



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# **Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio de atenção da enfermagem de reabilitação**

Isabel Chaves Barros

**Junho 2023**

**Escola Superior de Saúde**



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Isabel Chaves Barros

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio  
de atenção da enfermagem de reabilitação**

**Mestrado em Enfermagem de reabilitação**

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

**Junho de 2023**

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus familiares por todo o apoio incondicional e em especial ao meu filho Gonçalo por todo o tempo de qualidade que lhe foi privado de estar na sua presença.

À Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, pela disponibilidade do seu tempo, partilha de conhecimentos, pelo carinho e momentos de aprendizagem proporcionados, orientação na consecução do estudo, motivação, esclarecimentos e orientações de forma a que os objetivos para a realização deste trabalho fossem sempre cumpridos.

À Tutora do estágio, enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, Sandra Franco, pela sua orientação, companheirismo, proatividade e dinamismo, logo desde o primeiro dia, contribuindo para a minha autonomia e desenvolvimento de competências na área da reabilitação. Demonstrou-se sempre preocupada e interessada em proporcionar novos momentos de aprendizagem e por todo carinho, dedicação e confiança depositada em mim, em todo o estágio.

À Enfermeira Gestora da UAVC, enfermeira especialista Carla Silva, pela recepção, pelos momentos de partilha e de reflexão proporcionados ao longo do estágio.

A todos os elementos da equipa multidisciplinar do serviço, em especial à equipa de enfermagem, por toda a hospitalidade e acolhimento e pela forma que me fizeram sentir em casa no decorrer do estágio.

Por fim, mas não menos importante, a todos os DOENTES e seus familiares que me foi possível intervir no processo de reabilitação, com a certeza que vão comigo no coração, e pelo privilégio de poder privar de perto com eles numa fase mais débil das suas vidas.

A todos o meu mais sincero **OBRIGADA!**

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho ao meu FILHO GONÇALO

## **Pensamento**

**“Curiosidade, criatividade, disciplina e, especialmente, paixão são algumas exigências para o desenvolvimento de um trabalho criterioso, baseado no confronto permanente entre o desejo e a realidade”.**

Mirian Goldenberg in Vilelas (2020, p. 21)

## RESUMO

**Enquadramento:** O AVC é uma das causas de maior mortalidade e morbidade, resultando em incapacidades para as atividades de vida diária. A independência funcional é um dos fatores de maior relevo para o indivíduo; assim, o foco deste trabalho é o de compreender os ganhos em saúde nos doentes com o diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido*, após a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). A pergunta de partida, que constitui o fio condutor do presente projeto de investigação, é: “Que influência têm as intervenções do enfermeiro de reabilitação na independência funcional do doente com diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido*?”.

**Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo geral identificar a influência dos cuidados de reabilitação na independência funcional do doente com o diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido*.

**Metodologia:** O estudo insere-se no paradigma quantitativo de tipo descritivo - correlacional e longitudinal. A amostra ( $N=18$ ) é não probabilística, do tipo acidental, e foi aplicada aos doentes acometidos com AVC e com diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido* que se encontravam internados na unidade de AVC num hospital da região norte de Portugal, e que foram alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Os dados foram recolhidos através do questionário sociodemográfico e clínico e do instrumento para a avaliação do nível de dependência funcional (Índice de Barthel).

**Resultados:** Dos 18 doentes, constatou-se que, na admissão, 94.4% apresentavam dependência grave no autocuidado *cuidar da higiene pessoal (score total)*. Na alta, 50.0% adquiriram estado de totalmente independência. Foram necessários 5 a 26 dias para a aquisição da independência.

**Conclusão:** As intervenções do EEER nos doentes acometidos com AVC, com o diagnóstico de enfermagem de *cuidar da higiene pessoal comprometido* influenciam os ganhos em saúde, resultando numa diminuição da dependência funcional dos participantes, para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal*.

