídos um total de 9 estudos, os quais apresentam elevado nível de evidência, onde destacamos a existência de 3 estudos randomizados controlados e 2 estudos pré-teste pós-teste. A maioria dos estudos objetivam um conjunto de intervenções do EEER no cuidado à pessoa com AVC, com défice de autocuidado, privilegiando a potencialização da capacidade funcional e a máxima qualidade de vida.

TABELA 2 - ARTIGOS INCLUÍDOS

Artigo	Descrição	Objetivos	Resultados/Conclusões
<p>Título – Research on the Head and Neck MRA Image to Explore the Comprehensive Effect on the Recovery of Neurological Function and Rehabilitation Nursing of Patients with Acute Stroke (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020) Participantes – 294 participantes</p>	<p>Metodologia – Estudo observacional sem grupo controle Descrição metodologia- Avaliação imagiológica CE, iniciado o programa de intervenção de reabilitação de enfermagem, e posteriormente, passados 15 dias, realizou-se uma nova avaliação imagiológica. NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 3.e</p>	<p>Estudar o valor clínico da combinação da avaliação imagiológica do AVC isquémico em fase aguda, antes e após o desenvolvimento de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação.</p>	<p>O plano de intervenção de enfermagem em reabilitação consistiu na comunicação interpessoal, melhorando os distúrbios comportamentais, com estímulo da função cognitiva e sensorial, no treino motor com enfoque no equilíbrio, sentar/levantar e treino de marcha. Os resultados quer laboratoriais quer imagiológicos foram significativamente melhores no grupo de intervenção relativamente ao grupo de controlo.</p>
<p>Título – Unmet needs of people with Parkinson´s disease (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016) Participantes – 183 participantes de 4 centros de neurologia</p>	<p>Metodologia – Estudo transversal Descrição metodologia- A metodologia compreendeu uma avaliação das necessidades através da <i>Needs and Provision Complexity Scale</i>, Índice de Barthel e a escala <i>SCH-E</i>. NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 4.b</p>	<p>Identificar as necessidades sociais e de saúde bem como os fatores sociais em pessoas com Doença de Parkinson.</p>	<p>O estudo demonstrou existirem iniquidades na área da saúde entre as necessidades reais e as garantidas. No plano social, existiu maior dificuldade na garantia de apoio e suporte social. O papel do enfermeiro no cuidado as pessoas com DP, caracteriza-se pela identificação de necessidades, individualizando e humanizando o cuidado a cada pessoa, influenciando ativamente na qualidade da vida.</p>
<p>Título – Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017) Participantes – 78 participantes e 33 enfermeiros</p>	<p>Metodologia – Pré-teste – pós-teste Descrição metodologia- Foi utilizado um método explorativo, com medidas pré-teste e pós-teste. Na parte quantitativa, foram explorados os dados eletrónicos registados por Enfermeiros, retrospectivos de 78 participantes. Na parte qualitativa foram realizadas entrevistas aos enfermeiros sobre a utilidade da guideline dirigida a pessoa com AVC e as suas experiências na implementação. NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 2.d</p>	<p>Investigar e avaliar a implementação e viabilidade do uso de uma <i>guideline</i> de Enfermagem direcionada para o AVC com foco na mobilidade, depressão, dor, quedas, educação e planeamento de alta.</p>	<p>O presente estudo demonstrou uma melhoria após a implementação da guideline, com melhorias significativas na promoção de atividades de vida diária e mobilidade, através da avaliação do estado funcional, treino de AVD´s e desenvolvimento de intervenções focadas na educação quer das pessoas quer dos familiares. Foi prestada maior atenção ao aparecimento de sintomas de depressão pós-AVC. Os enfermeiros presentes no estudo consideraram a guideline fiável, prática e de uso fácil tendo melhorado o cuidado de Enfermagem.</p>
<p>Título – Digitally enabled aged care and neurological rehabilitation to enhance outcomes with Activity and MObility UsiNg Technology in Australia: A randomised controlled trial (Hassett, et al., 2020) Participantes – 300 participantes</p>	<p>Metodologia – Estudo clínico randomizado controlado Descrição metodologia- Dois grupos com adultos com limitações de mobilidade e sob programa de reabilitação de carácter neurológico. O grupo de intervenção usou dispositivos direcionados para as dificuldades na mobilidade e atividade física no hospital e em casa. NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 1.c</p>	<p>Testar a eficácia da utilização de dispositivos digitais de apoio para melhorar a mobilidade e atividade física em pessoas, com défices neurológicos, com potencial de reabilitação e com limitações quer de mobilidade.</p>	<p>O presente estudo demonstrou que existiu uma melhoria na mobilidade no grupo de intervenção relativamente ao grupo de controlo. Denotou-se que existiu um maior número de caminhadas do grupo de intervenção ao invés do grupo de controlo. Os dispositivos digitais foram escolhidos de forma a serem facilmente usados pelo grupo de intervenção. A utilização de meios digitais no meio hospitalar e posteriormente no domicílio apresentou-se como uma ferramenta importante no aumento da mobilidade e na diminuição do sedentarismo.</p>

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Artigo	Descrição	Objetivos	Resultados/Conclusões
<p>Título – Effectiveness of mirror therapy on improvement of motor functions of affected upper limb among stroke patients (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020)</p> <p>Participantes – 60 participantes</p>	<p>Metodologia – Estudo quasi-experimental</p> <p>Descrição metodológica- Abordagem quantitativa, com técnica de amostragem não probabilística de forma a selecionar 60 participantes com AVC e com comprometimento motor a nível dos membros superiores. A análise foi feita por meio de estatística descritiva e inferencial.</p> <p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 2.c</p>	<p>Averiguar a eficácia da terapia do espelho na melhoria a nível das funções motoras do membro superior em pessoas com AVC.</p>	<p>Esta terapia demonstrou ser eficaz na melhoria das funções motoras dos membros superiores nas pessoas com AVC no grupo experimental relativamente ao grupo de controlo</p>
<p>Título – Access to post - stroke physical rehabilitation after acute reperfusion therapy– the neglected link in ischemic stroke management: a retrospective cohort study (Radu, et al., 2021)</p> <p>Participantes –109 participantes</p>	<p>Metodologia – Estudo de coorte</p> <p>Descrição metodológica- Aplicação de um questionário estruturado pro telefone sobre o acesso a reabilitação pós-AVC e que resultados surgiram pós-reabilitação.</p> <p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 3c</p>	<p>Determinar o acesso e de forma estão descritos os cuidados de reabilitação e a descrição dos mesmos a pessoas com acidente vascular isquémico submetidas a trombólise e/ou trombectomia.</p>	<p>Os maiores motivos para as pessoas não continuarem cuidados de reabilitação foi por acharem que não necessitavam [46,9%] e não queriam continuar [16,6%]. O nível de dependência pós AVC foi o maior preditor de continuação de cuidados de reabilitação.</p>
<p>Título – Effectiveness of Early Rehabilitation Combined With Virtual Reality Training on Muscle Strength, Mood State, and Functional Status in Patients With Acute Stroke: A Randomized Controlled Trial (Lin, et al., 2020)</p> <p>Participantes –145 participantes</p>	<p>Metodologia: Estudo randomizado controlado</p> <p>Descrição de metodologia: 152 pessoas com AVC isquémico. Um terço do grupo foi para o grupo experimental, sendo o outro grupo experimental. Ambos os grupos receberam cuidados de reabilitação, porem o grupo experimental recebeu cuidados de reabilitação com realidade virtual. Foram avaliados na admissão e na alta os seguintes resultados: Força muscular; humor; Funcionalidade</p> <p>NIVEL DE EVIDENCIA: 1.c</p>	<p>Investigar a eficácia do treino através da realidade virtual na melhoria da força muscular, estado de humor [depressão e ansiedade] e estado funcional em pessoas após AVC.</p>	<p>No final da intervenção, o grupo experimental apresentou maiores ganhos de força hemicorpo são do membro superior, diminuição comparativa na depressão e graus de ansiedade. Não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os grupos na funcionalidade.</p>
<p>Título – Nursing staffs self-perceived outcome from a rehabilitation 24/7 educational programme – a mixed-methods study in stroke care (Loft, et al., 2018)</p> <p>Participantes: 33 participantes</p>	<p>Metodologia: Pré-teste e pós-teste</p> <p>Descrição de metodologia: Recolha de informação sob a forma de questionário e entrevista semiestruturada a enfermeiros.</p> <p>NIVEL DE EVIDENCIA: 2.d</p>	<p>Determinar a auto percepção dos enfermeiros sobre a sua capacidade, oportunidade e motivação para exercer com uma abordagem de reabilitação após participar num programa formativo de reabilitação após AVC</p>	<p>Os enfermeiros consideram que o programa formativo teve uma influência positiva. No final do programa eram capazes de entender melhor o seu papel interdisciplinar e melhorar a comunicação. A nível de oportunidades, as maiores limitações referidas foram a falta de recursos humanos, a carência de registos de enfermagem completos e descritivos.</p>
<p>Título – Effects of motor imagery training on lower limb motor function of patients with chronic stroke: A pilot single-blind randomized controlled trial (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021)</p> <p>Participantes: 32 participantes</p>	<p>Metodologia: Estudo randomizado controlado</p> <p>Descrição de metodologia: Um grupo de 32 pessoas selecionadas aleatoriamente foram divididas em 2 grupos [experimental e controlo]. Grupo experimental recebeu 20 minutos adicionais de cuidados de reabilitação motora por imaginação de movimentos.</p> <p>NIVEL DE EVIDENCIA: 1.c</p>	<p>Demonstrar a importância de reabilitação motora pela imaginação de movimentos nos resultados da intervenção da enfermagem de reabilitação na pessoa com AVC</p>	<p>O grupo experimental demonstrou ganhos quantificáveis ao nível da marcha e no equilíbrio, quantificais pelas Medida de Independência Funcional e pela escala de Berg, e também melhorias no uso simétrico dos membros inferiores, como durante técnicas de levantar-sentar. Ao nível da função motora do membro inferior, através da escala de avaliação Fugl-Meyer também foi possível quantificação clara de ganhos funcionais motores.</p>

Discussão

O papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação tem vindo a desenvolver-se de forma exponencial na comunidade, catapultando a sua função para uma participação ativa no processo de reabilitação da pessoa, procurando a maximização da independência funcional, a promoção da autonomia, procurando dar um contributo para o aumento da qualidade de vida e desenvolvimento pessoal. Nesta revisão sistemática de literatura, foi possível evidenciar ganhos resultantes da intervenção do EEER direcionada para as pessoas com 65 e mais anos de idade com patologia neurológica espelhada em três domínios [cognitivo, social e funcional] com diferentes *outcomes*; Literacia e autocuidado; e funcional.

TABELA 3 - OUTCOMES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Domínio de intervenção	<i>Outcomes</i> Enfermagem de Reabilitação
Cognitivo	Melhoria da capacidade de atenção, raciocínio (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Lin, et al., 2020); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021).
	Menor nível de ansiedade e depressão (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Lin, et al., 2020).
Literacia e autocuidado	Educação aos familiares (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017).
	Adequação do cuidado de acordo com as necessidades humanas (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); (Lin, et al., 2020).
	Menor sedentarismo (Hassett, et al., 2020); (Radu, et al., 2021); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021).
	Aumenta a qualidade de vida da pessoa (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020).
Funcional	Maior mobilidade (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); (Hassett, et al., 2020); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020); (Radu, et al., 2021); (Lin, et al., 2020).
	Ganhos na execução das AVD's (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020); (Radu, et al., 2021); (Lin, et al., 2020); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021).
	Maior força muscular e equilíbrio (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020); (Lin, et al., 2020); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021).

Domínio cognitivo

No domínio cognitivo, são realçados ganhos sensíveis da intervenção do EEER na melhoria da função cognitiva (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Lin, et al., 2020); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021). Através do plano de intervenção do EEER, com base na comunicação interpessoal, procurou-se esclarecer e informar sobre o estado de saúde, por forma a ganhar a confiança e estabelecer uma relação de ajuda entre EEER-pessoa (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020);

(Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Lin, et al., 2020). Considerou-se também essencial para a garantia da melhoria a nível cognitivo, a implementação de exercícios de treino de raciocínio e capacidade de atenção (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Lin, et al., 2020). A revisão sistemática desenvolvida por (Rogers, Foord, Stolwyk, Wong, & Wilson, 2018) corrobora a necessidade da estimulação da função cognitiva, respetivamente, na atenção, na memória e nas funções executivas, que apresentam melhorias mais significativas, destacando a necessidade de orientar a prática para as atividades de vida diária. Outra das intervenções que se incluem neste domínio é a diminuição de sintomas de depressão e ansiedade das pessoas e dos familiares relativamente ao processo de doença/incapacidade. Denotou-se uma diminuição do aparecimento destes sintomas após a implementação do plano de reabilitação do EEER (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Lin, et al., 2020). Segundo (Medeiros, Roy, Kontos, & Beach, 2020) a reabilitação cognitiva deverá ser considerada o pilar na intervenção em estádios de depressão pós-AVC.

Domínio literacia e autocuidado

Ao nível da dimensão social, a intervenção do EEER em pessoas com alterações patológicas neurológicas urge na adequação do cuidado de enfermagem, tendo em conta as necessidades individuais de cada pessoa, o seu contexto núcleo-familiar, inserido numa comunidade (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016). O presente estudo apontou a falta de resposta no que concerne às necessidades de reabilitação da população. Deste modo, caberá ao EEER identificar as necessidades, individualizando, humanizando o cuidado a cada pessoa, podendo influenciar, ativamente, na melhoria da qualidade de vida não só da pessoa como dos membros da família (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016). Grosso modo, a intervenção do EEER procura relacionar-se com a concretização da inclusão da pessoa na sociedade, desenvolvendo um processo adaptativo, potencializando as suas capacidades funcionais (Petronilho & Machado, 2017).

Domínio funcional

Nesta dimensão é observável que a intervenção do EEER potencia ganhos de mobilidade, aumento de funcionalidade durante as AVDs, o aumento de força muscular e o equilíbrio (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Radu, et al., 2021); (Matos & Simões,

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

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

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

Conclusão

Com esta RSL contribui-se para a evolução da enfermagem especializada em reabilitação na pessoa com alterações neurológicas, através da análise e comparação de vários artigos para determinação do estado da arte. Durante a presente revisão encontrou-se grande quantidade de informação sobre a pessoa acometida com AVC, mas existem muitas lacunas e falta de investigação na pessoa com outras alterações neurológicas. Isto indica que o trabalho dos EEER ainda não está terminado e ainda existe muito caminho a percorrer. Mesmo assim, com base nos resultados, foi possível encontrar que a pessoa que recebe cuidados dos EEER tem um acesso privilegiado de reabilitação multidimensional: cognitiva, com a melhoria na atenção e raciocínio e menores níveis de ansiedade e depressão; social, com maior participação dos familiares/cuidadores, adequação dos cuidados as necessidades individuais, diminuição no sedentarismo e consequentemente reintegração social; e a nível funcional, com maior mobilidade, ganhos

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

na realização das AVD, maior força muscular e equilíbrio, capacitando a pessoa e garantindo a máxima capacidade funcional.

3.2 Estratégia de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação: A pessoa com AVC

Os EEER procuram na sua prestação de cuidados o desenvolvimento da pessoa e processos de adaptação eficazes. Então, dão deste modo, continuidade aos cuidados de enfermagem, planeiam altas de acordo com as necessidades individuais da pessoa, otimizam capacidades da pessoa, família e/ou cuidadores. Ensinam, instruem e treinam a pessoa na adaptação funcional através da readaptação aos déficits (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). É claro o contributo dos EEER para a qualidade dos cuidados nos vários contextos em que é exercida, sendo que o bem-estar e a funcionalidade no autocuidado são dos maiores contributos que este grupo profissional promove (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018).

A intervenção especializada deve ser integrada em programas de reabilitação motora com recurso a educação para a saúde, identificação e capacitação do cuidador, ensino e treino de AVD, promoção do treino e supervisão, assim como permitir a continuação do processo de reabilitação (Matos & Simões).

Sendo que as doenças cerebrovasculares constituem as principais causas de morte, de incapacidade e invalidez em Portugal é importante avaliar também resultados (PORDATA, 2021). Os resultados são muitas vezes multifatoriais, variando a sua gravidade e extensão, localização, estado de saúde prévio, assim como idade e etiologia. Mesmo assim, estes resultados existem e estão evidenciados. O EEER quando aborda a pessoa com AVC, precocemente e continuamente, contribui para a reabilitação funcional nas AVD e na participação da sua cidadania (Santos, Campos, & Martins, 2020).

A justificação é, então, clara da necessidade de desenvolvimento de competências de ER perante a pessoa com deficit no autocuidado com alterações neurológicas, mais especificamente aquelas que sofreram de AVC. Este projeto foi desenvolvido e implementado numa Unidade de AVC, junto de pessoas que estão ainda numa fase aguda da situação de doença.

Para o treino de autocuidado é determinante a reeducação funcional motora dos movimentos normais (Matos & Simões, 2020), ou o mais próximo da normalidade

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

individual, sem sistemas de compensação contralateral, sem esforço associado visto este aumentar o tónus. Também é possível observar, nas diferentes dimensões do autocuidado abaixo descritas, que a capacitação da pessoa e do cuidador, a consciencialização e o conhecimento são essenciais para o sucesso da implementação do programa de reabilitação (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Para determinar quais são alterações funcionais pós-AVC na pessoa, é necessário, como primeiro passo do processo de enfermagem: a avaliação. O mesmo se passa com a enfermagem especializada (Gomes & Ferreira, 2017). O propósito das avaliações, como a sua razão para existir, é a medição de incapacidade, a monitorização de progressos, a melhoria de comunicação inter e intradisciplinar, medir a eficácia dos cuidados, documentar o que foi feito, treinado, instruído e ensinado (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), bem como evidenciar as intervenções dos EEER. Para isso deve haver uma seleção cuidada do instrumento de avaliação e deve ser uma medida válida para a alteração que se procura avaliar, ter uma fiabilidade adequada e atribuir resultados significativamente sensíveis para representar essas mesmas alterações clínicas (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2017).

Visto o estágio clínico onde este projeto de intervenção decorreu primariamente, optou-se pela NIHSS para avaliação neurológica e pela ENCS para avaliação da funcionalidade, assim como a MIF.

A pessoa que teve AVC desencadeou processos patológicos variados e individuais de alterações neuro motoras, sensitivas e cognitivas. Todas estas alterações podem levar a um grande impacto no autocuidado e existem várias dimensões para intervir de modo a melhorar o autocuidado, mesmo que não diretamente (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Por isso, grande parte das intervenção do EEER nos autocuidados vai passar pelo assistir no Autocuidado e o Incentivar a execução de atividades no autocuidado (Santos, Campos, & Martins, 2020), assim como o Ensinar, o Instruir e o Treinar (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021); (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

A negligência unilateral, normalmente associada a alterações nervosas no hemisfério direito (Hunter, 2018) causam um comprometimento da perceção pela incapacidade ou perda de consciência de conhecimento do hemicorpo contralateral ao hemisfério oposto. Existem diferentes variações de manifestações, sendo que a pessoa

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

pode ter um ou uma combinação dos três tipos: Egocêntrica; Alocêntrica (que se divide em peripessoal ou extrapessoal) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Existem inúmeras outras escalas de apoio à tomada de decisão como *Behavioral Inattention Test*; *Catherine Bergego Scale*; *Cumulative Somatosensory Impairment Index*; *Circle Moniot Test*; *Virtual Reality Lateralized Attention Test*; *sunnybrook Neglect Assessment procedure*; *Apple Test* (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

As estratégias de intervenção nesta alteração neurológica passam por uma abordagem integrada. A abordagem pelo lado negligenciado, quer ao nível tátil, auditivo e visual pode reduzir os seus efeitos (Someya & Tanaka, 2021). Para isso o EEER deve enriquecer de estímulos o ambiente onde a pessoa esta inserida de forma a potenciar a integração sensorial (Hunter, 2018).

Caso a negligência seja muito severa, pode ser útil abordagem gradual com passagem da linha media de modo a não provocar sentimentos de isolamento. Outras estratégias como encorajamento do varrimento visual, a estimulação sensorial, a ativação do membro com varrimento visual desse espaço, a rotação do tronco em direção ao lado negligenciado, terapia de espelho, treino bilateral dos membros (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

A deglutição comprometida é uma alteração significativa do autocuidado. Esta caracteriza-se em uma dificuldade na preparação oral do alimento e na sua passagem para bolo alimentar e/ou durante o seu deslocamento até ao estomago (Patel, et al., 2017).

Por existirem grandes alterações da sensibilidade na cavidade oral e na parede faríngea posterior, diminuição do reflexo velopalatino diminuído ou até mesmo ausente, a grande maioria das pessoas com AVC tem também alterações da deglutição, com grande risco de aspiração e ingestão oral insuficiente (Zuercher, Moret, Dziewas, & Schefold, 2019); (Wirth, et al., 2018).

Outras alterações muitas vezes observadas, são aumentos dos tempos normais de deglutição, diminuição do encerramento labial eficaz, movimentos assimétricos de lábio e/ou língua, sialorreia, alterações de voz, tipicamente conhecida como “voz molhada” após deglutição, entre outras. Um dos instrumentos de avaliação de apoio à decisão clínica é a *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) (Frank, et al., 2020).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

A intervenção de ER começa com avaliação com a pessoa da deglutição para conhecer o grau de comprometimento e deste modo ser capaz ajustar consistências/texturas diatéticas adequadamente (Abu-Snieneh & Saleh, 2018). Depois ensinar sobre deglutição comprometida e risco de aspiração; ensinar, instruir e treinar estratégias compensatórias e técnicas de deglutição, bem como exercícios para promoção de deglutição. Os sucessos destes treinos de deglutição estão muito dependentes da forma em que é apresentado o alimento, o controlo do ambiente e a forma de administração (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

O objetivo principal da reabilitação na deglutição comprometida é manter o aporte hídrico adequado, assim como o nutricional de forma segura, bem como a diminuição do risco de aspiração, de desidratação e desnutrição. Ganhos funcionais na deglutição refletem-se em aumento de qualidade de vida, na diminuição do isolamento social, na diminuição da mortalidade e na diminuição de custos em saúde (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

O EEER deve instituir sob o diagnóstico de Enfermagem Deglutição Comprometida as seguintes intervenções: Otimizar o posicionamento à refeição, vigiar refeição e o Ensinar/Instruir e Treinar técnica de exercícios de deglutição (Santos, Campos, & Martins, 2020).

Salvo alguns casos, AVC na Artéria Cerebral Média Esquerda tem o potencial de provocar Afasias (Marangolo, 2020). As afasias são alterações de linguagem que perturbam o fluxo de transmissão de informação (Grönberg, Henriksson, & Lindgren, 2020). Existem várias tipos de afasias e caracterizações na descrição de afasias. A alteração comum a todas as afasias é a nomeação de objetos, porém a fluência, compreensão e repetição podem estar mantidas. Caso alguma das outras dimensões da afasia esteja presente, é possível avaliar então Afasias de Broca, de Wernicke, de condução, Transcortical sensitiva, motora ou mista e global. Existem várias escalas de avaliação de afasias como a NIHSS, a BAAL (Bateria de avaliação de afasia de lisboa) e a MIF (Medida de Independência Funcional), nos itens da compreensão e da expressão (Varanda & Rodrigues, 2017).

O movimento corporal é uma das dimensões mais pertinentes para o autocuidado. A perda de função de um membro ou de um hemicorpo associado a espasticidade e/ou

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

dor provoca aumento progressivo do déficit no autocuidado (Shiner, Vratsistas-Curto, Bramah, Faux, & Watanabe, 2019).

Os instrumentos de apoio à tomada de decisão neste foco são a goniometria e a escala de MRCMS (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Uma das funções do EEER é a prevenção de complicações, por isso e conforme a evidência científica revela, a mobilização precoce dos segmentos articulares numa sequência de mobilizações passivas até ativas assistidas e resistidas conforme tolerância ou capacidade, diminui e previne complicações neuromusculares. Estas mobilizações respeitam sempre princípios e por isso a necessidade de serem realizados por ER, como princípio do limite articular, do alinhamento corporal, do limiar da dor e devem ser realizadas de forma suave e contínua (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

A espasticidade é uma exacerbação dos reflexos profundos decorrentes de uma hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento, surge de distal para proximal, contrariamente a força e é possível diminuir a sua progressão através de mobilizações e posicionamentos (In, Jung, Jung, & Cho, 2021); (Barclay, Paul, MacFarlane, & McFadyen, 2019); (Pradines, et al., 2018).

Numa fase aguda da doença, ocorre hipotonia muscular ou flacidez que pode ou não ser permanente, que normalmente não é, sendo que ocorre um aumento progressivo de tónus que se manifesta como um aumento de resistência ao movimento passivo (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

O equilíbrio e a postura funcional são exigências para participação no autocuidado (Gil, Sousa, & Martins, 2020), visto que todas estas são necessárias para a sua realização em diferentes graus.

Existem inúmeros fatores de risco de queda na pessoa com AVC, sendo os mais comuns os o próprio AVC pela dificuldade da pessoa em controlar e repor o seu centro de gravidade durante a marcha, ou até mesmo no equilíbrio estático (Wei, et al., 2019). Também o síndrome de *Pusher* influencia o equilíbrio corporal pelo que desvia a pessoa do seu centro de gravidade e provoca mau controlo postural (Luque-Moreno, et al., 2021). Também pessoas com AVC, no hemisfério esquerdo, apresentam maior risco de queda pela diminuição da compreensão e os processos de aprendizagem se desenvolverem normalmente por demonstração e erro que permite assimilação mais

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

rápida de partes da tarefa, sendo que atingem graus de independência mais cedo, mas não necessariamente mais seguros.

O déficit cognitivo é também um grande fator para as quedas, sendo este também um forte indicador. Outras causas foram o ambiente físico, especialmente no domicílio a casa de banho e o quarto (Horta, et al., 2020).

Existem vários instrumentos para apoio à tomada de decisão: Índice de *Tinetti* e a Escala de Equilíbrio de Berg.

A intervenção do EEER tem um papel de avaliação de comprometimento, de potenciar o equilíbrio funcional, de melhorar a consciencialização sobre o equilíbrio e o risco de queda (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

As intervenções que devem ser instituídas em pessoas com equilíbrio comprometido são o ensinar/ Instruir/ Treinar técnica de exercícios de equilíbrio corporal (Santos, Campos, & Martins, 2020). Outras intervenções como a monitorização através de escalas como o Índice de *Tinetti* é útil para avaliar o desempenho da pessoa e realizar ajustes, a intervenção, a avaliação do equilíbrio corporal (ambos estático e dinâmico sentado e ortostático), a realização de técnica de treino de equilíbrio correção postural com recurso a facilitação cruzada, o exercício de equilíbrio estático sentado e dinâmico sentado e posterior equilíbrio estático ortostático e dinâmico ortostático são intervenções com evidência de ganhos para o equilíbrio corporal comprometido (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

A melhor estratégia de intervenção para a pessoa tomar conhecimento sobre a necessidade de melhorar a técnica do equilíbrio corporal é através da consciencialização dos défices, por isso, o potencial para melhorar o conhecimento sobre e para usar técnica de equilíbrio corporal é essencial (Rocha, Bravo, Sousa, Mesquita, & Pestana, 2020).

A capacidade para andar pressupõe que a pessoa apresenta equilíbrio sentado estático e dinâmico, e ortostático estático e dinâmico, mesmo que comprometido. A intervenção centra-se na capacitação da pessoa para andar com o máximo de segurança possível e com o menor dispêndio energético possível (Arienti, Lazzarini, Pollock, & Negrini, 2019).

Esta capacidade é também importante na concretização dos autocuidados (Kimura, 2021). A consciencialização do compromisso pode ser uma intervenção muito

útil para a prevenção de quedas e aumento de segurança se houver capacidade cognitiva (Fujita, et al., 2019). O EEER avalia condições que podem facilitar ou dificultar a pessoa na sua evolução e implementa intervenções de enfermagem como o ensinar/ instruir e treinar técnicas de adaptação para andar, bem como o assistir a pessoa para andar. A avaliação do andar passa pela apreciação da técnica de adaptação da pessoa, avaliando assim a independência da pessoa (Matsuyama, 2018). O conhecimento e a capacidade da pessoa são primordiais para o sucesso da intervenção.

A capacidade para transferir-se é mais uma importante competência para a concretização do autocuidado (Chen, et al., 2018). Pressupõe que a pessoa tenha a capacidade para mover o corpo na direção do bordo da cama, que seja capaz de sentar na cama e conseguir manter o equilíbrio. Depois necessita de capacidade para se manter de pé, de forma segura e equilibrada, rodar o corpo e sentar na cadeira, e vice-versa. É uma capacidade muito dependente o equilíbrio corporal e da capacidade cognitiva de compreender todos os passos (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Existem vários instrumentos de apoio à tomada decisão como o Formulário de Avaliação da dependência no autocuidado, o Índice de *Barthel* e a Medida de Independência Funcional (MIF). Estes instrumentos podem ser utilizados de modo complementar a informação recolhida, permitindo assim fazer uma avaliação completa e sensível. A intervenção do EEER passa por assistir a pessoa na transferência e no ensinar, instruir e treinar técnicas de adaptação e sobre dispositivo de apoio (se útil e pertinente) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

A capacidade para tomar banho é um foco do autocuidado com várias condicionantes (Oliveira-Kumakura, et al., 2019), ou seja, a pessoa tem de ter a capacidade para entrar e sair da banheira ou do chuveiro, manter o equilíbrio em pé ou sentado numa ajuda técnica, de abrir a torneira e regular a temperatura da água, de obter e transportar objetos para o banho, de lavar a metade superior do corpo e a parte inferior e posteriormente secar as mesmas. Tudo dentro de um tempo adequado e em segurança (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

A pessoa após a instalação do AVC a pessoa normalmente depara-se com uma serie de défices motores e sensoriais incapacitantes, pelo é parte da responsabilidade do EEER criar, conceber e implementar programas de reabilitação que potencializem o individuo a realizar esta atividade de forma autónoma e independente. As estratégias

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

utilizadas são o de ensinar, instruir e treinar técnicas de adaptação individuais a cada pessoa e também sobre dispositivos de apoio para tomar banho avaliando caso a caso a sua pertinência para a execução da tarefa (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

A capacidade para vestir-se/ despir-se faz parte dos autocuidados e tem também vários requisitos (Oliveira-Kumakura, et al., 2019). Carece da capacidade para escolher as roupas, para as retirar da gaveta ou armário, para segurar as mesmas, para as vestir ou despir, possivelmente abotoar, calçar e descalçar.

A capacidade para usar o sanitário inclui várias fases: Capacidade para se despir, vestir e ajustar roupa, para se levantar e sentar (caso utilize cadeira de rodas) ou para se transferir, capacidade para se posicionar na sanita, de fazer a higiene após eliminação. A intervenção do EEER para pela potencialização da capacidade para utilizar o sanitário, sobre a consciencialização do compromisso no uso do mesmo e/ou melhorar a capacidade para utilizar técnica de adaptação de ajudas técnicas para utilização do sanitário. Para a capacidade o EEER analisa a capacidade da pessoa para utilizar o sanitário, assim como ensina, instrui e treina sobre técnicas de adaptação. Também é importante para a readaptação e regresso ao domicílio, o enfermeiro deve realizar sessão de ensinamentos, para a adaptação do domicílio, para minimização de acidentes e facilitadoras de utilização (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Os instrumentos de apoio a tomada de decisão mais comuns de utilização são o Formulário da Avaliação da Dependência no Autocuidado; Índice de Barthel; e a MIF (Ordem dos Enfermeiros, 2016); (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Os resultados esperados são comuns aos restantes autocuidados, como a consciencialização sobre o compromisso melhorada, melhoria da capacidade e conhecimento sobre adaptações (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Finalmente, a capacidade para arranjar-se, analogamente aos outros autocuidados, inclui várias atitudes: Pentear e escovar cabelo; cuidar das unhas; aplicar desodorizante e/ou perfume; manter higiene oral; maquilhar-se, entre outros. A intervenção do EEER passa pela potencialização e melhoria de capacidades e consciencialização do compromisso. As intervenções específicas são a análise com a pessoa da capacidade e o ensinar, instruir e treinar técnicas de adaptação, bem como dispositivos de apoio e técnicas de adaptação para o domicílio (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Os instrumentos de apoio a tomada de decisão são o Formulário da Avaliação da Dependência no Autocuidado; Índice de Barthel; e a MIF (Ordem dos Enfermeiros, 2016); (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

A intervenção também não deve, nem pode terminar nos cuidados de saúde secundários, ou em nível hospitalar. Existem resultados claros que, mesmo após a alta, as pessoas que sofreram AVC continuam a necessitar e a beneficiar de apoio, suporte, orientação, ensinamentos e treino de modo a adquirir mestria nas habilitações motoras e cognitivas que perderam e para prevenir complicações a curto prazo, mas também ao longo da vida (Oliveira, Silva, Sá, & Brandão, 2020).

O EEER tem uma ainda outra importante responsabilidade para as pessoas, para as suas famílias e para toda a comunidade; perspetivar o futuro! A preparação do regresso a casa passa também pela capacitação do cuidador e/ou família. A capacitação faz-se através da educação para a saúde, através de capacidades de lidar com o bem-estar e o autocuidado, com o objetivo final de dar continuidade a readaptação funcional, o envolvimento com a família e a participação na comunidade (Matos & Simões, 2020).

3.3 Modelo do Autocuidado de enfermagem de Reabilitação

O autocuidado é a percepção, capacidade e comportamento das pessoas em realizarem atividades com o objetivo de promover e manter a sua saúde e prevenir e gerir as suas doenças. Existem várias determinantes do autocuidado que dividem entre sete dimensões (Física; Cognitiva; Psicológica; Sociodemográfica; Social/Saúde; Espiritual/cultural; Económica). Isto diz-nos que os modelos de Enfermagem de Proximidade sejam concebidos com as famílias como beneficiárias de cuidados e que sejam incorporadas as determinantes do autocuidado para melhorar a adesão dos cuidados (Petronilho, 2012).

TABELA 4 – TEORIAS E MODELOS DE ENFERMAGEM

Autor	Teoria
Dorothea Orem, 2001	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	Teoria do autocuidado
	Teoria do Deficit do autocuidado
Manuel Lopes, 2006	Relação enfermeiro-utente
Afaf Meleis, 2010	Teoria das transições

O autocuidado, para Orem é uma função humana reguladora que difere de outras funções por ser uma ação deliberadamente relaxada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Aliakbari, Moosaviean, Masoudi, & Kheiri, 2021). Esta ação tem o propósito de manter e promover saúde, o crescimento e o desenvolvimento, a prevenção e o alívio, a cura e controlo das condições humanas indesejáveis que afetam, ou podem afetar a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

O Modelo de Autocuidado em Enfermagem remete para Dorothea Orem. Esta enfermeira, não só autora, mas também indisputavelmente uma das mais prolíficas investigadoras da profissão. Teve um papel importante no avançar da profissão de “área de prática que serve os clínicos diretamente” para profissão independente, com um papel ampliado na saúde da pessoa que tem hoje (Renpenning & Taylor, 2004) como profissão dotada de autonomia (Decreto-Lei n.º 247/2009).

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado engloba três teorias interrelacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Défice de Autocuidado; e Teoria dos Sistemas de enfermagem (Petronilho & Machado, 2017).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

A primeira teoria, Teoria do Autocuidado é referente à potencialidade individual da pessoa para se autocuidar e nas situações que as exigências do autocuidado superaram a capacidade, necessitam de suporte para as suprimir, quer por pelas pessoas com responsabilidades sociais e que aceitam cuidar da pessoa, como familiar, amigos e vizinhos, ou por profissionais de saúde (Petronilho & Machado, 2017). A teoria do Autocuidado engloba três categorias de requisitos: Requisitos Universais; Requisitos do autocuidado de desenvolvimento; Requisitos de autocuidado no desvio de saúde.

Estes requisitos acompanham a pessoa ao longo do ciclo de vida e devem ser vistos como dimensões inter-relacionadas e por estarem também relacionados com os processos de vida e a manutenção são requisitos universais. Os requisitos do autocuidado do desenvolvimento são relevantes características humanas, bem como o desenvolvimento das mesmas, pelo que estas devem realizar um percurso progressivo e ascendente pra níveis de complexidade superior. Os requisitos do autocuidado no desvio da saúde são observáveis em condições de doença ou lesão e associados a formas específicas de doenças ou intervenções e tratamentos (Orem, 2001); (Petronilho & Machado, 2017).

A teoria do défice de Autocuidado é o elemento central da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado e descreve o acontecimento de quando as necessidades superam a capacidade, ou seja, estabelece a relação entre a capacidade de ação e as necessidades de cuidados (Orem, 2001).

Esta teoria descreve o motivo pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem e divide em cinco métodos de ajuda: 1) o fazer pela pessoa; 2) Guiar, ou orientar; 3) Proporcionar apoio físico e psicológico; 4) Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) Ensinar. (Petronilho & Machado, 2017). Perante o défice no autocuidado, o enfermeiro adequa a sua intervenção no sentido de minimizar o défice através de cinco áreas de atividades dentro da prática de enfermagem: 1) Iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente com a pessoa, família ou grupo; 2) determinação do método de ajuda; 3) dar resposta as solicitações, desejos e necessidades da pessoa através dos cuidados; 4) Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta as pessoas; 5) Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida da pessoa, na saúde, nos serviços sociais e de educação necessários (Tanaka, 2022); (Orem, 2001); (Petronilho & Machado, 2017).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Finalmente, a teoria dos sistemas de enfermagem estabelece a estrutura e o conteúdo da prática clínica, entre as propriedades dos enfermeiros com as propriedades da pessoa. Ou seja, esta teoria explica como os enfermeiros dão resposta à pessoa e à família ou cuidadores das necessidades do autocuidado. Orem identifica três classificações de sistemas de enfermagem: *Wholly Consensatory System* – Representa situações em que a pessoa não é capaz de participar nas ações do autocuidado, pelo que é socialmente dependente de terceiros na sua sobrevivência; *Partly Consensatory System* – representa situações em que o enfermeiro ou outro realiza tarefas que envolvem a mobilização em que a pessoa é apenas compensada nas suas limitações; *Supportive /Educative System* – Representa as situações em que a pessoa tem capacidade para o autocuidado, mas precisa de orientação e instrução do enfermeiro (Orem, 2001); (Petronilho & Machado, 2017).

Ao nível da comunicação enfermeiro-utente, esta é muito mais complexa do que é normalmente descrita em modelos comunicacionais de outros campos do conhecimento científico, como a psicologia ou a saúde familiar, isto porque o conhecimento e a atividade do enfermeiro é exclusiva à prática de enfermagem, logo os modelos de comunicação também devem pertencer aos próprios (Lopes, 2006).

São os enfermeiros que passam mais tempo com as pessoas com dependência no autocuidado, pelo que este mesmo tempo cria uma familiaridade importante. É esta relação enfermeiro-doente que a torna a ela própria um instrumento terapêutico e de interesse relevante. Este contacto cria mesmo uma intimidade com as pessoas a nosso cuidado e as suas famílias. Esta relação torna-se então extremamente complexa e convoluta, com um número de colossal de possibilidades e variáveis que interagem de modos diferentes, visto que na mesma enfermaria temos pessoas em estados diferentes de saúde, graus diferentes de consciencialização de défices, de aceitação do estado atual de saúde e familiares com dúvidas, preocupações e tristeza pelo seu ente se encontrar numa situação de dependência funcional e/ou dependente autónoma. O papel do enfermeiro torna-se um trabalho de gestão de relações, sentimentos e de grupos exclusivos da profissão de enfermagem (Lopes M. J., 2011).

A transição na saúde é definida tradicionalmente com uma situação de bem-estar para uma situação de doença aguda e/ou crónica caso a incorpore (Santos, et al., 2015). A teoria das transições descreve e do enfoque a relação entre o enfermeiro e a pessoa.

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Estas relações podem decorrer em quatro tipos: de desenvolvimento; situacionais; relacionadas com saúde-doença; organizacionais (Ribeiro, Moura, & Ventura, 2021).

Nos AVC em particular as pessoas passam muito rapidamente de uma situação de bem-estar para uma situação de dependência funcional muito rapidamente, pelo que na relação enfermeiro-doente, o enfermeiro tem um papel facilitador de transição com várias propriedades (Meleis, 2010). Conhecimento e consciencialização da pessoa às alterações; ajustamento que refere ao grau de envolvimento da pessoa ao processo de transição e é dependente da primeira propriedade (conhecimento); Mudança e diferença, visto que os processos de transição implicam também mudança, pelo que aqui valoriza-se o entendimento dos significados das dimensões, como a natureza, a temporalidade a severidade e expectativas; eventos e acontecimentos críticos, vistos que estes períodos de transição são muitas vezes vistos como eventos marcantes e bem definidos e são associados à consciencialização de mudança; E finalmente período de experiência que é caracterizado pelo o tempo que a pessoa passa com o enfermeiro, no sentido de obter ganhos em saúde (Santos, et al., 2015).

4. Metodologia

Este projeto de intervenção é então concentrado no desenvolvimento de competências em enfermagem especializada em reabilitação. Durante o primeiro ensino clínico e nos seguintes tivemos oportunidade de implementar conceitos teóricos de enfermagem de reabilitação em contextos práticos, na comunidade e em ambiente hospitalar, na pessoa em situação aguda e na situação de resolução de sequelas e que em ambas necessitavam de cuidados de reabilitação, recorrendo sempre à prática baseada na evidência. Este termo, prática baseada na evidência significa o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais, na tomada de decisão para o atendimento das necessidades individuais e para a melhoria da saúde das populações (Ben-Shlomo, Brookes, & Hickman, 2013).

Uma das competências do enfermeiro especialista, dentro das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é o desenvolvimento do autoconhecimento e de como baseia a sua praxis clínica: em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Existem inquietações na transposição da teoria para a prática. Enfermagem, como disciplina do conhecimento, este é contruído dentro dela e no caso da enfermagem, o conhecimento é gerado pelo pensar teórico dentro da mesma, sendo que não é possível fazer enfermagem sem uma teoria do que se está a fazer (Nunes, 2008).

As teorias de médio alcance (TMA) são entendidas como estruturas teóricas que ligam grandes teorias com a prática de enfermagem (Smith, 2005). Não existe uma metodologia única sobre a elaboração de uma TMA, visto que cada investigador opta pela sua metodologia e fundamentação teórica para a construção da mesma. As TMA podem ser utilizadas numa variedade de subpopulações, seja centros urbanos, ou centros rurais; População de emigrantes ou de nativos, etc. (Leandro, et al., 2018).

Para o desenvolvimento de competências na descrição dos casos vai-se utilizar a perspetiva metodológica da Teoria de Médio Alcance de Lopes, que é baseada na intervenção relacional terapêutica entre o enfermeiro-doente, apoiada em duas componentes distintas, mas complementares: A natureza da relação (o Processo de

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Avaliação diagnóstica e o Processo de intervenção terapêutica de Enfermagem); e o Processo da relação (O início, o corpo e o fim da relação) (Lopes, 2006).

Os estudos de caso como descritor de causas têm a tendência central de observar e/ou justificar uma tomada de decisão ou um grupo delas (num indivíduo, numa população, numa organização, entre outros), a saber, porque foram tomadas, como foram implementadas e quais foram os resultados. Os contributos dos estudos de caso são a compreensão única dos fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Estas permitem que o projeto de intervenção mantenha as características holísticas e significativas dos eventos reais (Yin, 2018).

O estudo de caso tem cinco importantes componentes: A questão de apreciação clínica; as suas proposições (se existirem) (por exemplo, o quê? e o porquê?); as unidades de análise; a lógica que une as proposições; e os critérios para interpretação das descobertas. As primeiras três componentes conduzem a investigação a identificar dados que necessitam de ser recolhidos. As últimas duas etapas representam a lógica que liga as proposições e os critérios para a interpretação de resultados que levam, conseqüentemente, à antecipação da estrutura do estudo de caso que nos diz o que deve ser feito, após os dados terem sido recolhidos (Yin, 2018).

4.1 População-alvo do projeto de intervenção

O conceito de população pode refletir os habitantes de uma certa área geográfica, mas tem também um significado muito mais abrangente. Pode agregar um grupo de pessoas que partilham um tipo de característica (Ben-Shlomo, Brookes, & Hickman, 2013). Neste projeto irá refletir um grupo de saúde (Ariosto, et al., 2018) de pessoas que sofreu de AVC com défices no autocuidado e que necessitou de internamento hospitalar na unidade de AVC, assim como dois outros grupos, como parte dos estágios clínicos.

Para planear o desenvolvimento foi essencial então determinar então critérios rigorosos de inclusão e exclusão para o estudo seja representativo da população. A seleção dos participantes foi realizada após os critérios de inclusão e exclusão da população que é pretendida estudar (Ben-Shlomo, Brookes, & Hickman, 2013). A população alvo deste projeto ira baseou-se em pessoas com diagnóstico médico de AVC internadas na Unidade de AVC com alterações no autocuidado, que se encontrem internadas na unidade de AVC.

Para a realização do projeto de intervenção tem-se como objetivo selecionar 4 pessoas alvo de prestação de cuidados de EEER na unidade de AVC, determinadas pelo orientador como casos ricos em para o projeto de intervenção. A população-alvo irá ser constituída por participantes escolhidos por conveniência, ou seja, pessoas que foram internadas após situação de doença, que necessitam de cuidados de enfermagem de reabilitação e que preencheram os critérios de inclusão que irão ser definidos previamente.