**Palavras-chave:** Acidente vascular cerebral, Autocuidado, Enfermagem em Reabilitação, Estado funcional, Higiene Pessoal

## ABSTRAT

**Background:** Stroke is one of the main causes of mortality and disability, in daily life activities. Functional independence is one of the most important factors for individuals; thus, the focus of this work is to understand health acquisitions in patients with the nursing diagnosis “*compromised take care of personal hygiene*”, after the intervention of a rehabilitation nursing specialist. A question emerges, as a starting point which led to this research, is: “How influent is the role of rehabilitation nursing specialist in the functional independence in individuals with the nursing diagnosis “*compromised take care of personal hygiene*?””.

**Goal:** The general aim of this study is to identify the influence of rehabilitation care on the functional independence of patients with nursing diagnosis “*compromised take care of personal hygiene*”.

**Methodology:** This study is placed in a quantitative template, with descriptive study type – correlational and longitudinal. The sample (N=18) is non-probabilistic, of accidental tipology, and was performed using patients affected with stroke who had the nursing diagnosis “*compromised take care of personal hygiene*” admitted in the stroke unit in a hospital from the northern region of Portugal, who were having rehabilitation nursing health care. Data were collected using a sociodemographic and clinical questionnaire and also using a specific tool to assess the level of functional dependence (Barthel Index).

**Results:** Of the 18 patients, it was found that, upon admission, 94.4% had severe self-care dependence on personal hygiene (total *score*). At the high, 50.0% acquired a state of complete independence. It took 5 to 26 days for the acquisition of independence.

**Conclusion:** The intervention of Rehabilitation Nursing Specialist in patients who suffered stroke with the nursing diagnosis “*compromised taking care of personal hygiene*” brings improvements to their health, such as a decrease in functional dependence for the self-care “*take care of personal hygiene*”.

**Key-words:** Stroke, Self-care, Rehabilitation nursing, Functional status, Personal Hygiene

## **Lista de Abreviaturas**

Avaliação – av.

Coordenação – Coord.

Hipótese 1 - H1

Hipótese 2 – H2

Hipótese 3 – H3

Ibidem (no mesmo lugar) – ibid.

Número – n.º

Página – p.

Páginas – pp.

Porcentagem - %

Pontos percentuais – p.p.

Primeira – 1ª

Questionário 1- Q1

Questionário 2 - Q2

Questionário 3 - Q3

Segunda – 2ª

Significância – Sig.



## **Lista de Acrónimos e Siglas**

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- AVD`s– Atividades de Vida Diária
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- COVID-19 – *Corona Virus Disease 2019*
- CRN – Centro de Reabilitação do Norte
- DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
- DGS – Direção Geral da Saúde
- ECTS – European Crédit Transferand Accumulation System
- EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- ENP – Estágio de Natureza Profissional
- EPE – Entidade Público Empresarial
- ER – Enfermagem de Reabilitação
- ERPI – Estrutura Residencial para Idosos
- ESS – Escola Superior de Saúde
- HTA – Hipertensão Arterial
- IB – Índice de Barthel
- IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo
- MeSH – *Medical Subject Headings*
- NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale,*
- OCDE - Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial da Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

RPER – Revista Portuguesa em Enfermagem de Reabilitação

RPQCEER - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SPAVC – Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TDAE – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UC – Unidade Curricular

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>ii</b>
<b>Dedicatória</b> .....	<b>iii</b>
<b>Pensamento</b> .....	<b>iv</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>v</b>
<b>Abstrat</b> .....	<b>vi</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	<b>vii</b>
<b>Lista de Acrónimos e Siglas</b> .....	<b>viii</b>
<b>Índice de Figuras</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Índice de Tabelas</b> .....	<b>xiv</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTE I: CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA</b> .....	<b>6</b>
<b>PARTE II – DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO</b> ....	<b>11</b>
<b>NOTA INTRODUTÓRIA</b> .....	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I– ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
<b>1. Enfermagem de reabilitação</b> .....	<b>18</b>
1.1 A Enfermagem de reabilitação no contexto de uma Unidade de AVC.....	19
<b>2. Cuidar da Higiene Pessoal Comprometido: um Ponto de Partida após o AVC</b> .	<b>23</b>
2.1 O AVC e a sua Patogénese.....	23
2.2 <i>Cuidar da higiene pessoal: um foco de atenção de enfermagem de reabilitação</i> .....	26
<b>3. Modelos Teóricos Estruturantes para a Prática Clínica de Enfermagem de reabilitação</b> .....	<b>29</b>
3.1 Teoria do Défice de Autocuidado.....	30
3.2 Teoria das Transições .....	33
<b>CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>36</b>
<b>1. Questão de Investigação</b> .....	<b>37</b>
<b>2. Objetivos de Investigação</b> .....	<b>37</b>
<b>3. Tipo de Estudo</b> .....	<b>38</b>
<b>4. População e Amostra</b> .....	<b>39</b>