Podemos então contabilizar um total de 8 participantes com idades compreendidas entre os 64 anos e os 88 anos. Todos os participantes têm nacionalidade portuguesa. A média de idade é 72,9 anos, a mediana 73 anos.

Na variação de género representa uma seleção de três pessoas (37,5%) do género masculino e 5 (62,5%) do género feminino. Os estados civis dos participantes apresentavam homogeneidade, sendo 50% casados (N=4) e 50% viúvos (N=4). Relativamente a escolaridade coincidiu haver uma grande disparidade, desde a 4ª classe (N=3) à licenciatura (N=2). Um dos participantes tem o 9º ano e um deles o 12º ano de escolaridade.

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Todos os participantes estudados eram previamente “saudáveis” por definição pessoal, funcionalmente independentes e autónomos na sua tomada de decisão. Todos eles, após situação de doença, apresentavam grandes limitações funcionais, com alterações profundas na sua participação de cidadania, com alterações motoras, sensoriais e funcionais. Algo que partilhavam também em comum era um colossal défice nos autocuidados, como foi observado através a recolha e tratamentos de dados por escalas sensíveis, fiáveis e validadas.

Realizando uma avaliação cuidada, detalhada e aprofundada e outra avaliativa, após a intervenção especializada e supervisionada do autor, é possível evidenciar a importância dos EEER nos contextos clínicos para a potencialização máxima da pessoa no autocuidado. Portanto, elaborou-se planos de intervenção de enfermagem de reabilitação que pudessem dar resposta especializada a estas pessoas.

4.2 Plano de intervenção

Como já foi mencionado neste projeto de intervenção, “o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação. “ (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Assim apresenta-se quais as intervenções e resultados esperados que foram concessionados, implementados e os respetivos resultados em pessoas com alterações de foros diferentes.

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

TABELA 5 - FORO RESPIRATÓRIO

Indicadores de Resultados	Intervenções	Resultados esperados
Conhecimento sobre as pessoas	<p>Avaliação inicial e funcional – objetiva, pertinente; Recolha de antecedentes pessoais; Recolha de história clínica da doença atual; (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017).</p> <p>Recolha de informação através de Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: MIF; Índice de Barthel; Índice de Katz; Escala de Lawton e Brody; Escala modificada de Borg (Ordem dos Enfermeiros, 2016).</p> <p>Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem á pessoa com mais de 65 anos em diferentes contextos, através da <i>Elderly Nurse Course Set</i>. (Fonseca, 2013); Identificação de necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).</p>	<p>Direcionar o profissional para a intervenção a implementar de acordo com as alterações identificadas (Ferreira & Santos, 2017).</p> <p>Individualização e humanização dos cuidados de enfermagem (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).</p>
Melhorar capacidade respiratória (ventilação)	<p>Ensino de técnicas de descanso e relaxamento; Consciencialização e controlo da respiração; Reeducação diafragmática; Reeducação Costal; Espirometria de incentivo; Mecanismos de limpeza de vias aéreas. (Cordeiro & Menoita, 2012); (Gomes & Ferreira, 2017); (Ordem dos Enfermeiros, 2018).</p> <p>Ensinar sobre autocontrolo do padrão respiratório; instruir sobre técnica respiratória para otimizar ventilação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).</p> <p>Executar técnicas para otimizar a ventilação; ensinar, instruir e treinar sobre técnicas respiratórias para otimizar ventilação (dissociação de tempos respiratórios; Reeducação diafragmática e costal). Ensinar, instruir e treinar sobre dispositivo respiratório (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).</p>	<p>Reduzir tensão psíquica e muscular; corrigir defeitos ventilatórios; melhorar ventilação alveolar; assegurar permeabilidade das vias aéreas; impedir a formação de aderências pleurais para manter e recuperar mobilidade costal e diafragmática; reeducar ao esforço. (Cordeiro & Menoita, 2012); (Gomes & Ferreira, 2017) (Ordem dos Enfermeiros, 2018).</p> <p>Ventilação melhorada; Conhecimento sobre técnica respiratória melhorada; Capacidade para executar técnica respiratória melhorada; Conhecimento sobre e uso de dispositivo respiratório melhorado (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).</p>
Aumento da capacidade física (força muscular)	<p>Ensino e treino de exercícios nos membros superiores: isotónicos (concêntricas positivas e negativas); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020); (Lin, et al., 2020).</p> <p>Mobilizações passiva; Ativa-assistida e ativa resistida; Atividades terapêuticas: Rolar e levantar; Ponte: Gerir tempo de repouso entre series (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Hassett, et al., 2020).</p> <p>Treino motor com foco no equilíbrio, sentar/levantar e treino de marcha (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020);</p>	<p>Prevenir complicações relacionadas com a imobilidade; Aumento dos graus de força; Aumento da aptidão física global. (Coelho, Barros, & Sousa, 2016); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017)</p> <p>Melhoria do estado de vida e condições neurológicas e cognitivas (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Lin, et al., 2020).</p> <p>Melhoria de funções motoras no membro superior (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020).</p>
Melhoria da intolerância à atividade	<p>Analisar com a pessoa a relação sobre atividade e repouso e conservação de energia; ensinar, instruir e treinar sobre vigilância, estratégias e implementação de estratégias adaptativas para realizar AVD; ensinar, instruir e treinar sobre exercícios de resistência; Vigiar períodos de atividade e repouso (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).</p>	<p>Intolerância à atividade melhorada; Consciencialização da relação entre gestão de atividade e repouso; Conhecimento e capacidade para a conservação de energia; Capacidade para implementar estratégias adaptativas para as AVD (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).</p>
Melhoria do estado funcional (equilíbrio corporal)	<p>Levantar/ Sentar sem apoios de mãos; (Coelho, Barros, & Sousa, 2016); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021).</p> <p>Analisar com a pessoa a relação sobre exercícios de controlo postural e equilíbrio; ensinar, instruir e treinar técnica de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e de pé) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021);</p>	<p>Manutenção do equilíbrio; Controlo automático da postura (Coelho, Barros, & Sousa, 2016).</p> <p>Melhoria da marcha, do uso simétrico dos membros inferiores (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021).</p> <p>Equilíbrio estático e dinâmico melhorados; Consciencialização sobre relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio melhorada; Consciencialização sobre equilíbrio e risco de queda melhorada; Conhecimento e capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio melhorado (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).</p>

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Indicadores de Resultados	Intervenções	Resultados esperados
Melhoria da função da deglutição	Posicionamento e técnicas posturais; Estimulação sensitiva; Deglutição forçada; Exercícios de fortalecimento muscular (língua, lábios e bochechas); Alterações na dieta; Treino de músculos respiratórios e gestão de tempos respiratórios-alimentação (Braga, 2017). Ensinar sobre risco de aspiração; analisar com a pessoa relação entre dieta e deglutição; ensinar, instruir e treinar sobre estratégias compensatórias; ensinar, instruir e treinar exercícios para a promoção da deglutição (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Prevenir complicações associadas a pneumonias de aspiração e desnutrição; (Braga, 2017). Deglutição melhorada; Conscientização sobre relação entre deglutição comprometida e risco de aspiração melhorada, sobre relação deglutição e dieta melhorada, e treino e promoção de deglutição melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
Melhorar limpeza da via aérea	Mecanismos de limpeza de vias aéreas; Ensino e treino de tosse dirigida e assistida (Cordeiro & Menoita, 2012). Executar técnica de limpeza de via aérea; ensinar, instruir e treinar para a limpeza da via aérea; Incentivar ingestão hídrica (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).	Assegurar permeabilidade das vias aéreas; prevenir complicações como pneumonias de aspiração (Cordeiro & Menoita, 2012). Limpeza da via aérea melhorada; Conhecimento sobre técnicas para limpeza da via aérea melhorada; Capacidade para executar técnicas para a limpeza da via aérea melhorada; Capacidade para tossir melhorada (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).
Melhorar a adesão ao regime terapêutico	Facilitar adesão ao regime terapêutico e medicamentoso; ensinar, instruir e treinar técnica inalatória de acordo com dispositivos em uso (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021)	Adesão ao regime terapêutico e medicamentoso melhorado; adesão a precauções de segurança melhorada; Conhecimento e capacidade melhorada para executar técnica inalatória melhorada (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).
Melhoria do andar	Assistir a pessoa a andar; ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para andar (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias de gestão de energia; vigiar atividade física e planejar repouso (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).	Capacidade para andar melhorada; Conscientização sobre o compromisso no andar; Capacidade para usar técnica de adaptação para andar melhorada. (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021) Capacidade e conscientização sobre relação de conservação de energia e atividade (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).
Melhoria no autocuidado: banho	Analisar com a pessoa a capacidade para tomar banho; ensinar, instruir e treinar para tomar banho; ensinar, instruir e treinar sobre dispositivo de apoio (barra de apoio) para tomar banho; ensinar sobre adaptação do domicílio para tomar banho (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias de gestão de energia; vigiar atividade física e planejar repouso (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).	Capacidade para tomar banho melhorada; conscientização sobre o compromisso do tomar banho melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa no tomar banho melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)
Melhoria no autocuidado: Vestir-se/ Despir-se	Analisar com a pessoa a capacidade para vestir-se/ despir-se; ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se. Incentivar a pessoa a vestir-se/ despir-se (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias de gestão de energia; vigiar atividade física e planejar repouso (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).	Capacidade para vestir-se/ despir-se melhorada; Conscientização sobre o compromisso no vestir-se/ despir-se melhorada; conhecimento sobre técnica de adaptação para vestir-se/ despir-se melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias de gestão de energia; vigiar atividade física e planejar repouso (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).
Melhoria no autocuidado: arrumar-se	Analisar com a pessoa a capacidade para se arrumar; ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para se arrumar; incentivar a pessoa a se arrumar (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)	Capacidade para se arrumar melhorada; Conscientização sobre o compromisso no arrumar-se; conhecimento sobre técnica de adaptação para se arrumar melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)
Avaliação	Monitorizar a evolução e comprovar os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017)	O reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos; refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

TABELA 6 - FORO NEUROLÓGICO

Indicadores de Resultados	Intervenções	Resultados esperados
Conhecimento sobre as pessoas	Avaliação inicial – objetiva, pertinente; Recolha de antecedentes pessoais; Recolha de história clínica da doença atual (Gomes & Ferreira, 2017); Recolha de informação através de Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: MIF; Índice de Barthel; Índice de Katz; Escala de Lawton e Brody; Escala modificada de Borg (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem á pessoa com mais de 65 anos em diferentes contextos, através da <i>Elderly Nurse Course Set</i> (Fonseca, 2013). Identificação de necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).	Direcionar o profissional para a intervenção a implementar de acordo com as alterações identificadas. (Ferreira & Santos, 2017). Individualização e humanização dos cuidados de enfermagem (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).
Melhoria da Paresia Facial Central	Executar técnica de estimulação (tátil e térmica); Massagem dos músculos da face; Ensinar, instruir e Treinar sobre exercícios musculares da face (Unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, depressão do lábio inferior) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Paresia facial melhorada; Consciencialização da relação dos exercícios e da melhoria da simetria da face; Capacidade para realizar exercícios (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
Aumento da capacidade física (força muscular)	Ensino e treino de exercícios nos membros superiores: isotónicos (concêntricas positivas e negativas); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020); (Lin, et al., 2020). Mobilizações passiva; Ativa-assistida e ativa resistida; Atividades terapêuticas: Rolar e levantar; Ponte: Gerir tempo de repouso entre series (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Hassett, et al., 2020). Treino motor com foco no equilíbrio, sentar/levantar e treino de marcha (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020);	Prevenir complicações relacionadas com a imobilidade; Aumento dos graus de força; Aumento da aptidão física global. (Coelho, Barros, & Sousa, 2016); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017) Melhoria do estado de vida e condições neurológicas e cognitivas (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Lin, et al., 2020). Melhoria de funções motoras no membro superior (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020).
Melhoria da disfagia	Analisar com a pessoa a relação entre a dieta e a deglutição; ensinar sobre risco de aspiração; ensinar, instruir e treinar sobre técnicas compensatórias e posturais; ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de deglutição: Deglutição supersupraglótica, Manobra de <i>lup pursing</i> ; Deglutição forçada. Ensinar, instruir e treinar para exercícios de promoção de deglutição: Resistência muscular de lábios, língua, palato mole e mobilidade laríngea (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Deglutição melhorada; Consciencialização sobre relação entre deglutição comprometida e risco de aspiração; Conhecimento sobre estratégias compensatórias melhorada; Conhecimento sobre técnica de deglutição melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
Melhoria do equilíbrio	Executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado); ensinar, instruir e treinar sobre exercícios para equilíbrio estático (sentado); Assistir no treino de equilíbrio estático (sentado) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Equilíbrio estático melhorado; Consciencialização de relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair melhorado (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
Melhoria da espasticidade	Executar técnica de exercício musculares e articulares ativos, ativos-assistidos e passivos; posicionar em padrão espático; executar massagem; Ensinar sobre exercícios; Instruir e treinar sobre exercícios (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Melhoria da espasticidade; Consciencialização da relação entre exercícios e tônus muscular; relação posicionamento e prevenção de espasticidade melhorada; Conhecimento sobre posicionamento antispástico melhorado (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
Melhoria da negligencia unilateral	Estimular a perceção sensorial: Varrimento visual e gestão do ambiente. Estimulação sensorial: Dicas visuais, verbais e auditivas; Estimulação térmica. Ensinar e consciencializar da negligencia. Instruir e treinar exercícios para melhorar a perceção: Ativação membro; rotação de tronco; terapia de espelho; treino bilateral dos membros superiores (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Terapia de espelho (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020).	Negligencia unilateral melhorada; Consciencialização sobre negligencia unilateral melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Indicadores de Resultados	Intervenções	Resultados esperados
Melhoria do andar	Assistir a pessoa a andar; ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para andar (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Capacidade para andar melhorada; Conscencialização sobre o compromisso no andar; Capacidade para usar técnica de adaptação para andar melhorada. (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021)
Melhoria no autocuidado: banho	Analisar com a pessoa a capacidade para tomar banho; ensinar, instruir e treinar para tomar banho; ensinar, instruir e treinar sobre dispositivo de apoio (barra de apoio) para tomar banho; ensinar sobre adaptação do domicílio para tomar banho (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Capacidade para tomar banho melhorada; consciencialização sobre o compromisso do tomar banho melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa no tomar banho melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)
Melhoria no autocuidado: Vestir-se/ Despir-se	Analisar com a pessoa a capacidade para vestir-se/ despir-se; ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se. Incentivar a pessoa a vestir-se/ despir-se (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Capacidade para vestir-se/ despir-se melhorada; Conscencialização sobre o compromisso no vestir-se/ despir-se melhorada; conhecimento sobre técnica de adaptação para vestir-se/ despir-se melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
Melhoria no autocuidado: arranjar-se	Analisar com a pessoa a capacidade para se arranjar; ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para se arranjar; incentivar a pessoa a se arranjar (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)	Capacidade para se arranjar melhorada; Conscencialização sobre o compromisso no arranjar-se; conhecimento sobre técnica de adaptação para se arranjar melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)
Avaliação	Monitorizar a evolução e comprovar os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017)	O reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos; refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

TABELA 7 - FORO ORTOPÉDICO

Indicadores de Resultados	Intervenções	Resultados esperados
Conhecimento sobre as pessoas	Avaliação inicial e funcional – objetiva, pertinente; Recolha de antecedentes pessoais; Recolha de história clínica da doença atual; (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Recolha de informação através de Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: MIF; Índice de Barthel; Índice de Katz; Escala de Lawton e Brody; Escala modificada de Borg (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem á pessoa com mais de 65 anos em diferentes contextos, através da <i>Elderly Nurse Course Set</i> . (Fonseca, 2013); Identificação de necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).	Direcionar o profissional para a intervenção a implementar de acordo com as alterações identificadas (Ferreira & Santos, 2017). Individualização e humanização dos cuidados de enfermagem (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).
Melhorar capacidade respiratória (ventilação)	Ensino de técnicas de descanso e relaxamento; Consciencialização e controlo da respiração; Reeducação diafragmática; Reeducação Costal; Mecanismos de limpeza de vias aéreas. (Cordeiro & Menoita, 2012); (Gomes & Ferreira, 2017); (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Ensinar sobre autocontrolo do padrão respiratório; instruir sobre técnica respiratória para otimizar ventilação. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b) Executar técnica de posicionamento para otimizar a ventilação; ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação. Incentivar técnica de posicionamento (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021);	Reduzir tensão psíquica e muscular; corrigir defeitos ventilatórios; melhorar ventilação alveolar; assegurar permeabilidade das vias aéreas; impedir a formação de aderências pleurais para manter e recuperar mobilidade costal e diafragmática; reeducar ao esforço. (Cordeiro & Menoita, 2012); (Gomes & Ferreira, 2017); (Ordem dos Enfermeiros, 2018) Ventilação eficaz; Conhecimento sobre técnica de posicionamento eficaz; Capacidade e conhecimento sobre técnica respiratória; Capacidade para executar técnica respiratória melhorada (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).
Melhorar a adesão a precauções de segurança	Analisar sobre técnica com a pessoa sobre precauções de segurança e prevenção de complicações; ensinar, instruir e treinar sobre uso de dispositivo de imobilização de ombro; informar e ensinar sobre complicações da articulação do ombro; incentivar a adesão a precauções de segurança (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021). Analisar sobre técnica com a pessoa sobre precauções de segurança e prevenção de complicações; ensinar, instruir e treinar estratégias e prevenção de complicações na articulação da anca; incentivar a adesão a precauções de segurança; Instruir sobre prevenção de complicações durante relação sexual (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Consciencialização da relação entre precauções de segurança e prevenção de complicações melhorada; Conhecimento sobre técnica de posicionamento do membro superior melhorado; Conhecimento sobre dispositivo imobilização melhorado (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021). Consciencialização da relação entre precauções de segurança e prevenção de complicações melhorada; Conhecimento sobre prevenção de complicações e de movimentos potencialmente luxantes; Adesão a precauções de segurança (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).
Melhorar a consciencialização sobre regime de reabilitação	Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação; ensinar sobre regime de reabilitação (controlo da dor; controlo do edema; consequências da imobilidade; uso adequado do dispositivo de imobilização e respetiva adaptação do imobilizador; incentivar a adesão ao regime terapêutico (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação melhorada; Conhecimento sobre o regime de reabilitação melhorado; Adesão ao regime de reabilitação melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Indicadores de Resultados	Intervenções	Resultados esperados
Aumento da capacidade física (força muscular)	Ensino e treino de exercícios nos membros superiores: isotônicos (concêntricas positivas e negativas); Mobilizações passiva; Ativa-assistida; Atividades terapêuticas: Gerir tempo de repouso entre series (Coelho, Barros, & Sousa, Reeducação da Função Sensoriomotora, 2017). Executar técnica de exercício muscular e articular (passivos e ativos-assistidos); Analisar com pessoa sobre exercícios musculares; Exercícios das articulações distais; concêntricos da mão, mobilização ativa do punho e ativa-assistida do cotovelo (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021). Analisar com a pessoa relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca; ensinar, instruir e treinar exercícios isométricos; executar mobilização passiva; executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e resistido. Ensinar, instruir e treinar exercícios ativos; reforçar os exercícios musculares e incentivar os exercícios musculares e articulares (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).	Prevenir complicações relacionadas com a imobilidade; Aumento dos graus de força; Aumento da aptidão física global. (Coelho, Barros, & Sousa, Reeducação da Função Sensoriomotora, 2017). Movimento corporal melhorado na região do ombro; Consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do ombro melhorada. Capacidade para executar os exercícios musculares e articulares melhorada (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021). Movimento corporal melhorado no membro inferior; Consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca melhorada. Conhecimento sobre exercícios musculares e articulares melhorada; Capacidade para executar exercícios musculares e articulares melhorada (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).
Melhoria do estado funcional (equilíbrio corporal)	Levantar/ Sentar sem apoios de mãos; (Coelho, Barros, & Sousa, Reeducação da Função Sensoriomotora, 2017) Executar, ensinar, instruir técnica de equilíbrio (estático e dinâmico); instruir o treino de equilíbrio na posição ortostática com correção postural simultânea (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021)	Manutenção do equilíbrio; Controlo automático da postura. (Coelho, Barros, & Sousa, Reeducação da Função Sensoriomotora, 2017). Manutenção do equilíbrio; Controlo automático da postura. (Coelho, Barros, & Sousa, 2017) Consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda melhorada; Equilíbrio melhorado (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021)
Melhoria no transferir-se	Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para transferir-se; instruir, ensinar e treinar sobre dispositivo para transferir-se; ensinar e instruir sobre e para prevenção de complicações sobre transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).	Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para transferir-se melhorada; Capacidade para usar dispositivo de apoio melhorada; Capacidade para prevenir complicações melhorada; Capacidade para transferir-se melhorada (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).
Melhoria no autocuidado: banho	Analisar com a pessoa a capacidade para tomar banho; ensinar, instruir e treinar para tomar banho; ensinar, instruir e treinar sobre dispositivo de apoio (barra de apoio) para tomar banho; ensinar sobre adaptação do domicílio para tomar banho (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Ensinar, instruir e treinar sobre prevenção de complicações na articulação no obro durante o banho; incentivar a pessoa a tomar banho (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Capacidade para tomar banho melhorada; consciencialização sobre o compromisso do tomar banho melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa no tomar banho melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Consciencialização da relação entre o risco de dispositivo de apoio e a autonomia para tomar banho melhorada; Conhecimento e capacidade em relação a tomar banho e prevenir complicações do ombro melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021);
Melhoria no autocuidado: Vestir-se/ Despir-se	Analisar com a pessoa a capacidade para vestir-se/ despir-se; ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se. Incentivar a pessoa a vestir-se/ despir-se (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).	Capacidade para vestir-se/ despir-se melhorada; Consciencialização sobre o compromisso no vestir-se/ despir-se melhorada; conhecimento sobre técnica de adaptação para vestir-se/ despir-se melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
Melhoria no autocuidado: arranjar-se	Analisar com a pessoa a capacidade para se arranjar; ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para se arranjar; incentivar a pessoa a se arranjar (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)	Capacidade para se arranjar melhorada; Consciencialização sobre o compromisso no arranjar-se; conhecimento sobre técnica de adaptação para se arranjar melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)
Melhoria do andar com auxiliar de marcha	Analisar com a pessoa a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar; ensinar, instruir e treinar andar com auxiliar de marcha com técnica em três pontos (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021)	Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar melhorada; Conhecimento sobre auxiliar de marcha melhorada; Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).
Avaliação	Monitorizar a evolução e comprovar os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017)	O reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos; refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

4.3 Instrumento de apreciação clínica

A Classificação Internacional de Enfermagem (CIF) tem o objetivo de unificar, estandardizar e criar estruturas de descrição de saúde ou eventos relacionados com a saúde. Os objetivos da CIF são a criação de bases científicas para compreender e estudar saúde e eventos relacionados, resultados e determinantes; estabelecer uma linguagem comum; permitir comparações entre países; providenciar uma sistematização de linguagem para sistemas de informação. A CIF oferece também uma abordagem multiperspetivista para classificar a função e a deficiência como um processo interativo e evolucionário, permitindo deste modo, outros investigadores criarem modelos e estudarem aspetos diferentes dos processos (WHO, 2001).

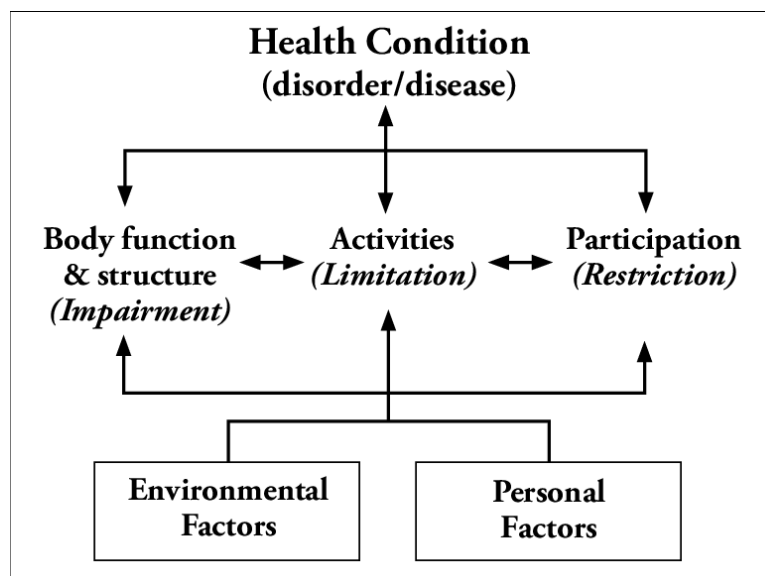


FIGURA 5 - INTERAÇÃO ENTRE OS COMPONENTES DA CIF

Neste diagrama, o funcionamento de uma pessoa num domínio representa uma interação dinâmica entre a condição de saúde e um contexto de fatores. A presença de limitações pode modificar a condição de doença, ou restringir a participação e até mesmo as funções corporais. Estas condicionantes funcionam em ambas as direções. É importante colher informação de todos os componentes individualmente, e assim poder explorar individualmente as associações e o que as une. Os fatores ambientais e pessoais têm também impacto na pessoa. Os fatores ambientais são extrínsecos à pessoa (atitudes

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

da sociedade, barreiras arquitetônicas, sistema judicial), e os pessoais são intrínsecos (sexo, raça, idade, estilo de vida, hábitos, entre outros) (WHO, 2001).

O uso de questionários tem uma vantagem de permitir aos investigadores agregar uma grande quantidade de informação, de forma eficiente com ganhos de tempo, esforço e recursos financeiros. Uma das grandes desvantagens é o desenvolvimento do questionário, visto que necessita de vários passos, de ser sensível, validado e fiável, (McKinley & Rose, 2020) por isso, recorre-se ao uso que um instrumento de recolha de dados que já passou por esses passos.

Os Core Sets derivam da CIF e facilitam a descrição da funcionalidade, providenciando listagens com descritores funcionais que são relevantes para contextos e condições específicas de saúde (Bickenbach, Cieza, Selb, & Stucki, 2020). Os *Core Sets* são listagens mais específicas e mais curtas da Classificação Internacional de Enfermagem, são marcos importantes no desenvolvimento de ferramentas para o processo de avaliação e por conseguinte, as intervenções (Pestana, 2017). Para este projeto optou-se como instrumento de colheita de dados a *Elderly Nursing Core Set*. A ENCS é um instrumento recomendado para avaliar as necessidades e/ou os resultados das Intervenções de Enfermagem em pessoas com 65 ou mais anos (Fonseca, et al., 2018).

TABELA 8 - CONCEITOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ENCS

Conceito	Indicadores de avaliação
Autocuidado	Lavar-se; Vestir-se; Cuidar de partes do corpo; deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento; Andar; Realizar a rotina diária; manter a posição do corpo; mudar a posição básica do corpo; cuidados relacionados com os processos de excreção; Utilização da mão e do braço; Beber; comer
Aprendizagem e funções mentais	Funções emocionais; Funções de orientação; funções da atenção; Funções da memória; Funções da consciência; Funções cognitivas de nível superior
Comunicação	Falar; conversação; comunicar e receber mensagens orais; Relacionamentos familiares
Relação com amigos e cuidadores	Prestação de cuidados pessoais e assistentes pessoais; Profissionais de Saúde; amigos

É um instrumento sensível, com fidelidade e validado. Tem o objetivo de avaliar e reavaliar as intervenções dos prestadores de cuidados a pessoas idosas e descrever os estados de funcionalidade. A ENCS avalia quatro dimensões da pessoa: Autocuidado; aprendizagem e funções mentais; comunicação; e Relação com amigos e cuidadores. O instrumento de recolha de dados é constituído por 25 códigos, sendo que cada um dos itens é dada uma resposta segundo uma escala tipo Likert com 5 pontos (1. NÃO há problema: 0-4%; 2. Problema LIGEIRO: 5-24%; 3. Problema MODERADO: 25-49%; 4. Problema GRAVE: 50-95%; 5. Problema COMPLETO: 96-100%) (Fonseca, 2013).

As escalas devem ter uma fiabilidade adequada e transmitir resultados sensíveis para representar mudanças. Relativamente às propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação utilizados, estas devem apresentar certas propriedades como: Validade, reprodutividade e responsividade (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2017).

O alfa Global da escala completa é de 0,949 significando assim uma boa consistência interna. Relativamente aos Coeficientes alphas dos vários fatores apresenta: 0,971 no Autocuidado; 0,932 na Aprendizagem e Funções Mentais; 0,950 na Comunicação; 0,610 na Relação com Amigos e Cuidadores (Lopes & Fonseca, 2013). É observável um valor mais questionável na Relação com Amigos e Cuidadores, porem encontra-se ainda dentro dos valores aceitáveis (Ursachi, Horodnic, & Zait, 2013).

Ainda em relação as propriedades psicométricas da escala, o Alfa de Cronbach é de 0,971 (Lopes & Fonseca, 2013). Dada a aproximação de 1, demonstra assim uma grande fiabilidade (Sijtsma, 2009).

Outra escala utilizada para avaliação do autocuidado foi a MIF (Medida de Independência Funcional). A MIF é uma escala de 18 itens que medem a dependência funcional da pessoa. Cada item da escala pode ser dividido em dois grupos: Independência e Dependência. A Independência é subdivida em independência completa (MIF 7), em que a pessoa executa a tarefa de forma segura, em tempo adequado sem necessidade de assistência; e a Independência Modificada (MIF 6) que implica que a pessoa possa necessitar de uma ajuda técnica para essa tarefa específica, possa necessitar de mais tempo do que é considerado adequado, ou existem preocupações da segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Ao nível das dependências, começando na Dependência Total (FIM 1) em que a pessoa recebe assistência total e contribui menos de 25% para a execução da tarefa, a Dependência Máxima (FIM 2), em que a pessoa realiza entre 25% à 49%; Dependência Moderada (FIM 3), em que a pessoa participa entre 50% a 74% da tarefa, Dependência Mínima (FIM 2) em que a pessoa participa entre 75% a 99%. Finalmente a supervisão, que significa que a pessoa necessita apenas de indicações verbais ou dicas sem contacto físico ou necessita de preparação de material para a realização da atividade (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Os itens avaliados são: Comer; Arranjar-se; Higienizar-se; Vestir/Despir metade Superior e Inferior; Uso de WC; Controlo de esfíncter vesical e intestinal; Transferência para Cama/Cadeira/Cadeira de rodas; para a sanita; para o chuveiro; Mover-se (Andar ou Cadeira de Rodas); Escadas; Compreensão; Expressão; Interação Social; Resolução de Problemas; Memória (Direção-Geral da Saúde, 2011).

A MIF encontra-se validada para o uso na população com AVC (Direção-Geral da Saúde, 2011). As suas propriedades psicométricas ao nível da fiabilidade, a MIF apresenta um alfa de Cronbach de 0,97 (Turner-Stokes & Siegert, 2013) Ao nível da confiabilidade entre avaliadores apresenta valores de 0,95 ao nível global (Ottenbacher, Hsu, Granger, & Fiedler, 1996).

A escala não é de uso livre, pelo que a sua validação para uso do autor encontra-se em anexos.

4.4 Considerações Éticas

Existe uma grande preocupação da ciência de enfermagem sobre o bem-estar da pessoa, pela sua dignidade, pelos seus direitos e integridade. As intervenções de enfermagem são realizadas sob os valores universais: Igualdade, liberdade, verdade e justiça, o altruísmo e solidariedade e pela competência e o aperfeiçoamento profissional. O Enfermeiro tem o dever de proteger a pessoa, de a atender em tempo útil, de o respeitar, orientar e dar continuidade aos cuidados. Tem também o dever do sigilo, de considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados, de não divulgar informação confidencial. Na realização de investigação deve manter então o anonimato da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Os princípios éticos da investigação devem zelar pela: a fiabilidade pela garantia da qualidade da investigação; a honestidade do desenvolvimento; realização; revisão e elaboração de relatórios, assim como uma investigação transparente, justa, completa e imparcial; o respeito pelos colegas, participantes, sociedade, ecossistemas, património cultural e ambiente; ónus da investigação, desde a ideia até ao momento final da publicação, passando pela gestão e organização, formação, supervisão e orientação, assim como o seu impacto. As práticas inaceitáveis são a fabricação de resultados e fazê-los passar por verdadeiros, falsificação ou manipulação de material ou equipamento ou processos de modo a modificar, omitir ou suprimir informação sem justificação e o plágio, ou seja, o uso de trabalho ou ideias sem crédito da fonte original (ALLEA, 2017).

Na colheita de dados, os dados foram tratados de modo a preservar a confidencialidade da fonte e será realizada codificação de todo material e informação recolhida. Na divulgação do projeto de intervenção e resultados não irá ser possível identificar qualquer um dos intervencionados e estará sempre presente as respetivas autorias, citações e contribuições.

5. Apresentação de dados

A observação é das mais antigas e mais dos mais utilizados métodos de recolha de dados. É intrínseca ao ser humano. Após esta observação faz-se então a apresentação dos dados que funciona também como avaliação (Lopes, 2006).

Neste capítulo ira-se realizar a apresentação dos dados. Após a definição e planeamento da colheita de dados, realiza-se a preparação e análise dos dados para poder, no capítulo seguinte, se alcançar uma conclusão (Yin, 2018).

5.1 População-alvo global do projeto de intervenção

Para análise dos dados da população alvo realizou-se uma codificação das pessoas, pela sua avaliação inicial e final, entre os vários scores da ENCS. De modo a salvaguardar o direito privacidade e intimidade, todos os dados serão avaliados de modo global e em grupos de intervenção (Lei n.º 156/2015).

TABELA 9 - AVALIAÇÃO DIAGNOSTICA GLOBAL E INICIAL DA POPULAÇÃO-ALVO GLOBAL

ENCS	Avaliação diagnostica	Avaliação pós interventiva	Ganhos
Score Global da Funcionalidade	56,88%	26,47%	30,41%
Autocuidado	70,25%	37,13%	33,12%
Aprendizagem e Funções de Memória	24,88%	12,13%	12,75%
Comunicação	52,50%	30,63%	21,89%
Relação com amigos e Cuidadores	79,88%	26,00%	53,88%

De modo global, a média inicial e final do Score Global da Funcionalidade foi de 56,88% (Problema grave) e 26,47% (Problema moderado), uma diferença 30,41%. Passando para o autocuidado, a média inicial é de 70,25% (Problema grave) e a final de 37,13% (Problema moderado), uma diferença de 33,12%. A Aprendizagem e Funções de memória é contabiliza uma média inicial de 24,88% (Problema moderado) e uma final de 12,13% (Problema ligeiro), um diferencial de 12,75%. Na comunicação a média inicial foi de 52,50% (Problema grave) e final de 30,63% (Problema moderado), com uma diferença de 21,89%. Finalmente a relação com amigos e cuidadores, a media inicial é de 79,88% (Problema grave) e de 26% (Problema moderado), uma diferença de 53,88%.

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Na tabela 10 podemos observar a análise descritiva da população-alvo global, valores médios, mediana, máximo e mínimo e desvio padrão relativo.

TABELA 10 - ANÁLISE DESCRITIVA NA POPULAÇÃO-ALVO GLOBAL

	Score Global da Funcionalidade	Autocuidado	Aprendizagem e Funções de Memória	Comunicação	Relação com amigos e Cuidadores
Media inicial	56,88%	70,25%	24,88%	52,50%	79,88%
Media final	26,47%	37,13%	12,13%	30,63%	26,00%
Mediana inicial	51,25%	69,50%	20,50%	37,50%	80,00%
Mediana final	19,63%	27,00%	10,00%	20,00%	23,50%
Máximo inicial	77,00%	100,00%	40,00%	95,00%	93,00%
Máximo final	53,00%	75,00%	20,00%	70,00%	47,00%
Mínimo inicial	41,25%	42,00%	10,00%	20,00%	60,00%
Mínimo final	17,50%	20,00%	10,00%	20,00%	20,00%
Desvio padrão relativo inicial	13,40%	23,93%	12,23%	27,16%	10,52%
Desvio padrão relativo final	11,66%	20,95%	3,76%	16,67%	8,57%

5.2 Pessoas com alteração do autocuidado do foro respiratório

Durante o estágio clínico de foro respiratório aplicou-se ENCS. Para análise dos dados da população alvo recorreu-se à codificação das pessoas, pela sua avaliação inicial e final, entre os vários scores da ENCS.

No grupo de pessoas com alteração do foro respiratório temos um grupo de duas pessoas, uma do sexo masculino e outro feminino. A média de idades deste grupo é de 79,5 anos, pelo que são ambos aposentados. Ambos são portugueses. Um é casado e o outro viúvo.

TABELA 11 - AVALIAÇÃO GLOBAL DAS PESSOAS COM ALTERAÇÃO DO AUTOCUIDADO DO FORO RESPIRATÓRIO

ENCS	Avaliação diagnóstica	Avaliação pós interventiva	Ganhos
Score Global da Funcionalidade	70,75%	39,88%	30,87%
Autocuidado	96,50%	55%	41,50%
Aprendizagem e Funções de Memória	40%	15%	25%
Comunicação	80%	52,50%	27,50%
Relação com amigos e Cuidadores	66,50%	37%	29,50%

A média inicial e final do Score Global da Funcionalidade foi de 70,75% (Problema grave) e 39,88% (Problema moderado), uma diferença 30,87%. Passando para o autocuidado, a média inicial é de 96,50% (Problema completo) e a final de 55% (Problema grave), uma diferença de 41,50%. A Aprendizagem e Funções de memória é contabilizada numa média inicial de 40% (Problema moderado) e uma final de 15% (Problema ligeiro), um diferencial de 25%. Na comunicação a média inicial foi de 80% (Problema grave) e final de 52,50% (Problema grave), com uma diferença de 27,5%. Finalmente a relação com amigos e cuidadores, a média inicial é de 66,50% (Problema grave) e de 37% (Problema moderado), uma diferença de 29,5%.

5.3 Pessoas com alteração do autocuidado do foro neurológico

Durante o estágio clínico de foro neurológico aplicou-se também a ENCS. Para a análise dos dados da população alvo recorreu-se à codificação das pessoas, pela sua avaliação inicial e final, entre os vários scores da ENCS.

No grupo de pessoas com alteração do foro neurológico foram agregados quatro estudos de caso, dois do sexo masculino, dois do feminino. A média de idades é de 66 anos. Todos com nacionalidade portuguesa, três elementos casados e um(a) viúva(o).

TABELA 12 - AVALIAÇÃO GLOBAL DAS PESSOAS COM ALTERAÇÃO DO AUTOCUIDADO DO FORO NEUROLÓGICO

ENCS	Avaliação diagnóstica	Avaliação pós interventiva	Ganhos
Score Global da Funcionalidade	58,63%	25,50%	33,13%
Autocuidado	74,25%	38%	36,25%
Aprendizagem e Funções de Memória	28,25%	11,75%	16,5%
Comunicação	58,75%	28,75%	30%
Relação com amigos e Cuidadores	73,23%	23,50%	49,73%
MIF	59,75	90	30,25

Podemos observar que no Score Global de Funcionalidade na pessoa com alterações no foro neurológico na média inicial e final temos respetivamente 58,63% (Problema grave) e 25,50% (Problema moderado, uma diferença percentual positiva de 33,13%. Ao nível do Autocuidado a média inicial apresentava uma dependência de 74,25% (Problema grave) e uma dependência final de 38% (Problema moderado), observando-se assim uma melhoria de 36,25%. Nas Aprendizagens e funções de Memória a média inicial e final são 28,25% (Problema moderado) e 11,75% (Problema ligeiro) respetivamente. Uma melhoria de 16,5%. Na comunicação a média inicial 58,75% (Problema grave) e a final 28,75% (Problema moderado), um ganho médio de 30%. Na relação com amigos e cuidadores a média inicial e final foram respetivamente 73,23% (Problema grave) e 23,50% (Problema ligeiro), evidenciando um ganho de 49,73%.

Relativamente a MIF, observamos um valor médio inicial de 59,75 pontos e final de 90 pontos. Os valores analíticos médios de ganhos funcionais foram de 30,25 pontos.

5.4 Pessoas com alteração do autocuidado do foro ortopédico

Durante o estágio clínico de foro respiratório aplicou-se também a ENCS. Para análise dos dados da população alvo recorreu-se ao Microsoft Excel com codificação das pessoas, pela sua avaliação inicial e final, entre os vários scores da ENCS.

No grupo de pessoas com alteração do foro respiratório temos um grupo de duas pessoas, ambas do sexo feminino. A média de idades deste grupo é de 80,5 anos, pelo que são ambas aposentadas. Ambas são portuguesas e casadas.

TABELA 12 - AVALIAÇÃO GLOBAL DAS PESSOAS COM ALTERAÇÃO DO AUTOCUIDADO DO FORO ORTOPÉDICO

ENCS	Avaliação diagnóstica	Avaliação pós interventiva	Ganhos
Score Global da Funcionalidade	48,50%	19,63%	28,87%
Autocuidado	61%	25%	36%
Aprendizagem e Funções de Memória	15,50%	10%	5,5%
Comunicação	27,50%	20%	7,5%
Relação com amigos e Cuidadores	90%	23,50%	66,50%

Podemos observar que no Score Global de Funcionalidade na pessoa com alterações no foro ortopédico na média inicial e final temos respetivamente 48,50% (Problema moderado) e 19,63% (Problema ligeiro), uma diferença percentual positiva de 28,87%. Ao nível do Autocuidado a média inicial apresentava uma dependência de 61% (Problema grave) e uma dependência final de 25% (Problema moderado), observando-se a uma melhoria de 36%. Nas Aprendizagens e funções de Memória a média inicial e final são 15,50% (Problema ligeiro) e 10% (Problema ligeiro) respetivamente, um ganho estatístico de 5,5%. Na comunicação a média inicial e final foram de 27,50% e 20%, sendo que os ganhos foram de 7,5%. Na relação com amigos e cuidadores a média inicial e final foram respetivamente 90% (Problema grave) e 23,50% (Problema ligeiro), sendo que houve 66,50% de ganhos.

6. Discussão

Foram respeitados três princípios na colheita de dados: a utilização de várias fontes de evidências; a criação de um banco de dados para o estudo de caso; e manutenção de um encadeamento de evidências (Yin, 2018). As fontes de evidência utilizadas foram a documentação, ou seja, os registros clínicos, registo de enfermagem e histórico de exames complementares de diagnóstico; entrevistas; observações diretas e participantes. O encadeamento de evidências tem o objetivo de aumentar a confiabilidade, e por isso, deve permitir o leitor interpretar os resultados e perceber as etapas que levaram a apresentação e discussão dos casos agora expostos.

De modo global, é possível observar ganhos funcionais em todas as dimensões da ENCS. A dimensão com mais ganhos evidenciados foi a Relação com amigos e Cuidadores.

“O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010), ou seja, o EEER procura maximizar capacidades funcionais das pessoas de modo a prevenir complicações, evitar incapacidades, melhoria de funções residuais, manter e recuperar independência nas AVD e minimizar o impacto das incapacidades.

Assim os resultados atingidos com este projeto de implementação vão em seguimento do parágrafo anterior e com as competências específicas do EEER são:

- Aumentar a autonomia da pessoa através de ensinamentos, instruções e treino de técnicas para aumentar o desempenho funcional;
- Aumentar a independência funcional;
- Aumento de amplitudes dos segmentos articulares;
- Aumento de graus de força dos segmentos musculares;
- Diminuição do stress futuro do cuidador;
- Evidenciar os ganhos sensíveis após intervenção do papel do EEER através do uso de escalas como a ENCS;
- Melhorar capacidade funcional para as AVD;
- Prevenção de complicações.

Então, para a discussão dos estudos de caso por grupo de intervenção, vão ser descritos em 4 domínios identificados na RSL realizada neste projeto.

6.1 Domínio Cognitivo

O grupo respiratório apresentava expectativas adequadas ao seu estado de saúde no momento de avaliação inicial: (“quero melhorar o que for possível”; “quero ficar menos dependente da minha família”). A família foi também incluída na tomada de decisão pelo que também foram realizadas as mesmas questões pelo que iam em concordância com o objetivo da pessoa do grupo de intervenção: (“Quero o melhor para ela/e”; “Queremos colaborar para que volte ao que era, ou ao que for possível”). O outro elemento deste grupo apresentava uma afasia global, pelo que existia também um défice da compreensão exacerbado, porém havia uma clara vontade de colaboração nos cuidados. A família aqui também se relevou essencial e capaz de colaborar no programa de reabilitação (“Gostava que ficasse melhorzinho/a”; “Se ele/a engolir bem, já ficamos contentes”).

Ao nível dos indicadores de resultados estudados foi o conhecimento sobre as pessoas com alterações do foro respiratório, pelo que as intervenções implementadas foram a avaliação inicial e funcional, assim como a recolha de antecedentes pessoais (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Avaliou-se também as necessidades da pessoa no seu domicílio (Fonseca, 2013) e também as necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); Os resultado atingidos com intervenção foi individualizada as alterações avaliadas, assim como uma maior humanização dos cuidados de ER (Ferreira & Santos, 2017); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

A melhoria da capacidade respiratória, através da consciencialização da respiração e da necessidade de descanso e relaxamento (Cordeiro & Menoita, 2012); (Gomes & Ferreira, 2017); (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Os resultados atingidos foram a redução de tensão psíquica e muscular e consciencialização do esforço exercido aumentados (Cordeiro & Menoita, 2012); (Gomes & Ferreira, 2017); (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para o objetivo da melhoria da intolerância à atividade foi realizada uma análise com a pessoa sobre a importância do repouso e da conservação de energia, bem como

ensinar estratégias adaptativas para realização dos autocuidados. Os resultados alcançados foram A consciencialização da relação entre gestão de atividade e repouso foi atingida, assim a capacidade para implementar estratégias adaptativas para as AVD (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).