<b>5. Variáveis .....</b>	<b>41</b>
<b>6. Hipóteses .....</b>	<b>43</b>
<b>7. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados .....</b>	<b>43</b>
7.1 Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica .....	44
7.2 Índice de Barthel.....	44
<b>8. Tratamento e Análise dos Dados/Técnicas .....</b>	<b>46</b>
<b>9. Aspetos e Considerações Éticas .....</b>	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO III – RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
<b>1. Apresentação dos Resultados Obtidos .....</b>	<b>50</b>
1.1. Caracterização das variáveis sociodemográficas .....	50
1.2. Caracterização das variáveis clínicas .....	51
1.3. Caracterização do grau de dependência nas categorias do Índice de Barthel: higiene pessoal, uso sanitário e banho, na avaliação inicial e final.....	53
1.4 Caracterização do grau de dependência no autocuidado <i>cuidar da higiene     pessoal</i> .....	54
<b>2. Resultados das Respostas às Hipóteses .....</b>	<b>56</b>
<b>3. Análise e Discussão dos Resultados Obtidos .....</b>	<b>67</b>
<b>4. Conclusões do Estudo.....</b>	<b>75</b>
<b>5. Contributos, Limitações e Sugestões para a Prática, Investigação, Gestão e Formação em Enfermagem .....</b>	<b>77</b>
<b>PARTE III - PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....</b>	<b>78</b>
<b>1. Competências Comuns Desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional .....</b>	<b>80</b>
1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal ..	80
1.2. Competências no domínio da gestão dos cuidados .....	81
1.3. Competências no domínio da formação em serviço.....	82
1.4. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	83
<b>2. Competências Específicas Desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional .....</b>	<b>85</b>

2.1. Cuida de pessoas com necessidades pessoais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática .....	85
2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	85
2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa .....	87
<b>CONCLUSÃO GERAL .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>105</b>
Anexo I –Índice de Barthel.....	106
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética .....	109
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>112</b>
Apêndice I - Projeto Formativo: prosposta de planificação do ENP.....	113
Apêndice II – Procedimento Técnico: intervenções do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação nos doentes com AVC.....	123
Apêndice III – Parametrização dos registos de ER, na plataforma Sclínico: sugestões de melhoria .....	130
Apêndice IV – Pedido de autorização à Comissão de Ética.....	168
Apêndice V – Declaração de consentimento informado .....	171
Apêndice VI – Questionário sociodemográfico e clínico.....	173
Apêndice VII – Grelha de observação.....	177
Apêndice VIII – Terapia de espelho.....	179
Apêndice X – Apresentação da formação em serviço.....	183

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Teoria do déficit do autocuidado de Dorothea Orem.....	31
<b>Figura 2</b> - Teoria das transições de Afaf Meleis.....	34
<b>Figura 3</b> - Desenho de investigação do estudo. ....	40