Ao nível da deglutição foram realizados ensinamentos sobre o risco de aspiração, assim como técnicas compensatórias e promotoras de deglutição segura (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021); assim como gestão de tempos respiratórios-deglutição (Braga, 2017). Os resultados atingidos foram a prevenção de complicações associadas a pneumonias de aspiração e aspiração de alimentos (Braga, 2017). Atingiu-se também consciencialização entre a deglutição comprometida e o risco de aspiração (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Também para a melhoria a adesão ao regime terapêutico, foi facilitada através de intervenção da facilitação da mesma, pelos que os resultados atingidos foram a adesão ao regime terapêutico e capacidade para executar técnica inalatória aumentada (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).

Por fim, para avaliação das intervenções, foi realizada uma monitorização e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017). Foi atingida a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através da reflexão sobre, para e durante a ação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001); (Schon, 1984).

Num dos artigos da RSL do presente projeto de intervenção (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016) refere como um fator negativo a dificuldade do suporte social e o acesso a apoios sociais. Durante a implementação dos cuidados de ER houve um papel de eliminação da desvantagem por inclusão da pessoa na família e da reinserção na comunidade, que é também uma das competências do EEER (Regulamento n.º 392/2019).

O facto destes cuidados serem realizados na própria casa das pessoas, tornava a relação enfermeiro-doente mais acessível e cómodo para a própria pessoa, assim como para a família que podia estar presente, fazer questões e esclarecer dúvidas. Numa das pessoas intervencionadas foi possível diminuir a quantidade de terapêutica ansiolítica e analgésica por diminuição da ansiedade por sentir-se no ambiente familiar (“Estou muito melhor aqui que no hospital”).

Os *Outcomes* alcançados no domínio cognitivo na pessoa com alterações respiratórias foi a melhoria da capacidade de atenção e participação nos cuidados de reabilitação, bem como diminuição dos níveis de ansiedade da pessoa e da família.

A nível de ganhos médios quantificáveis, ao nível da Aprendizagem e Funções de Memória este grupo apresentava um valor médio de 40% (Problema Moderado) na avaliação inicial e de 15% (Problema Ligeiro) na avaliação final, uma diferença estatística de 25%.

No grupo neurológico encontramos vários níveis de cognição e consciencialização do estado de saúde atual. A avaliação neurológica foi realizada pela NIHSS e a Escala de Coma de Glasgow + Pupilas. As pessoas avaliadas e intervencionadas exibiam desvalorização da doença, porém quando era realizada confrontação de défices pela avaliação, havia uma consciencialização dos défices (“Realmente tenho menos sensibilidade nesta mão, parece-me encortiçada”); (“Parece-me que canso mais rápido”) e dificuldade em controlo de emoções (“Aí o que me foi acontecer Enfermeiro”); (“E agora como vou fazer a minha vida”); (“Agora vem aí a minha filha e ...” – choro). Após este descontrolo das emoções ocorreu em todas as pessoas uma grande vontade de participação no programa de reabilitação e uma procura do EEER para dar continuidade ao programa de reabilitação mesmo após a alta a UAVC e passagem para o serviço de Medicina (“Então enfermeiro, posso ir aí fazer uma ginástica?”); (“Enfermeiro, também posso ir?” – durante um treino de marcha com outra pessoa”).

Retomando a confrontação e consciencialização de défices era também estimulada e pedida a pessoa sobre se era capaz de executar os seus autocuidados em segurança e deixava-se a pessoa tentar, assegurando que o risco de complicações não era atingido (“Realmente não consigo ir sozinho a casa de banho”; “Achava que me conseguia levantar bem”) pelo que a pessoa adquiria uma maior capacidade para entender as suas incapacidades e diminuía assim o risco de quedas e outras complicações”).

Ao nível dos indicadores de resultados estudados, foi também feito o conhecimento sobre as pessoas, porém neste grupo em pessoas com alterações do foro neurológico, pelo que as intervenções implementadas foram a avaliação inicial, bem como a recolha de antecedentes pessoais (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Avaliou-se também as necessidades da pessoa no seu domicílio

(Fonseca, 2013) e também as necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); Os resultados atingidos foram uma intervenção mais individualizada as alterações avaliadas, assim como uma maior humanização dos cuidados de ER (Ferreira & Santos, 2017); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

Ao nível da deglutição foram realizados ensinamentos sobre o risco de aspiração, assim como técnicas compensatórias e promotoras de deglutição segura (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Os resultados atingidos foram a prevenção de complicações associadas a pneumonias de aspiração e aspiração de alimentos (Braga, 2017). Atingiu-se também consciencialização entre a deglutição comprometida e o risco de aspiração (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

No domínio da melhoria do equilíbrio foram realizados ensinamentos sobre a consciencialização acerca da alteração do mesmo e o risco de queda (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Os resultados atingidos foram a consciencialização da relação do equilíbrio comprometido e o risco de queda melhorados (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Não ocorram quedas.

Na melhoria da negligência unilateral, foi realizada estimulação da percepção sensorial e térmica, assim como exercícios para melhorar a percepção (terapia de espelho e treino bilateral (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020). Os resultados alcançados foram a melhoria da negligência unilateral e a melhoria da consciencialização da negligência melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020).

Por fim, para avaliação da intervenção de ER, foi realizada uma monitorização e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017), pelos que os resultados atingidos foram melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através da reflexão sobre, para e durante a ação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001); (Schon, 1984).

Relacionando com a RSL, (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020) referem que os planos de intervenção de ER baseados na comunicação, validado a TMA da Relação Enfermeiro-Utente (Lopes, 2006) otimizam os distúrbios comportamentais e estimulam a cognição, com tradução imagiológica. Também (Lin, et al., 2020) refere que os cuidados diferenciados de ER diminuem os graus de depressão e ansiedade.

Então os *Outcomes* alcançados neste grupo foi o aumento da atenção, com maior peso na consciencialização dos défices e na diminuição de ansiedade e depressão.

A nível de ganhos médios quantificáveis, ao nível do domínio da Aprendizagem e Funções de Memória recolheu-se durante a média das avaliações iniciais 28,25% (Problema Moderado) e final de 11,75% (Problema Ligeiro). Percentualmente este grupo, neste domínio obteve um ganho médio de 16,50%.

O grupo ortopédico não apresentava alterações na cognição, porém devido à dor havia uma resistência à participação do programa de RFM, pelo que o medo da dor prevenia a participação (“Não mexa em mim que senão tenho muitas dores”). Durante a intervenção do EEER era importante a asseguaração de que as mobilizações iriam apenas ao limiar da dor e que o imobilismo iria trazer limitações e complicações pelo que normalmente ocorria aceitação (“Esta bem enfermeiro, mas tenha cuidado. Devagar.”).

Ao nível dos indicadores de resultados estudados foi realizado uma colheita de dados para o conhecimento sobre as pessoas com alterações do foro ortopédico, pelo que as intervenções implementadas foram a avaliação inicial e funcional, assim como a recolha de antecedentes pessoais (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Avaliou-se também as necessidades da pessoa no seu domicílio (Fonseca, 2013) e também as necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016). Os resultados atingidos nesta população foram uma intervenção foi individualizada, as alterações avaliadas, assim como uma maior humanização dos cuidados de ER (Ferreira & Santos, 2017); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

Para a melhoria a adesão a precauções de segurança, a intervenção de ER decorreu através da análise e ensinamentos sobre precauções de segurança e prevenção de complicações (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021); (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Os resultados atingidos foi a melhoria da consciencialização entre as precauções de segurança e prevenção de complicações (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).

No domínio da melhoria da consciencialização sobre regime de reabilitação, analisou-se com a pessoa a relação entre o regime de reabilitação e a recuperação; realizou-se ensinamentos sobre o controlo da dor; consequências da imobilização e incentivou-se a adesão ao regime terapêutico. Foi atingida a consciencialização da adesão ao regime

de reabilitação e a recuperação, assim como a adesão ao regime de reabilitação melhorada (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).

Foi realizada ao fim da intervenção uma avaliação, monitorização e comprovação dos ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017). Assim foram achados ganhos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através da reflexão sobre, para e durante a ação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001); (Schon, 1984).

Relacionando com a RSL, (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020) aqui também referem que os planos de intervenção de ER baseados na comunicação, validado a TMA - Relação Enfermeiro-Utente (Lopes, 2006) otimizam os distúrbios comportamentais e estimulam a cognição, bem como (Lin, et al., 2020) diminuem os graus de depressão e ansiedade.

Os *Outcomes* com maior interesse neste grupo eram então a diminuição da ansiedade.

A nível de ganhos médios ao nível da Aprendizagem e Funções de Memória este grupo apresentava um valor médio de 15,50% (Problema Moderado) na avaliação inicial e de 10% (Problema Ligeiro) na avaliação final, uma diferença estatista de 5,5%.

6.2 Domínio Literacia e autocuidado

No grupo respiratório por haver uma grande aproximação da pessoa-família-enfermeiro, havia também uma grande adesão aos ensinamentos, às instruções e aos treinos realizados para continuação do programa de reabilitação (“Seguimos sempre as instruções que o enfermeiro deixou”). Um dos artigos da revisão (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017) menciona a importância de planeamento de programas de enfermagem de reabilitação centrados na educação da pessoa e da família. Também associado ao facto de a pessoa já se encontrar no seu contexto núcleo-familiar tornava ainda mais fácil a reinserção da pessoa na comunidade (“Já consegui ir dar uma curta caminhada com a minha família”; “já realizada uma refeição bem com a gente”). Uma das dificuldades encontradas na RSL após passagem do cuidado hospitalar para os cuidados domiciliários foi a continuação de programas de reabilitação (Radu, et al., 2021), pelo que muitos deles abandonavam os cuidados de reabilitação por acharem que já não

necessitam ou que não queriam continuar, pelo que pela intervenção específica e individualizada do EEER houve uma forte adesão aos cuidados.

Ao nível dos indicadores de resultados estudados foi realizado, manteve-se o conhecimento sobre as pessoas com alterações do foro respiratório, pelo que as intervenções implementadas foram a avaliação inicial e funcional, assim como a recolha de antecedentes pessoais (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Avaliou-se também as necessidades da pessoa no seu domicílio (Fonseca, 2013) e também as necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); Os resultados atingidos foram uma intervenção individualizada as alterações avaliadas, assim como uma maior humanização dos cuidados de ER (Ferreira & Santos, 2017); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

Neste indicador de resultados, a melhoria do autocuidado: banho, a intervenção de ER passou por analisar junto da pessoa a capacidade para tomar banho; ensinar, instruir e treinar o tomar banho, o utilizar dispositivos de adaptação para tomar banho, bem como adaptação do domicílio.; (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021). Os resultados alcançados foram a capacidade para tomar banho melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa para tomar banho melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Na melhoria do autocuidado: Vestir-se/ Despir-se, foi analisado com a pessoa a capacidade vestir-se/despir-se; foram realizados ensinamentos, instruídos e treinados técnica de adaptação para vestir-se/ despir-se. Ensinar, instruir e treinar também estratégias de gestão de energia, vigilância da atividade física e o planeamento do repouso. Os resultados atingidos neste grupo foram a Capacidade para vestir-se/despir-se melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa para vestir-se/despir-se melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

No autocuidado: Arranjar-se foi analisado com a pessoa a capacidade para se arranjar; foram realizados ensinamentos, instruídos e treinados técnica de adaptação para se arranjar. Os resultados foram a capacidade para se arranjar melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa para se arranjar melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Finalmente, foi realizada uma avaliação, uma monitorização das intervenções e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017), pelo que os objetivos

atingidos com a avaliação foram a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através da reflexão sobre, para e durante a ação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001); (Schon, 1984).

Os *Outcomes* alcançados neste grupo foram a Educação aos familiares; Adequação dos cuidados de acordo com as necessidades humanas; Menos sedentarismo e aumento da qualidade de vida da pessoa.

A nível de ganhos quantitativos do grupo respiratório na comunicação, obteve-se um ganho médio de 27,50% e na Relação com Amigos e Cuidadores de 29,50%.

No grupo neurológico ocorreram dois fenómenos diferentes. Pessoas com lesão no cérebro hemisfério direito, particularmente as na artéria cerebral média desvalorizam os défices (“Isto lá em casa depois eu faço”). Aqui também a confrontação aos défices, assim como a consciencialização permitiu aumentar a literacia em saúde da pessoa, assim como melhorar o autocuidado (“Assim é mais fácil”). Já no outro grupo, apresentavam afasias (comum em lesões do hemisfério esquerdo da artéria cerebral média), pelo que a compreensão se encontrava afetada. Nestas pessoas havia uma necessidade de demonstração e instruções dirigidas a própria pessoa.

Neste grupo a interação Enfermeiro-Utente (Lopes, 2006) foi determinante em especial neste grupo pelas alterações de linguagem ou pela desvalorização do evento. A Comunicação, com estímulo na função cognitiva (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020), assim como a identificação dos défices, a individualização dos défices e a humanização dos cuidados (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016) provou influenciar de forma positiva a qualidade da vida da pessoa. Também a utilização de produtos de apoio (Hassett, et al., 2020) e ensino de ensinamentos de estratégias provou ser eficaz no aumento da mobilidade e desincentivador do padrão de sedentarismo.

Ao nível dos indicadores de resultados estudados foram: O conhecimento sobre as pessoas com alterações do foro neurológico, pelo que as intervenções implementadas foram a avaliação inicial e funcional, bem como a recolha de antecedentes pessoais (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Avaliou-se também as necessidades da pessoa no seu domicílio (Fonseca, 2013) e também as necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); Os resultados atingidos: A

intervenção foi individualizada; as alterações avaliadas; e uma maior humanização dos cuidados de ER (Ferreira & Santos, 2017); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

- Na melhoria do autocuidado: banho, a intervenção de ER passou por analisar junto da pessoa a capacidade para tomar banho; ensinar, instruir e treinar o tomar banho, o utilizar dispositivos de adaptação para tomar banho, assim como adaptação do domicílio.; (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).
 - **Resultados atingidos:** Capacidade para tomar banho melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa para tomar banho melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
- Na melhoria do autocuidado: Vestir-se/ Despir-se, foi analisado com a pessoa a capacidade vestir-se/despir-se; foram realizados ensinamentos, instruídos e treinados técnica de adaptação para vestir-se/ despir-se. Ensinar, instruir e treinar também estratégias de gestão de energia, vigilância da atividade física e o planeamento do repouso (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)
 - **Resultados atingidos:** Capacidade para vestir-se/despir-se melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa para vestir-se/despir-se melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
- No autocuidado: Arranjar-se foi analisado com a pessoa a capacidade para se arranjar; foram realizados ensinamentos, instruídos e treinados técnica de adaptação para se arranjar (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
 - **Resultados atingidos:** Capacidade para se arranjar melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa para se arranjar melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Para a avaliação, foi realizada uma monitorização e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017). Os resultados foram a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através da reflexão sobre, para e durante a ação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001); (Schon, 1984).

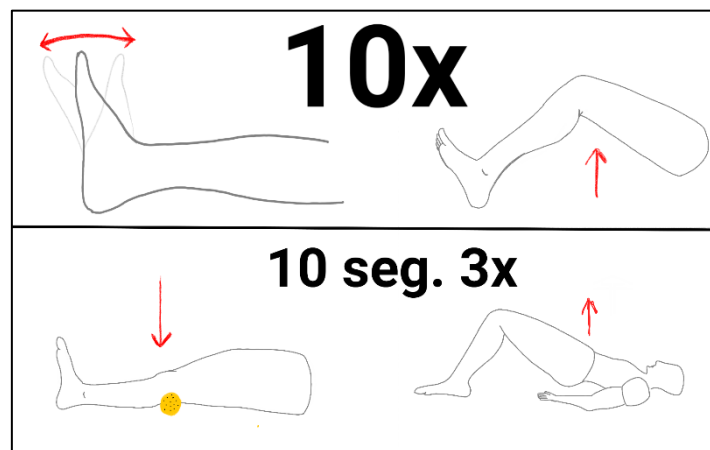
Então os *Outcomes* alcançados neste grupo foram a Adequação do cuidado as necessidades individuais, menor sedentarismo e aumento da qualidade de vida.

Ao nível de ganhos quantitativos médios, no domínio da comunicação apresentaram um ganho médio de 30%. Na relação com amigos e cuidadores surge ganhos de 49,73%.

O grupo ortopédico apresentava uma grande resistência à participação devido a dor. Neste grupo é muito importante a prevenção do imobilismo, pelo que são realizados ensinamentos, instruídos e ensinados as pessoas de forma consistente e sistemática (“Não tenho feito os exercícios porque me vai doer”). Através da mobilização passiva e ativa-assistida permitia a pessoa conhecer onde alcança o limite da dor e assim promover o autoconhecimento das amplitudes permitidas.

Também foi criado um Esquema de exercícios para a pessoa submetida a ATA e fraturas maleolares para promover e lembrar exercícios para mobilização ativa do membro inferior.

FIGURA 6 - ESQUEMA DE EXERCÍCIOS PARA A PESSOA SUBMETIDA A ATA E FRATURAS MALEOLARES



Ao nível dos indicadores de resultados estudados foram:

O conhecimento sobre as pessoas com alterações do foro ortopédico, pelo que as intervenções implementadas foram a avaliação inicial e funcional, assim como a recolha de antecedentes pessoais (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Avaliou-se também as necessidades da pessoa no seu domicílio (Fonseca, 2013) e também as necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); Os resultados atingidos neste grupo de intervenção foi a individualização dos cuidados para alterações, como uma maior humanização dos cuidados de ER (Ferreira & Santos, 2017); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Para objetivo da melhoria do autocuidado: banho, a intervenção de ER passou por analisar junto da pessoa a capacidade para tomar banho; ensinar, instruir e treinar o tomar banho, o utilizar dispositivos de adaptação para tomar banho, assim como adaptação do domicílio.; (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021). Os resultados atingidos foram a capacidade para tomar banho melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa para tomar banho melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Na melhoria do autocuidado: Vestir-se/ Despir-se, foi analisado com a pessoa a capacidade vestir-se/despir-se; foram realizados ensinamentos, instruídos e treinados técnica de adaptação para vestir-se/ despir-se. Ensinar, instruir e treinar também estratégias de gestão de energia, vigilância da atividade física e o planeamento do repouso. Os resultados foram a Capacidade para vestir-se/despir-se melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa para vestir-se/despir-se melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Para o autocuidado: Arranjar-se as intervenções implementadas foram a análise com a pessoa a capacidade para se arranjar; foram realizados ensinamentos, instruídos e treinados técnica de adaptação para se arranjar. Os resultados atingidos foram a capacidade para se arranjar melhorada; Conhecimento sobre técnica adaptativa para se arranjar melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Por fim, para a avaliação, foi realizada uma monitorização e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017), pelo que se obteve uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através da reflexão sobre, para e durante a ação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001); (Schon, 1984).

Os *Outcomes* de enfermagem atingidos foram a adequação do cuidado de acordo com as necessidades individuais, diminuição do sedentarismo e a melhoria da qualidade de vida.

A nível de ganhos quantitativos do grupo respiratório na comunicação obteve-se um ganho médio de 7,5% e na Relação com Amigos e Cuidadores de 66,50%.

6.3 Domínio Funcional

Começando pelo grupo respiratório, a intervenção do EEER teve evidentemente ganhos ao nível funcional. Começando pela gestão da tolerância ao esforço ao nível dos autocuidados e nas AVDs (“já consigo ir ao chuveiro sozinho”; “Já se alimenta sem se cansar”). A relação enfermeiro-utente (Lopes, 2006) associada ao treno motor com foco no equilíbrio, no levantar/sentar (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020) demonstrou-se determinante para ganhos neste domínio. Otimizou a funcionalidade, assim como a função motora.

Para este domínio, manteve-se como indicador de resultados o conhecimento sobre as pessoas com alterações do foro respiratório, pelo que as intervenções implementadas foram a avaliação inicial e funcional, assim como a recolha de antecedentes pessoais (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Avaliou-se também as necessidades da pessoa no seu domicílio (Fonseca, 2013) e também as necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); Os resultados atingidos com estas intervenções, foram intervenções de enfermagem mais individualizadas as alterações avaliadas, assim como uma maior humanização dos cuidados de ER (Ferreira & Santos, 2017); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

Na melhoria da capacidade respiratória foram realizadas as seguintes intervenções de enfermagem: reeducação diafragmática e costal; técnicas de otimização da ventilação; ensinado, instruído e treinado uso de espirómetro de incentivo; mecanismo de limpeza de vias aéreas (Cordeiro & Menoita, 2012); (Gomes & Ferreira, 2017); (Ordem dos Enfermeiros, 2018); (Ordem dos Enfermeiros, 2015b); (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021). Os resultados alcançados foram a correção dos défices respiratórios; melhoria da ventilação alveolar; asseguradas e mantidas permeabilidade alveolares; Impedido o desenvolvimento de aderências pleurais e por isso melhorada mobilidade costal e diafragmática; Ventilação melhorada; Conhecimento sobre técnica respiratória melhorada; Conhecimento sobre dispositivos respiratórios (espirómetro de incentivo) melhorada (Cordeiro & Menoita, 2012); (Gomes & Ferreira, 2017); (Ordem dos Enfermeiros, 2018); (Ordem dos Enfermeiros, 2015b); (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).

Para o objetivo aumento da capacidade física (força muscular), foram realizados ensino e treino de exercícios isotônicas (concêntricas positivas e negativas) (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020); (Lin, et al., 2020). Mobilizações passivas; ativas-assistidas e ativas resistidas; Desenvolvimento de atividades terapêuticas como rolar e ponte de glúteos (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Hassett, et al., 2020); Também foi realizado treino motor com foco no equilíbrio, no sentar/levantar e no treino de marcha (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020). Os resultados atingidos foram prevenidas complicações relacionadas com o imobilismo; aumentados os graus de força e funções motoras e aptidão física global (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Lin, et al., 2020); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020).

Na melhoria do estado funcional (equilíbrio corporal) foi realizado treino de levantar/sentar sem apoio de mãos (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021) e ensinado, instruído e treinado sobre técnica de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Os resultados alcançados foram a manutenção e melhoria do equilíbrio estático e dinâmico; melhoria do equilíbrio automático (Coelho, Barros, & Sousa, Reeducação da Função Sensoriomotora, 2017); (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) Melhoria da marcha e do uso simétrico dos membros inferiores (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021).

No objetivo de melhoria da função da deglutição, a intervenção da ER passou pelo posicionamento e técnicas posturais, estimulação sensitiva, pela deglutição forçada e exercícios de fortalecimento muscular. Foi realizado também adequação e alterações da dieta e respetiva consistência. Os resultados foram a deglutição melhorada; (Braga, 2017); (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)

Na melhoria da limpeza da via aérea, as intervenções de enfermagem centraram-se no ensinar, na instrução e treino de tosse dirigida e assistida (Cordeiro & Menoita, 2012) e na limpeza da via aérea (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021). Os resultados alcançados foram a limpeza da via aérea melhorada, assim como capacidade para executar técnicas de limpeza de via aérea melhorada (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021); (Cordeiro & Menoita, 2012).

Na melhoria do andar a intervenção de ER foi de assistir a pessoa no andar e na adaptação no andar (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Os resultados alcançados foram a capacidade para andar melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021); (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).

Por fim a avaliação para a intervenção de ER, foi realizada uma monitorização e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017). Os resultados alcançados foram a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através da reflexão sobre, para e durante a ação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001); (Schon, 1984).

Os *Outcomes* alcançados com este grupo foram a maior mobilidade, ganhos na realização das AVD e ganhos muscular.

Relativamente a ganhos quantitativos do Score Global da Funcionalidade 70,75% inicial e diminui-se a dependência para 39,88% (um ganho percentual de 30,87%) e em relação ao Autocuidado inicial de 96,50% e diminui-se para 37% (ganho de 29,50%).

O grupo neurológico atravessou um processo de transição rápida, ou seja, passaram de uma independência funcional para dependência. A RFM, associada a estratégias para colmatar os difíceis motores homolaterais tem um grande impacto. Também os ensinamentos, as instruções e o treinar a função respiratória permite a pessoa gerir melhor o seu esforço para conseguir completar os seus autocuidados de modo seguro e em tempo adequado.

Neste grupo, também a relação enfermeiro-utente (Lopes, 2006) associada ao trono motor com foco no equilíbrio, no levantar/sentar (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020) demonstrou-se determinante para ganhos neste domínio. Também a terapia com espelho (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020) demonstrou-se eficaz na melhoria da função motora do membro superior, assim como a imaginação de movimentos (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021) otimizou a funcionalidade, bem como a função motora.

O conhecimento sobre as pessoas com alterações do foro respiratório, pelo que as intervenções implementadas foram a avaliação inicial e funcional, assim como a recolha de antecedentes pessoais (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Avaliou-se também as necessidades da pessoa no seu domicílio (Fonseca, 2013) e também as necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); Os resultados atingidos foram uma intervenção foi individualizada as alterações

avaliadas, assim como uma maior humanização dos cuidados de ER (Ferreira & Santos, 2017); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

O indicador de resultado a melhoria da paresia facial foi realizada estimulação tátil e térmica, massagem dos músculos da face; ensinar, instruir e treinar exercícios musculares da face. Os Resultados atingidos foram: Paresia facial melhorada e melhoria da simetria facial (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Para o aumento da capacidade física (força muscular), foram realizados ensino e treino de exercícios isotônicas (concêntricas positivas e negativas) (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020); (Lin, et al., 2020). Mobilizações passivas; ativas-assistidas e ativas resistidas; Desenvolvimento de atividades terapêuticas como rolar e ponte de glúteos (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Hassett, et al., 2020); Também foi realizado treino motor com foco no equilíbrio, no sentar/levantar e no treino de marcha (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020). Os resultados a intervenção foram a prevenção de complicações relacionadas com o imobilismo; aumentados os graus de força e funções motoras e aptidão física global (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Lin, et al., 2020); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020).

Na melhoria da função da deglutição, a intervenção da ER passou pelo posicionamento e técnicas posturais, estimulação sensitiva, pela deglutição forçada e exercícios de fortalecimento muscular. Foi realizado também adequação e alterações da dieta e respetiva consistência (Braga, 2017). Os resultados atingidos foram a deglutição melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021);

Na melhoria do estado funcional (equilíbrio corporal) foi realizado treino de levantar/sentar sem apoio de mãos (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021) e ensinado, instruído e treinado sobre técnica de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Os resultados atingidos foram a manutenção e melhoria do equilíbrio estático e dinâmico; melhoria do equilíbrio automático (Coelho, Barros, & Sousa, Reeducação da Função Sensoriomotora, 2017); (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) Melhoria da marcha e do uso simétrico dos membros inferiores (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021).

Na melhoria do andar a intervenção de ER foi de assistir a pessoa no andar e na adaptação no andar. Os resultados atingidos foram a capacidade para andar melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021); (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021).

Para a avaliação, foi realizada uma monitorização e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017). Os resultados foram a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através da reflexão sobre, para e durante a ação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001); (Schon, 1984).

Os *Outcomes* alcançados neste grupo foram: Maior mobilidade; Ganhos na realização de AVD; Ganhos de força e equilíbrio.

Os dados estatísticos do Score Global da Funcionalidade inicial foram de 58,63% e final 25,50%, ou seja, um ganho médio de 33,13%. Relativamente ao Autocuidado no momento de avaliação 74,25% e final 38%, dando assim um ganho médio de 36,25%. Ao nível dos valores MIF apresentavam um score inicial medio de 59,75/126 e final de 90/126.

O grupo ortopédico apresenta uma grade dependência funcional na fase pós-operatória. Como já descrito, pela limitação a dor, ou por ansiedade da dor. Realizando mobilizações suaves e contínuas é possível diminuir a reação à dor, bem como a própria dor e obter maior colaboração e maior funcionalidade. Também o ensino de estratégias provou ser eficaz na capacitação da pessoa.

O conhecimento sobre as pessoas com alterações do foro respiratório, pelo que as intervenções implementadas foram a avaliação inicial e funcional, assim como a recolha de antecedentes pessoais (Gomes & Ferreira, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Avaliou-se também as necessidades da pessoa no seu domicílio (Fonseca, 2013) e também as necessidades sociais (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); Os resultados atingidos foram a intervenção foi individualizada as alterações avaliadas, como uma maior humanização dos cuidados de ER (Ferreira & Santos, 2017); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016).

No aumento da capacidade física (força muscular), foram realizados ensinamentos e treino de exercícios isotónicos (concêntricas positivas e negativas) (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020); (Lin, et al., 2020). Mobilizações passivas; ativas-assistidas e

ativas resistidas; Desenvolvimento de atividades terapêuticas como rolar e ponte de glúteos (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Hassett, et al., 2020); Também foi realizado treino motor com foco no equilíbrio, no sentar/levantar e no treino de marcha (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020). Os resultados atingidos foram prevenidas complicações relacionadas com o imobilismo; aumentados os graus de força e funções motoras e aptidão física global (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Lin, et al., 2020); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020).

Para a melhoria do estado funcional (equilíbrio corporal) foi realizado treino de levantar/sentar sem apoio de mãos (Coelho, Barros, & Sousa, 2017); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021) e ensinado, instruído e treinado sobre técnica de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). Os resultados alcançados foram a manutenção e melhoria do equilíbrio estático e dinâmico; melhoria do equilíbrio automático (Coelho, Barros, & Sousa, Reeducação da Função Sensoriomotora, 2017); (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) Melhoria da marcha e do uso simétrico dos membros inferiores (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021).

Para a melhoria do transferir-se foi analisada com a pessoa a relação entre o uso do dispositivo de apoio e autonomia para se transferir-se, assim com ensinar, instruir e treinar a utilização do mesmo. Os resultados atingidos foram a capacidade para usar dispositivo de apoio melhorada e capacidade para prevenir complicações melhorada (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).

Na melhoria do andar com auxiliar de marcha a intervenção de ER foi de assistir a pessoa no andar com auxiliar de marcha, assim como ensinar, instruir e treinar. Os resultados alcançados foram a capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).

Finalmente, para a avaliação, foi realizada uma monitorização e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017). Os resultados atingidos foram a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através da reflexão sobre, para e durante a ação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001); (Schon, 1984).

Os *Outcomes* atingidos neste grupo foram os aumentos de mobilidades, ganhos nas atividades de vida diária e aumento dos graus de força.

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Relativamente aos ganhos estatísticos relativamente ao Score Global da Funcionalidade observam-se ganhos percentuais de 28,87% e ao nível do autocuidado de 36%.

Terminamos assim com a tabela seguintes com recomendações para a prática clínica, nos domínios cognitivos; literacia e autocuidado; e funcional e respetivos ganhos.

TABELA 13 - RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Domínio de intervenção	Outcomes achados na RSL	Intervenções de ER durante estágio clínico/Recomendações	Ganhos
Cognitivo (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017); (Lin, et al., 2020); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021).	Melhoria da capacidade de atenção, raciocínio	- A avaliação inicial; recolha de antecedentes pessoais, necessidades da pessoa no seu domicílio e também as necessidades sociais junto da pessoa e família (Gomes & Ferreira, 2017); (Ordem dos Enfermeiros, 2016); (Fonseca, 2013). - Ensinos sobre o risco de aspiração e técnicas compensatórias e promotoras de deglutição segura e sobre a consciencialização acerca da alteração do equilíbrio e o risco de queda (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). - Estimulação da perceção sensorial e térmica, assim como exercícios para melhorar a perceção através do uso de terapia de espelho e treino bilateral (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). - Monitorização e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017).	Aprendizagem e Funções de Memória: ganho médio de 25% na ENCS. Aumento da atenção, da consciencialização dos défices e diminuição de ansiedade e depressão.
	Menor nível de ansiedade e depressão		
Literacia e autocuidado (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); (Lin, et al., 2020). (Hassett, et al., 2020); (Radu, et al., 2021); (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021). (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020) (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020).	Educação aos familiares	- A avaliação inicial; recolha de antecedentes pessoais, necessidades da pessoa no seu domicílio e também as necessidades sociais junto da pessoa e família (Gomes & Ferreira, 2017); (Ordem dos Enfermeiros, 2016); (Fonseca, 2013). - No autocuidado: banho, a intervenção de ER passou por analisar junto da pessoa a capacidade para tomar banho; ensinar, instruir e treinar o tomar banho, o utilizar dispositivos de adaptação para tomar banho, assim como adaptação do domicílio a pessoa e família/ cuidador (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021). - No autocuidado: Vestir-se/ Despir-se e Arranjar-se, foi analisado com a pessoa essa capacidade; foram realizados ensinos, instruídos e treinados técnica de adaptação à pessoa e a família/cuidador (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). - Ensinar, instruir e treinar também estratégias de gestão de energia, vigilância da atividade física e o planeamento do repouso (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021). - Monitorização e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017).	Comunicação: Ganho médio de 30% na ENCS. Relação com amigos e cuidadores: Ganhos de 49,73% na ENCS. Adequação do cuidado as necessidades individuais, menor sedentarismo e aumento da qualidade de vida.
	Adequação do cuidado de acordo com as necessidades humanas		
	Menor sedentarismo		
	Aumenta a qualidade de vida da pessoa		
Funcional (Xiao, Li, Yang, & Liu, 2020); (Chaudhuri, Bhidayasiri, & Laar, 2016); (Hassett, et al., 2020); (Navdeep, Gurbir, Rawat, & Sulena, 2020); (Radu, et al., 2021); (Lin, et al., 2020). (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017) (Yin, Wang, Ding, & Shi, 2021)	Maior mobilidade.	- A avaliação inicial; a recolha de antecedentes pessoais, necessidades da pessoa no seu domicílio e também as necessidades sociais junto da pessoa e família (Gomes & Ferreira, 2017); (Ordem dos Enfermeiros, 2016); (Fonseca, 2013). - Para a paresia facial foi realizada estimulação tátil e térmica, e massagem dos músculos da face, assim como ensinar, instruir e treinar exercícios musculares da face (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). - Na função da deglutição, treino do posicionamento e de técnicas posturais, estimulação sensitiva, a deglutição forçada e exercícios de fortalecimento muscular. Foi realizado também adequação e alterações da dieta e respetiva consistência (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021). - Para o aumento da capacidade física (força muscular), foram realizados ensino e treino de exercícios isotónicas, realização de mobilizações passivas; ativas-assistidas e ativas resistidas; rolar e ponte de glúteos (Coelho, Barros, & Sousa, 2017). - Treino motor com foco no equilíbrio, no sentar/levantar sem apoio de mãos e no treino de marcha treinado sobre técnica de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé), e no andar, o assistir a pessoa no andar e na adaptação no andar (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021). (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021). - Monitorização e comprovados os ganhos obtidos (Ferreira & Santos, 2017).	Score Global da Funcionalidade: ganho médio de 33,13% na ENCS. Autocuidado: ganho médio de 36,25%. Ao nível dos valores MIF apresentavam um score inicial medio de 59,75/126 e final de 90/126. Maior mobilidade, maior independência funcional das AVD e aumento dos graus de força.
	Ganhos na execução das AVDs		
	Maior força muscular e equilíbrio		

7. Análise reflexiva sobre as competências adquiridas

Estando nós na fase final do mestrado, realizamos neste capítulo uma análise reflexiva sobre as competências que adquiri ao longo do mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Esta análise será estruturada do geral para o específico. Primeiramente, uma análise das competências de mestre, após isso as competências de enfermeiro especialista e finalmente sobre as competências de EEER.

O motivo de inscrição e participação num Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foi multifatorial, com fatores positivos e negativos, internos e externos pelo que, neste momento reflexivo, expomos uma análise SWOT.

TABELA 14 - ANÁLISE SWOT - MOTIVAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM MESTRADO

S	<ul style="list-style-type: none">• Experiência na área de mestrado• Interesse pela área	W	<ul style="list-style-type: none">• Contexto pandémico• Sobrecarga horária Trabalho/ escola
O	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento profissional• Prestação de Cuidados Especializados	T	<ul style="list-style-type: none">• Aulas a distância por <i>medium</i> digital• Distância de habitação ao local de ensino

Antes de mencionar as competências, consideramos importante fazer uma reflexão pessoal (Relkic, Pajnikiharm, & Fekonja, 2019). O aumento do conhecimento conduz a um aumento de autonomia no momento de tomada de decisão. O mestrado em ER deu-nos um leque mais variado de competências e aptidões. Particularmente durante os estágios clínicos, tivemos muito momentos de reflexão nas várias etapas em que se desenvolveu (Schon, 1984). A nível profissional, a consciencialização da importância que os cuidados especializados têm na pessoa. As pessoas depositam nos EEER uma enorme confiança e apoiam-se nestes, para participar em programas de reabilitação individualizados de modo a serem capazes de suprimir os seus défices funcionais. Com todo este novo conhecimento, adquirimos assim uma nova visão sobre a pessoa. A pessoa é, efetivamente, mais que a soma das suas partes e como alunos de ER conseguimos ver mais claramente os problemas da pessoa, criar diagnósticos e intervir de um modo mais eficaz. Obtivemos um vasto desenvolvimento profissional, pelo que sentimos que mesmo a nossa interação com a pessoa mudou drasticamente e entendemos a responsabilidade de ser detentor de um nível de estudos e conhecimento superiores.

Durante o Curso de Mestrado foi evidente a necessidade de desenvolver e aprofundar os conhecimentos desenvolvidos durante a licenciatura (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006). A área do conhecimento da Enfermagem de Reabilitação tem uma abrangência em todas as fases do ciclo de vida, em quase todas as condições de saúde do ser humano. Já existem muitos domínios e competências que um enfermeiro tem de dominar, pelo que desenvolver competências em cima dessa base de conhecimentos foi um desafio complexo. Pela investigação, participação no mestrado e em ensaios clínicos, fomos capazes de criar um novo leque de competências e capacidades específicas.

Competências de Mestre

Durante o percurso académico de mestrado, estudamos e desenvolvemos sobre os conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo de estudos superiores, nomeadamente, a licenciatura em Enfermagem. Esta é a primeira imposição para a concessão do título de mestre (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006). Com este percurso, que acabou por não ser apenas académico, mas também de descoberta pessoal, fomos capazes de aumentar os nossos níveis de conhecimento de modo a sermos capazes, de forma autónoma, aumentarmos as nossas competências prático-científicas. Com este contributo, esperamos aumentar e inspirar nos outros enfermeiros a importância da descrição dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (Poorchangizi, Borhani, Abbaszadeh, Mirzaee, & Farokhzadian, 2019).

Durante os ensinamentos clínicos, tivemos oportunidades supervisionadas de aplicação de novas aptidões e competências. Estes estágios clínicos foram muitas vezes pouco ou nada familiares, com equipas multidisciplinares, que exigiram um domínio de linguagem científica e domínio da descrição de competências especializadas. Também junto da pessoa ou até mesmo com familiares/cuidadores, pelo que houve uma necessidade importante de adequar a informação pertinente de forma clara e sem ambiguidades em diferentes situações (Lopes, 2006).

Com este aumento de competências, adquirimos estratégias para melhor nos adaptarmos a situações mais complexas e com maior sentido crítico (Jiménez-Gomes, Cárdenas-Becerril, Velásquez-Oyola, Carrillo-Pineda, & Barón-Días, 2019), tornando-

nos assim mais proficientes no reconhecimento de padrões de alterações funcionais e cognitivas, mesmo com informação limitada.

Para isso, recorreu-se ao modelo de autocuidado (Orem, 2003) no sentido de criar uma relação reabilitadora centrados nos autocuidados. Também se recorreu a TMA de Lopes, no sentido de articular os cuidados de enfermagem de reabilitação, com uma relação enfermeiro-utente (Lopes, 2006). No sentido de auxiliar as pessoas nos períodos de transição, implementou-se nos cuidados de ER a teoria das transições durante os ensinamentos clínicos (Meleis, 2010). Utilizou-se a metodologia dos estudos de caso de Robert Yin para a recolha de informação, realização e análise dos estudos de casos clínicos (Yin, 2018). Coadjuvante a isto, recorreu-se também à recolha de informação e avaliação da pessoa e resultados da intervenção a ENCS (Fonseca, 2013) e a MIF (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Todas estas competências permitiram e continuarão a permitir, neste percurso de contínua aprendizagem, de mestria contínua de habilidades e capacidades, ao longo da nossa carreira profissional e académica, prosseguir este percurso de autoaprendizagem e autodesenvolvimento (Padilha, et al., 2021).

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de saúde de enfermagem assumem progressivamente uma maior importância nos cuidados de saúde, na comunidade, na família e no indivíduo. Sendo a diferenciação e a especialização uma realidade cada vez mais comum entre os enfermeiros, também aumenta assim a exigência técnica e científica. O enfermeiro especialista é aquele que a quem a OE reconhece competências científicas, técnicas e humanas, numa de seis áreas de especialização. As competências comuns dos enfermeiros especialistas, que se encontram abaixo enunciadas, têm o objetivo final de permitir avançar e melhorar de forma contínua a profissão (Regulamento n.º 140/2019).

Responsabilidade profissional, ética e legal:

Nesta competência desenvolvemos sempre uma prática profissional, ética e legal em todos os nossos cuidados de enfermagem de Reabilitação, agindo de acordo com as normas legais. Foram construídas estratégias de resolução de problemas com a pessoa, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, de comunicação eficaz e adaptada aos níveis de literacia em saúde (Lopes, 2006). Estes processos de tomada de decisão foram baseados em literatura científica e em discussões com os enfermeiros orientadores (visto que ainda me encontro num processo de aquisição de experiência), mas também com a pessoa, oferecendo sempre um leque de opções, sugerindo o mais eficaz, com maior grau de evidência e taxa de sucesso (Regulamento n.º 140/2019).

Durante a recolha de informação para a realização estudos de caso (Yin, 2018), foi garantida o direito à privacidade e à proteção da pessoa, bem como o dever de sigilo. Tivemos também sempre em conta os princípios da autonomia, assim como o código deontológico da profissão sempre presente (Sousa, Martins, & Novo, 2020); (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Existe liberdade científica para a investigação científica sendo em benefício da pessoa e dos processos decorrentes da ciência e tecnologia. Esta tem de estar inserida nos princípios éticos presentes na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Durante os estágios clínicos foi respeitada a autonomia da pessoa e quando não foi possível o consentimento, foram tomadas medidas de modo a salvaguardar os seus direitos e interesses, ou seja, a recolha de informação recorreu da prática de cuidados de ER que eram do benefício direto da saúde da pessoa (UNESCO, 2006).

O EEER assume e assegura a defesa, o respeito dos Direitos Humanos. Este direito à proteção dos direitos humanos e da dignidade humana é essencial e integra um dos direitos fundamentais dos direitos humanos (ONU, 1948). Ao longo dos estágios clínicos fomentamos o respeito pelo direito à privacidade, o direito ao acesso de informação escrita e oral, o direito à escolha e à autodeterminação dos cuidados de saúde especializados, assim como o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas.

Foram cumpridas e explicadas as responsabilidades profissionais dos enfermeiros a todas as pessoas a quem prestamos cuidados. A profissão de enfermagem tem uma grande responsabilidade na dignidade da pessoa, no respeito da pessoa, das suas ideias, dos seus costumes e das suas crenças. As pessoas são o corpo de trabalho da enfermagem, devemos a elas a maior excelência dos cuidados humanos e científicos. Foram auferidos os resultados da tomada de decisão, os mesmos avaliados e descritos.

Foram analisadas com a pessoa os potenciais riscos no sentido de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões éticas e deontológicas, assim como preventivamente, foram implementadas medidas de prevenção e segurança. Sempre que observamos incidentes que colocassem a prática insegura, foram identificadas as práticas de risco e acompanhadas de modo a prevenir recorrência (Regulamento n.º 140/2019).

Domínio da melhoria contínua da qualidade:

Para nós, este é um dos domínios que elevam a profissão à disciplina científica. Durante todos os estágios, tivemos a oportunidade de participar em programas de melhorias contínuas das instituições e dos serviços por onde exercemos (Regulamento n.º 140/2019). Dado o contexto especializado dos estágios clínicos, foram implementados conhecimentos avançados, assim como divulgadas as experiências e evidenciados os ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Para isso foi criada uma tabela com os resultados da RSL, realizada para este projeto, e associadas as recomendações para a prática clínica. Ficamos com estes estágios clínicos mais ricos, pela incorporação dos conhecimentos na área da qualidade e na prestação de cuidados.

Desenvolvemos práticas de qualidade, pelas quais nos guiamos, pela prática baseada na evidência científica (Pereira, 2016), refletimos para a ação, na ação e sobre ação (Schon, 1984), proporcionando um ambiente terapêutico e seguro progressivamente melhor (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Também participamos e colaboramos em atividades de melhoria de qualidade de serviços, onde realizamos os estágios clínicos, assim como identificamos oportunidades de melhoria, bem como as prioridades das mesmas.

Também é da competência do enfermeiro especialista a promoção de ambientes físicos, psicossociais, culturais e espirituais promotores de segurança e proteção das

peçoas. A gestão do ambiente centrado na pessoa é uma condição imprescindível para a efetividade terapêutica e prevenção de acidentes. Foram assim asseguradas a aplicação dos princípios farmacológicos, da ergonomia e tecnológicos de modo a identificar possíveis risco aos profissionais e às pessoas.