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição e caracterização das variáveis em estudo .....	42
<b>Tabela 2</b> -Distribuição da amostra segundo a idade .....	50
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da amostra das variáveis sociodemográficas, género, estado civil recodificada, nível de escolaridade recodificado e local de residência .....	51
<b>Tabela 4</b> - Distribuição da amostra segundo o tipo de AVC .....	52
<b>Tabela 5</b> – Frequências dos antecedentes pessoais.....	52
<b>Tabela 6</b> - Distribuição da amostra, segundo os valores obtidos nas categorias do Índice de Barthel (higiene pessoal, uso sanitário e banho) .....	53
<b>Tabela 7</b> - Distribuição da amostra, segundo os valores totais (scores totais) obtidos no autocuidado cuidar da higiene pessoal .....	54
<b>Tabela 8</b> - Valores totais do autocuidado cuidar da higiene pessoal, por doente .....	55
<b>Tabela 9</b> - Valores da independência funcional, entre os dois momentos de avaliação do Índice de Barthel.....	57
<b>Tabela 10</b> - Relação entre a idade e o grau de dependência funcional dos doentes, nos dois momentos em avaliação (N = 18) .....	58
<b>Tabela 11</b> - Diferenças da variável género em relação ao grau de dependência .....	59
<b>Tabela 12</b> - Diferenças da variável escolaridade recodificada em relação ao grau de dependência .....	60
<b>Tabela 13</b> - Diferenças da variável estado civil recodificado em relação ao grau de dependência .....	61
<b>Tabela 14</b> - Diferenças da variável proveniência em relação ao grau de dependência .	62
<b>Tabela 15</b> - Diferenças da variável tipo de AVC em relação ao grau de dependência..	63
<b>Tabela 16</b> - Diferenças da variável destino de alta recodificada em relação ao grau de dependência .....	64
<b>Tabela 17</b> - Relação entre o número de dias de internamento e o grau de dependência funcional dos doentes, nos dois momentos em avaliação .....	65

**Tabela 18** - Variáveis que contribuem para explicar o valor total (score total) na segunda avaliação (momento da alta)..... 66



## **INTRODUÇÃO**

---

O atual relatório final do Estágio de Natureza Profissional (ENP) surge no âmbito da Unidade Curricular–Estágio de Natureza Profissional com relatório final e encontra-se inserido no plano de estudos do 2º ano - 1º semestre, do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER) e decorreu no serviço da Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), num hospital da região norte, no período decorrente entre 3 de outubro de 2022 e 31 de março de 2023.

A Unidade Curricular (UC) do ENP com relatório final foi constituída por 30 ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System*) e na sua operacionalização correspondeu a 410 horas de contacto, distribuídas por 24 semanas, com uma média de 15 horas por semana, num total de 810 horas de trabalho. No sentido de assegurar a qualidade da prática de enfermagem de reabilitação baseada na evidência, transposta para a prática clínica, a UC do ENP incluiu, nas 410 horas de contacto, 20 horas de seminários, que decorreram no Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) - Escola Superior de Saúde (ESS).

No início do ENP, foi solicitado pela Gestora Pedagógica e Orientadora, Professora Doutora Salomé Ferreira, a realização da planificação de um projeto formativo (apêndice I). Este foi elaborado nas três primeiras semanas de contacto da aluna com o contexto real do ENP, de forma a efetuar o levantamento das necessidades do contexto e ao mesmo tempo evidenciar os objetivos pessoais, tendo como base de sustentação as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), incluindo a componente da investigação, formação e gestão. Este estágio foi tutelado pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação Sandra Franco, sob a Gestão Pedagógica da Professora Doutora Salomé Ferreira.

O ENP é uma etapa/processo de formação que visa o desenvolvimento pessoal/profissional, cimentado por uma aliança de aproximação do contexto teórico às práticas no âmbito da reabilitação, com a oportunidade de melhorar a qualidade do cuidar, através da implementação de dinâmicas de intervenção. De acordo com a alínea c) do artigo 6º do despacho nº16549/2012 e o regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do IPVC, o ENP visa:

“complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos através da integração do mestrado no exercício de uma

atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho” (IPVC, 2022, p.1).