Domínio da gestão dos cuidados:

O Enfermeiro Especialista na sua carteira de domínios detém capacidades de gestão; quer gestão de recursos humanos, de recursos físicos e de tempo (Ventura-Silva, et al., 2021); (Ribeiro, Vieira, Cunha, Dias, & Martins, 2016). Durante os nossos estágios clínicos, gerimos os nossos cuidados de modo a otimizar e melhorar a resposta da equipa de enfermagem e articulamos com toda a equipa de saúde de forma clara e eficaz. O EEER gere os cuidados nos locais onde exerce a sua *praxis*, otimiza a resposta da equipa de enfermagem e de saúde e garante e assegura a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Regulamento n.º 140/2019).

Por estarmos num percurso de ensino avançado, adaptamos a nossa liderança e gestão de recursos às situações em que nós encontrávamos, de modo a melhorar os cuidados à pessoa, à sua família e/ ou cuidador. Foi especialmente difícil este último, dada a situação pandémica atual, pelo que foi necessário fazer uma séria gestão de tempo e horários de modo a dar uma resposta adequada. Mesmo assim, colaboramos nas decisões da equipa de saúde, aumentamos a informação para a melhoria da tomada de decisão, supervisionamos as tarefas delegadas e garantimos a segurança dos profissionais e das pessoas.

O EEER adequa os recursos às necessidades dos cuidados, pelo que esta competência se tornou mais evidente, desde o surgimento da situação pandémica atual (Chaves, 2020). As intervenções foram adequadas às necessidades e implementadas de acordo com os recursos disponíveis, de acordo com a legislação, políticas e procedimentos internos. Para isto, adotou-se um estilo de liderança nos locais de estágio, favorecendo a resposta de grupo e das pessoas, reconhecendo os papéis e funções de todos os membros da equipa, fomentado um ambiente positivo e as boas práticas.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio é importante visto que nos revemos nele. O desenvolvimento do autoconhecimento é um processo humano. A curiosidade incessante leva-nos a procurar saber mais, a ir mais longe com os conhecimentos que foram deixados por outros (Carmo & Ferreira, 2008).

Durante todo o nosso percurso académico, desenvolvemos a capacidade de autoconsciência e de autoconhecimento para a facilitação da relação enfermeiro-utente (Lopes, 2006). Fomos capazes de gerir as nossas idiossincrasias para criar processos de construção de ajuda, reconhecer as limitações individuais e consciencializar-nos da influência pessoal na relação profissional. Ocorreram situações sob pressão, pelo que as respostas necessitaram de ser individuais com alto nível de organização. Gerimos sentimentos e emoções de forma eficiente e atempadamente, assim como antecipamos situações passíveis de incongruência.

Baseamos a nossa prática clínica em evidência científica visto que de outra forma, não seria possível exercermos uma especialidade tão abrangente como a de ER. Dado o nível avançado de competências que o EEER detém, este necessita também de se responsabilizar por ser facilitador de aprendizagem nos contextos laborais e suporta as suas decisões e práticas na evidência científica (Regulamento n.º 140/2019). Por isso, durante os estágios clínicos, identificamos lacunas no conhecimento, investigamos e colaboramos em estudos de investigação, discutiu-se as implicações dos resultados observados e demos um contributo para o aumento do conhecimento, da autónoma dos enfermeiros especialistas e para o desenvolvimento da profissão.

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Os objetivos da reabilitação são a melhoria da função, a promoção da independência máxima, a satisfação da pessoa e a preservação da autoestima. Para isso, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de ER baseados nos problemas reais e/ou potenciais do indivíduo (Regulamento n.º 392/2019). A prática de enfermagem especializada em reabilitação encontra-se centrada nos novos conhecimentos, na evidência científica e orientada para os ganhos sensíveis dos cuidados, pelo que esse é também o propositivo deste relatório.

As competências específicas do EEER estão assim dadas em três domínios.

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

Todas as pessoas podem usufruir dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Desde a mulher grávida à puérpera (Carteiro, Godinho, & Rodrigues, 2016), passando pelo neonato (Souto, 2016) e pela criança (Latado, 2017); (França, Sousa, & Castelhana, 2021), na pessoa adulta e durante o restante envelhecimento (Reis, Bule, Sousa, Marques-Vieira, & Ribeiro, 2021), assim como nos cuidados paliativos e de fim de vida (Alves & Babo, 2021).

De modo geral, ao longo dos nossos estágios clínicos, cuidamos de pessoas com necessidades especiais, essencialmente no adulto e no idoso. Tivemos a oportunidade de encontrar pessoas com défices específicos que necessitaram de uma resposta individualizada: alterações no padrão de marcha; disfagia; dispneia em contextos respiratórios, neurológicos e ortopédicos. Esta resposta foi dada a pessoas dos mais variados contextos e de diferentes idades.

O EEER tem um papel de desconstrução da pessoa, identificação dos seus problemas, identificação de diagnósticos de enfermagem e de implementação de intervenções específicas e individuais (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Durante os estágios avaliamos a funcionalidade e diagnosticamos alterações da atividade e repetitivas incapacidades. Para avaliação da funcionalidade, é necessário a recolha de informação pertinente e a utilização de escalas e instrumentos de avaliação fiáveis, responsivos e validados (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Em todos os estágios clínicos utilizamos a ENCS (Fonseca, 2013). Para o estágio de neurologia recorreu-se também à MIF para avaliação dos autocuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Para a avaliação neurológica recorreu-se à NIHSS (National Institute of Health, 2021). Portanto, foi possível avaliar os fatores facilitadores e inibidores na realização das AVD, assim como os aspetos psicossociais e determinantes de saúde (Nichols & Taylor, 2018).

Avaliamos necessidades de intervenção de modo a otimizar e reeducar a função global de funcionalidade, concebemos planos de intervenção e implementámo-los (através de ensinamentos, demonstrações, treino) e avaliamos os resultados finais (seja para monitorizar a implementação, reformular objetivos, aumentar o aperfeiçoamento, para utilizar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação e para avaliar ganhos de saúde em todos os níveis) (Regulamento n.º 392/2019).

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

Existe um pacto social do enfermeiro com a pessoa no direito dos cidadãos. Cabe a nós enfermeiros respeitar a dignidade e a vulnerabilidade com o sentido promotor do desenvolvimento, através da capacitação individual e coletiva (Nunes, 2014). O EEER analisa as problemáticas da deficiência, as limitações e restrições, desenvolve e implementa ações de modo a consciencializar a inclusão social (Regulamento n.º 392/2019).

Esta capacitação do comprometimento pode ser feita pela consciencialização do problema, pela introdução de produtos que possam compensar o handicap a que a pessoa está exposta, pelo melhoramento do conhecimento ou pelo ensino, instrução e treino de técnicas (Ordem dos Enfermeiros, 2015c). Na maioria das vezes, o EEER utiliza uma mistura ou todas estas técnicas para a pessoa, ou para o cuidador, para a maximização do potencial individual e assim retirar a pessoa da dependência dos profissionais de saúde.

O objetivo final e ideal da reabilitação deve ser, a contínua perda de dependência, quer de profissionais de saúde, quer de terceiros. Inúmeras doenças, neurológicas ou não, provocam cronicidade pelo que necessitam de cuidados especializados em ER. Mesmo assim, o objetivo deve ser o mesmo e, se não possível, a proteção da dignidade ao longo do ciclo vital, através da prevenção de complicações que vêm com as doenças crónicas.

Transversalmente a todos os estágios clínicos, elaboramos e implementamos programas de treino de atividades. Ensinamos a pessoa e/ou cuidador, técnicas específicas do autocuidado, recorrendo a produtos de apoio como ajudas técnicas e dispositivos de compensação, promovendo assim ambientes seguros. Promovemos também a mobilidade, a acessibilidade a participação social. Sensibilizamos a comunidade da importância de adoção de práticas inclusivas, não só durante os ensinamentos clínicos, mas também durante a nossa prática profissional e social. Identificamos barreiras arquitetónicas e orientamos para a eliminação das mesmas, ou ensinamos, instruímos e treinamos para a ultrapassagem das mesmas (Regulamento n.º 392/2019).

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

É nesta competência que se agrega a essência da especialização em ER. O EEER explora, incansavelmente, a potencialidade máxima individual de cada indivíduo. É um processo exaustivo de procura, através de escalas, diagnósticos, intervenções e avaliações (Ordem dos Enfermeiros, 2016); (Sousa, Martins, & Novo, 2020). O ER necessita de conhecer não só os problemas clínicos da pessoa, mas também o seu contexto social e o seu papel na comunidade e no seu núcleo familiar, ou seja, aqui a ideia da visão holística é mais evidente do que para nós alguma vez foi.

A interação enfermeiro-utente, na ótica dos cuidados de reabilitação, permite maximizar as capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho global (Lopes, 2006); (Regulamento n.º 392/2019).

Na nossa prática clínica observamos nas pessoas, que perante os défices que surgem, ainda que em fases de doença aguda, em risco de vida: a sua preocupação é a sua família e os seus filhos, como os iam alimentar e providenciar um futuro para os mesmos. Aprendemos com a nossa prática clínica a enorme responsabilidade do EEER (Meleis, 2010); (Sousa, Martins, & Novo, 2020). Caso não haja intervenção, as pessoas com

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

défices permanecem com défices, surgem complicações, aumentam dependência e entram num círculo vicioso.

Durante os estágios clínicos concebemos e implementamos programas de treino motor e respiratórios. Dadas as situações de instabilidade clínica das pessoas, a intervenção é necessariamente individualizada e com sustentação na evidência científica. Foi necessária a antecipação de situações de imprevisibilidade, complexidade avançada e potenciadoras de vulnerabilidades. Criamos também sessões de treino com vista à promoção de saúde, de prevenção de complicações e agravamento do *status* clínico, assim como capacitação e autogestão para continuidade da implementação dos programas de reabilitação instituídos pelos enfermeiros de reabilitação.

Conforme o processo de enfermagem, após a conceção e implementação de intervenções é necessária a avaliação e reformulação dos programas de modo a monitorizar ganhos e resultados.

8. Conclusão

Sendo este o último capítulo concluímos então também o percurso académico deste mestrado. Esperamos que com este projeto de intervenção dar um contributo para profissão de enfermagem, assim como para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. O Enfermeiro de Reabilitação tem uma visão ampla sobre a pessoa e das circunstâncias em que elas estão inseridas e impactam a sua saúde, sobre os estilos de vida dos individuais, sobre as suas redes sociais e comunitárias que têm impacto nas suas condições de vida e de trabalho e nas condições socioeconómicas, culturais e ambientais.

As doenças crónicas criam muitas vezes dependências funcionais, incapacidades e desvantagens a pessoa. As cronicidades das doenças criam também dor e tristeza, pelo que a pessoa passa por períodos de transição. A relação enfermeiro-doente é fulcral também para a passagem da doença que define a pessoa, para uma posição de pessoa com doença. Durante este projeto recorremos a metodologia de Yin para a criação dos Estudos de Caso e agregou-se os resultados dos mesmos de modo global e dividiu-se pelos estágios clínicos: respiratório; neurológico; e ortopédico.

O EEER compreende um leque de conhecimentos e procedimentos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas ou crónicas no sentido de maximizar potenciais funcionais, com o objetivo promover a função, a independência e a máxima satisfação da pessoa. Portanto, durante este percurso conseguimos incorporar a nossa prática supervisionada de modo seguro e em consonância da prática baseada na evidência e aplicar as competências específicas da enfermagem especializada em Enfermagem de Reabilitação.

A RSL teve o objetivo de conhecer os ganhos sensíveis das intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras de autocuidado na pessoa com 65 ou mais anos com alterações neurológicas. O envelhecimento da população é um fenómeno universal, próprio do ciclo de vida que aumenta a incidência de doenças crónicas neurológicas com decline funcional linear. A doença neurológica tem impactos cognitivos, comportamentais e motores, assim como grande custo social e económico, maior mortalidade, pelo que cria uma crescente procura por cuidados de saúde. Dos artigos analisados (N=9) encontraram-se e descreveram-se três dimensões e respetivos *outcomes*

(domínios cognitivos, literacia e autocuidado, e funcionais) onde os ganhos nestes domínios refletem os ganhos sensíveis dos cuidados de ER.

Sentimos que objetivo do projeto geral foi cumprido neste projeto. Adquirimos competências de EEER na capacitação no autocuidado, assim como competências de mestre. De modo progressivo fomos capazes compreender e interiorizar as competências inerentes a mestria, assim como as competências do enfermeiro especialista e as competências específicas de enfermagem de reabilitação.

Os objetivos específicos atingidos foram desenvolver uma apreciação diagnóstica dos ganhos sensíveis de enfermagem na pessoa com alterações neurológicas. Durante os estágios clínicos concebemos, implementamos e avaliamos as intervenções a pessoa com alterações neurológicas. Durante a nossa intervenção avaliamos os ganhos sensíveis através da ENCS e registei os dados de modo a evidenciar os mesmos. Implementar de um programa de ER para aumento da funcionalidade na pessoa que sofreu AVC e avaliação dos resultados obtidos. Foram criados planos de cuidados de Reabilitação individualizados a pessoa com AVC, com foco nas suas alterações funcionais e os seus autocuidados. Foram evidenciados os ganhos sensíveis. Descrever ganhos sensíveis e relacionar os mesmos com a evidência científica apresentada, através de uma Revisão Sistemática da Literatura. Realizou-se uma RSL – “Enfermagem de reabilitação na pessoa com défice de autocuidado por alterações neurológicas” e descreveram-se os ganhos encontrados da intervenção com os resultados da mesma.

A nível de ganhos foi possível evidenciar ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem nos domínios encontrados na RSL e relacionando-os com a avaliação pela ENCS e a escala MIF: Cognição; Autocuidado e literacia; Funcionalidade. Relativamente às propostas, consideramos que estes projetos de intervenção são não só úteis, mas fulcrais para o desenvolvimento de futuros enfermeiros especialistas. Estes projetos produzem momentos de reflexão importantes que estimulam o desenvolvimento profissional e humano. Por este motivo, deve ser dada continuidade a estes projetos.

Outra proposta é a reestruturação do tempo de estágios clínicos. O período de ensino clínico obrigou-nos a uma exigência pessoal, laboral e familiar dado que, na nossa prática profissional, tivemos cinco ou mais turnos por semana e mais três turnos de

estágio. Penso que reduzir o tempo de ensino clínico não é útil para o estudante, pelo que recomendaria uma extensão da duração do mestrado.

Finalmente, a última proposta. O trabalho do autocuidado na pessoa com alterações neurológicas foi construído sobre o trabalho de outros autores e o conhecimento está longe de estar acabado. Dito isto, é necessária mais investigação, mais trabalhos de característica científica, especialmente na população portuguesa com déficits neurológicos com impacto no autocuidado e até mesmo de outros contextos de pessoa com AVC, de modo a melhor cuidarmos de nós.

9. Bibliografia

- Abu-Snieneh, H. M., & Saleh, M. Y. (2018). Registered Nurse's Competency To Screen Dysphagia Among Stroke Patients: Literature Review. *The Open Nursing Journal*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6128015/>
- Aliakbari, F., Moosaviean, Z., Masoudi, R., & Kheiri, S. (2021). The Effect of Orem Self-Care Program on Sleep Quality, Daily Activities, and Lower Extremity Edema in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Advanced Biomedical Research*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8613451/>
- ALLEA. (2017). *The European Code of Conduct for Research Integrity - Revised Edition*. Berlim. Obtido de <https://www.allea.org/wp-content/uploads/2017/05/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017.pdf>
- Alves, J., & Babo, M. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 329-335). Lisboa: LIDEL.
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (Seventh Edition ed.).
- André, Charles. (jan-fev de 2002). Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases. *The NIH Stroke Scale is unreliable in untrained hands*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17903854/>
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 164-233). Lisboa: LIDEL.
- Araújo, R., & Teixeira, L. (janeiro-março de 2020). Sinapse. *Teleneurologia: Situação Atual, Oportunidades e Desafios para Portugal*, pp. 25-35.

- Arienti, C., Lazzarini, S. G., Pollock, A., & Negrini, S. (2019). Rehabilitation interventions for improving balance following stroke: An overview of systematic reviews. *PLOS ONE*. Obtido de <https://journals.plos.org/plosone/article/comments?id=10.1371/journal.pone.0219781>
- Ariosto, D. A., Harper, E. M., Wilson, M. L., Hull, S. C., Nahm, E.-S., & Sylvia, M. L. (2018). Population health: a nursing action plan. *JAMIA Open*, 7-10. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6951917/>
- Barclay, A., Paul, L., MacFarlane, N., & McFadyen, A. (2019). The effect of cycling using active-passive trainers on spasticity, cardiovascular fitness, function and quality of life in people with moderate to severe Multiple Sclerosis (MS); a feasibility study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 128-134. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2211034819302652>
- Benner, P. (2000). *From Novice to Expert - Excellence And Power In Clinical Nursing Practice*. Pearson.
- Ben-Shlomo, Y., Brookes, S. T., & Hickman, M. (2013). *Epidemiology, Evidence-Based Medicine and Public Health*. West Sussex: Blackwell Publishing.
- Bickenbach, J., Cieza, A., Selb, M., & Stucki, G. (2020). *ICF Core Sets - Manual for Clinical Practice*. Göttingen: hogrefe.
- Biose, I. J., Dewar, D., Macrae, M., & McCabe, C. (2019). Impact of stroke comorbidities on cortical collateral flow following ischaemic stroke. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*. Obtido de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0271678X19858532>
- Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nursing*. Obtido de <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0262-y>
- Braga, R. (2017). Reeducação da Deglutição. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263-270). Loures: LUSODIDACTA.

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-Aprendizagem*.
- Carteiro, D., Godinho, F., & Rodrigues, M. L. (2016). Os Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Cuidado Durante a Gravidez e Após o Parto. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 289-296). Loures: LUSODIDACTA.
- Castro, P., Mendonça, T., Abreu, P., Carvalho, M., & Azevedo, E. (2008). Sinapse. *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) International Initiative - versão portuguesa*, pp. 67-68.
- Chaudhuri, K., Bhidayasiri, R., & Laar, T. V. (2016). Unmet needs in Parkinson's disease: New horizons in a changing landscape. *Parkinsonism & Related Disorders*. Obtido de [https://www.prd-journal.com/article/S1353-8020\(16\)30463-1/pdf](https://www.prd-journal.com/article/S1353-8020(16)30463-1/pdf)
- Chaves, L. (2020). O impacto da Pandemia por Covid-19 no doentes com Acidente Vascular Cerebral: Revisão Narrativa de Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 29-33. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/77>
- Chen, L., Chen, Y., Chen, X., Shen, X., Wang, Q., & Sun, C. (2018). Longitudinal Study of Effectiveness of a Patient-Centered Self-Management Empowerment Intervention During Predischage Planning on Stroke Survivors. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 197-205. Obtido de <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12295>
- Clouston, S. A., Richmond, L. L., Scott, S. B., Luhmann, C. C., Natale, G., Hanes, D., . . . Smith, D. M. (2020). Pattern Recognition to Objectively Differentiate the Etiology of Cognitive Decline: Analysis of the Impact of Stroke and Alzheimer's Disease. *Neuroepidemiology*, 446-453. Obtido de <https://www.karger.com/Article/Pdf/510133>
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidata.

- (1976). *Constituição da República Portuguesa*. Obtido de <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Cordeiro, M. C., & Menoita, E. C. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Council of European Union. (21 de Junho de 2019). The Economy of Well-Being. pp. 1-8. Obtido de <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10414-2019-INIT/en/pdf>
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorespiratório. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - conceções e Práticas* (pp. 234-279). Lisboa: LIDEL.
- Decreto-Lei n.º 18/2017. (2017). *Diário da República*, 1-44. Obtido de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2017-107599171-107599481>
- Decreto-Lei n.º 247/2009. (2009). *Diário da República*. Obtido de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2009-34515075-48823375>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). *Diário da República*. Obtido de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440-75326685>
- Despacho n.º 7219/2018. (2018). *Diário da República nº148/2018*, 20527 - 20528. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/7219-2018-115800635>
- Deuschl, G., Beghi, E., Fazekas, F., Varga, T., Christoforidi, K. A., Sipido, E., . . . Feigin, V. L. (2017). Lancet Public Health. *The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for Global Burden of Disease Study*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33007212/>
- DGS. (2006). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

- DGS. (2011). 054/2011. 1-19. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- DGS. (2015). *Plano Nacional de saúde*. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*, pp. 1-52. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS. (2019). Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários. *Orientação 014/2019*, pp. 1-30. Obtido de http://nocs.pt/wp-content/uploads/2019/08/Orientacao012-2019_reabilitacao_respirato%CC%81ria_CSP.pdf
- Dias, P., Ferreira, R. F., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 18-29.
- Esteves, L. S., Cunha, I. C., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2017). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1842-1853. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/hgb8TZmmq8hB6vJ87XtFGWC/?format=pdf&lang=pt>
- Exurb1a (2019). The Ants.
- Fernandes, S., Silva, A., Barbas, L., Ferreira, R., Fonseca, C., & Fernandes, M. A. (2020). Theoretical Contributions from Orem to Self-care in Rehabilitation Nursing. *Gerontechnology*. Obtido de https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-41494-8_16
- Ferreira, D., & Santos, A. (2017). Avaliação da Pessoa com Patologia Respiratória. Em c. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 167-180). Loures: Lusodidata.