Assim, este relatório tem como finalidade apresentar o desenvolvimento de competências e fazer uma reflexão crítica acerca da construção de saberes e da autonomia na prática clínica executada. O exercício crítico – reflexivo sobre a própria prática constitui um poderoso instrumento para a explanação do trabalho realizado em contexto de estágio. Para o ciclo de estudos conducente e para a obtenção do grau de mestre em ER e tal como documentado no guia orientador de ENP (2022), foram definidos, os seguintes objetivos:

- “Desenvolver competências na área dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, alicerçados e articulados em saberes do domínio cognitivo, técnico-científico e humano, ao indivíduo, família e comunidade e da pessoa ao longo do ciclo de vida;
- Desenvolver aprendizagens profissionais nomeadamente na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica;
- Desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador;
- Desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e colaboradores, e articulação na equipa multiprofissional;
- Desenvolver competências na prática de investigação, no âmbito da enfermagem de reabilitação, contribuindo para uma prática de enfermagem especializada baseada na evidência;
- Conceber/colaborar na realização de programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados” (p.2).

Este relatório emerge da sequência do projeto formativo do ENP, desenvolvido no início do estágio (apêndice I), onde se delineou o percurso formativo da estagiária face aos objetivos delineados:

- Desenvolver competências no domínio da formação em serviço;
- Desenvolver competências no domínio da gestão nos cuidados;
- Desenvolver conhecimentos e competências específicos de enfermagem de reabilitação, no domínio do doente do foro neurológico, com foco no autocuidado;

- Desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.
- Desenvolver competências no domínio da investigação, no âmbito da enfermagem de reabilitação.

O atual trabalho encontra-se dividido em duas partes (1) caracterização do contexto da prática clínica (onde se apresenta o serviço no qual foi desenvolvida a prática clínica relativa ao estágio de natureza profissional) e desenvolvimento do trabalho de investigação, subordinado ao tema:

***“Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio de atenção de enfermagem de reabilitação”.***

O trabalho de investigação encontra-se dividido em introdução e três partes, denominadas respetivamente Parte I (Contextualização e caracterização do contexto da prática clínica), Parte II (Desenvolvimento do trabalho de investigação) e Parte III (Processo formativo e desenvolvimento de competências comuns e específicas em enfermagem de reabilitação), seguida da conclusão geral, referências bibliográficas, anexos e apêndices.

Na contextualização e caracterização do contexto da prática clínica, denominada Parte I, realiza-se a caracterização do serviço onde se desenvolveu o ENP, no que concerne à organização de dinâmicas da equipa multidisciplinar, estrutura física, recursos humanos e materiais existentes.

A segunda parte do presente trabalho, denominada Parte II é dedicada ao desenvolvimento do trabalho de investigação em contexto do estágio de natureza profissional com relatório final. Esta parte está dividida em três capítulos, denominados respetivamente, Capítulo I (Enquadramento Teórico), Capítulo II (Metodologia de Investigação) e Capítulo III (Resultados). No enquadramento teórico abordamos os principais conceitos da temática a ser estudada, assim como destacamos a importância dos modelos teóricos estruturantes para a prática clínica em enfermagem de reabilitação. Na metodologia de investigação apresenta-se todo o percurso metodológico adotado para a consecução do presente trabalho de investigação, tais como questão e objetivos de investigação, tipo de estudo, população e amostra, variáveis, hipóteses, instrumento e procedimentos de recolha de dados, tratamento e análise de dados/técnicas e, por fim, os aspetos e considerações éticas. O terceiro capítulo evidencia os resultados obtidos com a

realização do ENP no âmbito da investigação. Este capítulo é constituído por: apresentação dos resultados obtidos (onde se apresenta a caracterização das variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e a caracterização do grau de dependência da amostra em estudo, no autocuidado *cuidar da higiene pessoal* nos dois momentos de avaliação), das respostas às hipóteses, análise e discussão dos resultados, conclusões do estudo e, por fim, os contributos, limitações e sugestões para a prática, investigação, gestão e formação em enfermagem.

Na parte III, denominada processo formativo e desenvolvimento de competências comuns e específicas, explana-se o desenvolvimento das competências comuns e específicas em enfermagem de reabilitação ao longo do ENP. Finaliza-se o trabalho com a conclusão geral, referências bibliográficas, anexos e apêndices.

Em suma, com este trabalho pretendemos contribuir, ainda que de forma modesta, para o aprofundamento, o progresso e expansão da enfermagem de reabilitação. É desta forma que a enfermagem, enquanto disciplina e ciência, consegue progredir e afirmar-se: através do conhecimento científico sustentado na evidência e na prática clínica, por sua vez, sustentada no conhecimento científico.

**PARTE I: CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO  
DA PRÁTICA CLÍNICA**

---

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) - Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), foi criada pelo Decreto – Lei 183/2008 de 4 de setembro, retificado no Decreto-Lei 12/2009 de 12 de janeiro. O hospital apresenta – se como um recurso imediato para a doença, não sendo visto como um meio de promoção para a saúde; assim o hospital é “um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objetivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde vinte e quatro horas por dia” (Portugal, 1998, p.3). Este é visto como um organismo que inclui atividades de promoção da saúde, dirige as suas atenções para a pessoa doente, e tem como funções a prevenção, tratamento, reabilitação, docência e investigação, quer em regime de internamento quer em ambulatório (Ibidem). No presente estudo, a intervenção e a investigação em enfermagem de reabilitação foram realizadas em regime de internamento.

A ULSAM é constituída por: duas unidades hospitalares (o Hospital de St<sup>a</sup> Luzia – V<sup>a</sup> Castelo e o Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima) e pelo Agrupamento de Centros de saúde (ACES) do Alto Minho, onde estão inseridos 12 centros de saúde (Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo, Vila Nova de Cerveira, Darque e Barroelas) e uma Unidade de Saúde Pública e duas unidades de convalescença (Ponte de Lima e Valença, sendo esta última pertencente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)).

Em Portugal, mais especificamente, na região norte existem seis UAVC para um total de 33 UAVC ao nível continental, tal como é documentado pela Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC, 2017). O ENP decorreu na UAVC do serviço de medicina de um hospital da região norte. A escolha do local de estágio deveu-se ao interesse em desenvolver mais competências na área da neurologia, podendo, neste contexto, contribuir para o trabalho de investigação e a reabilitação do doente, com diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido*.

A UAVC, palco do ENP, é uma unidade de nível C, uma vez que não tem presença contínua de médico e não faz tratamento fibrinolítico. A UAVC é constituída por uma área física de acolhimento ao doente com acidente vascular cerebral, para a prestação de cuidados especializados realizados pela equipa multidisciplinar, em que as práticas são sintonizadas entre todos os elementos e baseadas na evidência. Assim sendo, considera-

se importante compreender os recursos disponíveis na unidade de AVC onde foi desenvolvido o estágio.

Os enfermeiros de reabilitação têm intervenções especializadas de reabilitação nos mais variados contextos, decorrentes da mudança do paradigma assistencial que privilegia os cuidados de saúde primários, a hospitalização domiciliária, os cuidados continuados e programas de reabilitação em contexto ambulatorio (Gaspar et al., 2021).

O contexto selecionado para estudar a intervenção do EEER, tal como já referido anteriormente, é o contexto hospitalar, mais concretamente numa unidade de AVC. Neste sentido, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER, 2010) contextualiza que, relativamente aos cuidados hospitalares, a prática do EEER é determinante na prevenção de complicações e no desenvolvimento da independência funcional e conseqüente qualidade de vida da pessoa e família, intervindo nas disfunções do foro neurológico, respiratório, cardíaco, ortopédico, traumatológico, sendo essencial a sua presença nas unidades de AVC (Acidente Vascular Cerebral) e em serviços com grande número de pessoas idosas e/ou dependentes.

Na UAVC, são internados todos os doentes do foro neurológico, podendo, no entanto, receber doentes com outras patologias que não AVC. A UAVC está inserida num serviço de medicina, que possui uma lotação máxima de 30 camas. É de referir que dentro das 30 