- Flannery, J., & Bulecza, S. (2010). Problemas vasculares e Degenerativos do Cérebro. Em F. D. Monahan, J. K. Sands, M. M. Neighbors, & C. J. Green, *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspectivas de saúde e doença* (pp. 1463-1477). Loures: Lusodidacta.
- Fonseca. (2013). Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem. p. 64. Obtido de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058_td_tese.pdf
- Fonseca, C., Correia, J., & Fernandes, C. (2018). Os Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas com alterações do foro respiratório, revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging and Innovation*, 48-57. Obtido de <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-foro-respirat%C3%B3rio.pdf>
- Fonseca, C., Lopes, M., Mendes, D., Parreira, P., Mónico, L., & Marques, C. (2018). Psychometric Properties of the Elderly Nursing Core Set. Em C. García-Alonso. José: Fonseca, *Gerontechnology* (pp. 143-153). Cáceres e Évora: Springer.
- França, A., Sousa, S. M., & Castelhana, P. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à criança/adolescente. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 84-95). Lisboa: LIDEL.
- Frank, U., Radtke, J., Nienstedt, J. C., Pötter-Nerger, M., Schönwald, B., Buhmann, C., . . . Christina, P. (2020). Dysphagia Screening in Parkinson's Disease. A diagnostic accuracy cross-sectional study investigating the applicability of the Gugging Swallowing Screen (GUSS). *Neurogastroenterology & Motility*, 33(5).
- Frisch, N. C., & Rabinowitch, D. (2019). hat's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. *Journal of Holistic Nursing*. Obtido de hat's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review

- Frizziero, A., Gasparre, G., Vittadini, F., Pignataro, A., Bonjaki, M., Valente, M., . . . Masiero, S. (2018). Rehabilitation of Older Patients with Orthopedic Diseases. *Springer International Publishing*, 265-286. Obtido de https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-57406-6_28
- Fujita, T., Iokawa, K., Sone, T., Yamane, K., Yamamoto, Y., Ohira, Y., & Otsuki, K. (2019). Effects of the Interaction among Motor Functions on Self-care in Individuals with Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1052305719304471>
- Gil, A., Sousa, F., & Martins, M. M. (2020). Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso – Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 27-35. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/61>
- Gomes, B. N., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. Em C. Marques-vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de Reabilitação ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Loures: Lusodidacta.
- Grönberg, A., Henriksson, I., & Lindgren, A. (2020). Accuracy of NIH Stroke Scale for diagnosing aphasia. *Acta Neurologica Scandinavica*. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ane.13388>
- Hassett, L., Berg, M., Lindley, R. I., Crotty, M., McCluskey, A., Ploeg, H. P., . . . Dorsch, S. (2020). Digitally enabled aged care and neurological rehabilitation to enhance outcomes with Activity and MObility UsiNg Technology (AMOUNT) in Australia: A randomised controlled trial. *PLOS Medicine*.
- Heemskerk, J. L., Domingo, R. A., Tawk, R. G., Vivas-Buitrago, T. G., Huang, J. F., Rogers, A., . . . Freeman, W. D. (2021). Time Is Brain: Prehospital Emergency Medical Services Response Times for Suspected Stroke and Effects of Prehospital Interventions. *Mayo Clinic Proceedings*. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619620311186>
- Henderson, V. (1991). *The Nature of Nursing : A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education : Reflections After 25 Years*. New York: National League for Nursing.

- Horta, M. Â., Nozes, A. J., Paulo, C., Vilardouro, M. E., Marques, J. M., & Sousa, L. M. (2020). Fatores de Risco de Queda na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 14-20. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/112/66>
- Hunter, S. (2018). Intensive somatosensory stimulation to improve upper limb recovery and reduce unilateral neglect after stroke. *British Journal of Neuroscience Nursing*. Obtido de <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjnn.2018.14.Sup2.S26>
- Imaginário, C., Rocha, M., Machado, P., Antunes, C., & Martins, T. (março de 2020). Scandinavian Journal of Caring Sciences. *Funcional capacity and self-care profiles of older people in senior care homes*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31149747/>
- In, T.-s., Jung, J.-H., Jung, K.-S., & Cho, H.-Y. (2021). Effectiveness of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation with Taping for Stroke Rehabilitation. *BioMed Research International*. Obtido de <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2021/9912094/>
- INEM. (18 de junho de 2020). Obtido de <https://www.inem.pt/2020/06/18/numeros-da-via-verde-de-avc/>
- Jiménez-Gomes, M. A., Cárdenas-Becerril, L., Velásquez-Oyola, M. B., Carrillo-Pineda, M., & Barón-Días, L. Y. (2019). Reflective and critical thinking in nursing curriculum. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/pGznbWgnTXBrg6xZSPsyxxt/abstract/?lang=en>
- Kalu, M. E. (2019). The Role of Rehabilitation Professionals in Care Transitions for Older Adults: A Scoping Review. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. Obtido de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02703181.2019.1621418>
- Kimura, T. (2021). Interaction between Self-Care and Caregiving Ability on Home Discharged Stroke Patients Based on Motor Functional Independence Measure Score in Recovery Ward. *Open Journal of therapy and Rehabilitation*. Obtido de <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=108214>

- Klein, K. E., Bena, J. F., Mulkey, M., & Albert, N. M. (2018). Sustainability of a nurse-driven early progressive mobility protocol and patient clinical and psychological health outcomes in a neurological intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11-17. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339717302768>
- Kottke, T. E., Stiefel, M., & Pronk, N. P. (2016). “Well-Being in All Policies”: Promoting Cross-Sectoral Collaboration to Improve People’s Lives. *Preventing Chronic Disease - Public Health research, practise, and Policy*. Obtido de https://www.cdc.gov/pcd/issues/2016/16_0155.htm
- Latado, V. (2017). A Criança com Necessidade de Cuidados de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 307-329). Loures: LUSODIDACTA.
- Leandro, T. A., Nunes, M. M., Teixeira, I. X., Lopes, M. V., Araújo, T. L., Lima, F. E., & Silva, V. M. (29 de novembro de 2018). *Revista Brasileira de Enfermagem. Desenvolvimento das teorias de médio alcance na enfermagem*, pp. 1-8.
- Lee, H. S., & Park, Y. J. (2019). The Effects of Virtual Reality Training on Function in Chronic Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Research International*. Obtido de <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/7595639/>
- Lei n.º 156/2015. (2015). *Diário da República*, 8059 - 8105. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei n.º 95/2019. (2019). *Diário da República*, 55-66. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

- Lin, R.-C., Chiang, S.-L., Heitkemper, M. M., Weng, S.-M., Lin, C.-F., Yang, F.-C., & Lin, C.-H. (2020). Effectiveness of Early Rehabilitation Combined With Virtual Reality Training on Muscle Strength, Mood State, and Functional Status in Patients With Acute Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32212254/>
- Loft, M. I., Esbensen, B. A., Kirk, K., Pedersen, L., Martinsen, B., Iversen, H., . . . Poulsen, I. (2018). Nursing staffs self-perceived outcome from a rehabilitation 24/7 educational programme - a mixed-methods study in stroke care. *BMC Nursing*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29719491/>
- Lopes, M. (2006). *Os Utentes e os Enfermeiros: Construção de uma Relação*. Porto.
- Lopes, M. J. (2011). INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE - Múltiplos Enfoques. *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Reflexão a Partir dos Resultados de um Trabalho de Investigação*. Obtido de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4108/1/INVESTIGA%c3%87%c3%83O%20EM%20SA%c3%9aDE%20-%202.pdf>
- Lopes, M. J., & Fonseca, C. (2013). Processo de Construção do Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging and Innovation*, 121-131. Obtido de <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/9-Nursing-eelderly-core-set-.pdf>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/ idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 281-328). Lisboa: LIDEL.
- Luque-Moreno, C., Jiménez-Blanco, A., Cano-Bravo, F., Paniagua-Monrobel, Zambrano-Garcia, E., & Moral-Munoz, J. A. (2021). Effectiveness of visual feedback and postural balance treatment of post-stroke pusher syndrome. A systematic review. *Revista Científica de la Sociedad de Enfermería Neurológica*, 16-24. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2530299X20300030>

- Magalhães, R. P., Barbeiro, S. R., Taveira, V., Magalhães, B., & Ferreira, G. (2020). Jogos usados na Reabilitação após Acidente Vascular Cerebral: Scoping Review. *Revista Portuguesa Enfermagem de Reabilitação*, 27-41. Obtido de <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/116/69>
- Marangolo, P. (2020). The potential effects of transcranial direct current stimulation (tDCS) on language functioning: Combining neuromodulation and behavioral intervention in aphasia. *Neuroscience Letters*. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304394017310479>
- Marques-Vieira, C., Amaral, T., & Pontífice-Sousa, P. (2017). Contributos para um Envelhecimento Ativo. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 525-534). Loures: Lusodidata.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 465-474). Loures: Lusodidacta.
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Silva, J. V. (junho de 2018). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. O contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a Qualidade dos Cuidados*, pp. 22-29. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/17/9>
- Matos, M. F., & Simões, J. A. (dezembro de 2020). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. Enfermagem de Reabilitação na Transição da pessoa com Alteração Motora por AVC: Revisão sistematica da Literatura*, pp. 11-19. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/59/19>
- Matos, M. J., & Araújo, C. (30 de junho de 2021). Prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio: Intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, pp. 56-63. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/157/287>

- Matsuyama, A. (2018). Factors Associated with the Walking Ability of Hemiplegic Stroke Patients. *Open Journal of Nursing*. Obtido de <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=81921>
- McCombes, S. (2021). How to write a problem statement. Obtido de <https://www.scribbr.com/research-process/problem-statement/>
- McKinley, J., & Rose, H. (2020). *The Routledge handbook of Research Methods in Applied Linguistics*. London: Routledge.
- Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N., & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32717644/>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing.
- Ministério da Saúde. (2017). *Carta dos Direitos do Doente Internado*.
- National Institute of Health. (2021). Obtido de <https://www.nihstrokescale.org/>
- Navdeep, S. K., Gurbir, K., Rawat, & Sulena. (2020). Effectiveness of mirror' therapy on improvement of motor' functions of affected upper limb among stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science*. Obtido de <https://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:bfunj&volume=19&issue=2&article=004>
- Neusa, S., Oliveira, A., & Brandão, S. (2020). Consulta de Enfermagem de Reabilitação ao doente pós evento Cerebrovascular: Que desvios encontrados ao plano delineado à alta pelo Enfermeiro de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5-13. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/108/63>
- NHS. (15 de agosto de 2019). Obtido de Stroke: <https://www.nhs.uk/conditions/stroke/>
- Nichols, L. M., & Taylor, L. A. (2018). Social Determinants As Public Goods: A New Approach To Financing Key Investments In Healthy Communities. *Health Affairs*. Obtido de <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2018.0039>

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

- Nunes, L. (2008). Enfermagem, desafios da Disciplina e da Profissão. *Percursos*, pp. 4-17. Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/percursos_07.pdf
- Nunes, L. (2010). *Percursos. do Perito e do Conhecimento em Enfermagem - uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem*, pp. 3-9. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf
- Nunes, L. (2014). Promoção da Cidadania através do cuidar em Enfermagem. *Referência*, 131-140. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6098/1/Conferencia_Literacia%20em%20Saude%20Mental_%20Promocao%20da%20cidadania%20atraves%20do%20cuidar%20em%20enfermagem_LN_Fev%202014.pdf
- Oliveira, A., Silva, A., Sá, N., & Brandão, S. (2020). Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. *Consulta de Enfermagem de Reabilitação ao doente pós evento cerebrovascular: Que desvios encontrados ao plano delineado à alta pelo Enfermeiro de Reabilitação*, pp. 5-13. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/108/63>
- Oliveira-Kumakura, A. R., Sousa, C. M., Biscaro, J. A., Silva, K. C., Silva, J. L., Morais, S. C., & Lopes, M. V. (2019). Clinical Validation of Nursing Diagnoses Related to Self-Care Deficits in Patients with Stroke. *Clinical Nursing Research*, 1-17. Obtido de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1054773819883352>
- OMS. (2020). *Ageing: Healthy ageing and functional ability*. Obtido de Ageing: Healthy ageing and functional ability: <https://www.who.int/westernpacific/news/q-a-detail/ageing-healthy-ageing-and-functional-ability>
- ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Obtido de <https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>
- ONU. (2002). *Plano de ação internacional contra o envelhecimento*.

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padros-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competencias do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Percurso_Programa_Formativo_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação: A pessoa com Acidente Vascular Cerebral dependente no autocuidado

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de boa prática - Reabilitação Respiratória*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Anuário Estatístico*, pp. 1-40. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_AnuárioEstatisticos.pdf
- Orem, D. (2001). *NURSING - Concepts of Practice*. Mosby.
- Orem, D. (2003). *Self-Care theory in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Ottenbacher, K., Hsu, Y., Granger, C., & Fiedler, R. (1996). The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8976303/>
- Padilha, J. M., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os processos formativos em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 83-89. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/178/290>
- Parra, M. D., Torres, C. C., Arboleda, L. B., Carvajal, R. R., Franco, S., & Santos, J. (2019). Effectiveness of an Educational Nursing Intervention on Caring Ability and Burden in Family Caregivers of Patients with Chronic Non-Communicable Diseases. A Preventive Randomized Controlled Clinical Trial. *Investigación y Educación en Enfermería*. Obtido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072019000100030

- Patel, D., Krishnaswami, S., Steger, E., Conover, E., Vaezi, M., & Francis, D. (2017). Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Diseases of the Esophagus*. Obtido de https://watermark.silverchair.com/dox131.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAsUwggLBBgkqhkiG9w0BBwagggKyMIICrgIBADCCAqcGCSqGSib3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMA60kndJ3tMaKJC7OAgEQgIICeJ0AEVku9yu6AZmS2nv05HSdcG1m-FlsQOj1grrFdhseINDK
- Pereira, M. A., Moreira, A. F., Machado, P. A., & Padilha, J. M. (2022). Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/67/126>
- Pereira, P., & Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61-73. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf
- Pereira, R. P. (2016). *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas*.
- Pestana, H. (2017). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 77-88). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado - conceito central da enfermagem* (1ª ed.). Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. Em L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longa Da Vida* (pp. 3-23). Loures: LUSODUDACTA.
- Pontes, M. M. (2017). Doença Crónica. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 487-500). Loures: LUSODIDACTA.

- Poorchangizi, B., Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mirzaee, M., & Farokhzadian. (2019). The importance of professional values from nursing students' perspective. *BMC Nursing*. Obtido de <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-019-0351-1>
- PORDATA. (14 de junho de 2021). Obtido de Indicadores de envelhecimento: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526-308951>
- PORDATA. (14 de junho de 2021). Obtido de População residente: total e por grandes grupos etários: <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%3%a7%c3%a3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%3%a1rios-513>
- PORDATA. (27 de abril de 2021). Obtido de Óbitos por algumas causas de morte (%): [https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)
- Pradines, M., Baude, M., Marciniak, C., Francisco, G., Gracies, J.-M., Hutin, E., & Bayle, N. (2018). Effect on Passive Range of Motion and Functional Correlates After a Long-Term Lower Limb Self-Stretch Program in Patients With Chronic Spastic Paresis. *PM&R*2018, 1020-1031. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1934148217304227>
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, a. J. (novembro/dezembro de 2014). Revista de Enfermagem Referência. *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*, pp. 157-164. doi:10.12707/RIV14081
- Radu, R. A., Terecoasa, E., Caşaru, B., Enache, I., Ghita, C., & Tiu, C. (2021). stroke physical rehabilitation after acute reperfusion therapy– the neglected link in ischemic stroke management: a retrospective cohort study. *Balneo Research Journal*. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/350530683_Access_to_post_-_stroke_physical_rehabilitation_after_acute_reperfusion_therapy-_the_neglected_link_in_ischemic_stroke_management_a_retrospective_cohort_study

- Rajsic, S., Gothe, H., Borba, H., G., S., Vujicic, J., Toell, T., & Siebert, U. (2018). Economic burden of stroke: a systematic review on post-stroke care post-stroke care. *The European journal of Health Economics*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29909569/>
- Rede de referência Hospitalar - Neurologia*. (2016).
- Regulamento n.º 140/2019. (6 de fevereiro de 2019). *Diário da República*, 4744-4750. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Diário da República*, 13565 - 13568. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L. M., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 154-163). Lisboa: LIDEL.
- Relkic, N. M., Pajnikharm, M., & Fekonja, Z. (2019). Self-reflection during first clinical practice: The experiences of nursing students. *Nurse Education Today*, 61-66. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691718309158>
- Renpenning, K., & Taylor, S. (2004). Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. *Nursing Science Quarterly*, 274-278.
- Ribbers, G., & Buhnik, T. (2016). Recovery after a stroke. Em B. Buijck, & G. Ribbers, *The Challenges of Nursing Stroke Management in Rehabilitation Centers* (pp. 29-33). Rotterdam: Springer.
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 48-55). Lisboa: LIDEL.
- Ribeiro, O., Vieira, M., Cunha, M., Dias, A., & Martins, R. (2016). Gestão do tempo no planeamento de cuidados de enfermagem. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu*. Obtido de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4580>

- Rocha, I. J., Bravo, M. F., Sousa, L. M., Mesquita, A. C., & Pestana, H. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de Reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5-17.
- Rogers, J. M., Foord, R., Stolwyk, R. J., Wong, D., & Wilson, P. H. (2018). General and Domain-Specific Effectiveness of Cognitive Remediation after Stroke: Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30006801/>
- Santos, E. J., Marcelino, L. M., Abrantes, L. C., Marques, C. F., Correia, R. M., Coutinho, E. C., & Azevedo, I. C. (jun/dez de 2015). Millenium. *O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®*, pp. 153-171.
- Santos, J. T., Campos, C. M., & Martins, M. M. (dezembro de 2020). A pessoa com AVC em processo de Reabilitação: Ganhos com a interenção dos enfermeiros de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 36-43.
- Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15-23). Loures: LUSODIDACTA.
- Schoeller, S. D., Martins, M. M., Ramos, F. R., Vargas, C. P., Zuchetto, M. A., & Lima, D. K. (2020). Rehabilitation nursing care and emancipatory process. *Referência*, 1-14. Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3882/388263752015/388263752015.pdf>
- Schon, D. A. (1984). *The Reflective Practitioner*. Cambridge: Basic Books.
- Shiner, C. T., Vratsistas-Curto, A., Bramah, V., Faux, S. G., & Watanabe, Y. (2019). Prevalence of upper-limb spasticity and its impact on care among nursing home residents with prior stroke. *Disability and Rehabilitation*. Obtido de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2018.1555620>
- Sijtsma, K. (2009). Psychometrika. *On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha*. Obtido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11336-008-9101-0>

- Silva, L., & Delgado, B. (25 de novembro de 2020). Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. *Reabilitação Respiratória Domiciliária na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Estudo de Caso*, pp. 50-55. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/102/57>
- Simonj, C., Andersen, I. C., Bodtger, U., & Birkelund, R. (2019). Breathing through a troubled life – a phenomenological-hermeneutic study of chronic obstructive pulmonary disease patients' lived experiences during the course of pulmonary rehabilitation. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. Obtido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2019.1647401>
- Slatyer, S., Coventry, L. L., Twigg, D., & Davis, S. (2016). Professional practice models for nursing: a review of the literature and synthesis of key components. *Journal of Nursing Management*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25975609/>
- Smith, A. (2005). *Middle Range Theory for Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
- SNS. (28 de 04 de 2021). Cuidados Continuados.
- Someya, A., & Tanaka, M. (2021). The process by which patients become aware of unilateral spatial neglect: A qualitative study. *Neuropsychological Rehabilitation*.
- Sousa, L. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M., Severino, S. S., & Pestana, H. C. (2018). Revições da Literatura Científica: Tipos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 45-54.
- Sousa, L. M., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 64-69. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132/85>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-122). Loures: LUSODIDACTA.

- Souto, N. (2016). Enfermagem de Reabilitação em Neonatologia. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidado de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 297-306). Loures: LUSODIDACTA.
- Tanaka, M. (2022). Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nursing Forum*. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nuf.12696>
- Turner-Stokes, L., & Siegert, R. J. (2013). A comprehensive psychometric evaluation of the UK FIM + FAM. *Disability and Rehabilitation*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3812697/>
- UNESCO. (2006). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Lisboa. Obtido de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (fevereiro de 2022). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, pp. 1-24. Obtido de https://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Universidade de Évora. (2019). Aviso nº16126/2019. *Diário da República*, 209-219.
- Ursachi, G., Horodnic, I. A., & Zait, A. (2013). How reliable are measurement scales? External factors with indirect influence on reliability estimators. *Procedia - Economics and Finance*, 679-686.
- Varanda, E. M., & Rodrigues, C. A. (2017). Avaliação da pessoa com Alterações da Função cognitiva: Avalair para Reeducar e Reada+tar. Em *Cuidador de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 145-158). Loures: LUSODIDACTA.
- Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. L., Ribeiro, O., Ribeiro, M. I., & Cardoso, M. F. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/73/381>

- Wang, Q., Zhagn, J., Zhen, Z., & Meng, C. (2021). The study on improvement effect of incentive nursing on quality of life and self-care ability of hemodialysis patients. *Tianjin Journal of Nursing*. Obtido de <http://www.tjhlbjb.com/EN/abstract/abstract11393.shtml>
- Wei, W. E., Silva, D. A., Chang, H. M., Yao, J., MAtchar, D. B., Young, S. H., . . . Venketasubramanian, N. (2019). Post-stroke patients with moderate function have the greatest risk of falls: a National Cohort Study. *BMC Geriatrics*. Obtido de <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-019-1377-7#citeas>
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva.
- WHO. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment. *WHO global report*. Obtido de https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/part1.pdf
- WHO. (2017a). *Integrated care for older people - Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*, pp. 1-60. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2017b). Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>
- WHO. (2019). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*, pp. 1-27. Obtido de https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-ageing-proposal-en.pdf?Status=Temp&sfvrsn=b0a7b5b1_12.%20Accessed%2025%20Set%202021
- WHO. (2020). *Quality health services*. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- WHO. (2021a). *Universal health coverage*. Obtido de [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- WHO. (2021b). *Cuidados de saúde primários*. Obtido de <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

- WHO. (2021c). *Social determinants of health*. Obtido de Social determinants of health: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Wirth, R., Pourhassan, M., Streicher, M., Hiesmayr, M., Schindler, K., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2018). The Impact of Dysphagia on Mortality of Nursing Home Residents: Results From the nutritionDay Project. *Journal of the American Medical Directors Association*, 775-778. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861018301567>
- Xiao, J., Li, J., Yang, Q., & Liu, M. (2020). Research on the Head and Neck MRA Image to Explore the Comprehensive Effect on the Recovery of Neurological Function and Rehabilitation Nursing of Patients with Acute Stroke. *World Neurosurgery*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33130135/>
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications Design and Methods*. London: SAGE Publications, Inc.
- Yin, X.-J., Wang, Y.-J., Ding, X.-D., & Shi, T.-M. (2021). Effects of motor imagery training on lower limb motor function of patients with chronic stroke: A pilot single-blind randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12933>
- Yousufuddin, M., & Young, N. (2019). Aging and ischemic stroke. *Impact Journals: Aging*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6535078/>
- Zuercher, P., Moret, C. S., Dziewas, R., & Schefold, J. C. (2019). Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Springer Nature*. Obtido de <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-019-2400-2>

Anexo 1 – Aprovação do exame MIF



Uniform Data System for Medical Rehabilitation

270 Northpointe Parkway, Suite 300, Amherst, NY 14228



This certifies that

José Garcia, Registered Nurse

has completed a licensed personnel exam on October 22, 2021, using the UDSMR® Online FIM® Credentialing System for The FIM System®.

Pass | Grade: 88.89%

If you achieved a score of less than 100%, you answered questions relative to the following items incorrectly, and we recommend that you review these items for additional clarity on proper rating.

	Bowel	
	Toilet	
	Walk/Wheelchair	

Testing results are nontransferable, and this form should not be construed as a statement by UDSMR regarding the employability of anyone listed above. Exam results are relative only to the entity the test taker is associated with at the time of this testing, referred to here as

935.

Present a copy of this certificate to your primary educator as proof of completion.

The validity of the certificate terminates in accordance with the time frames set forth for the aforementioned entity or immediately upon the dissolution of the agreement between Uniform Data System for Medical Rehabilitation and the entity, whichever comes first.

© 2021 Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc. FIM, The FIM System, UDSMR, and the UDSMR logo are trademarks of Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc.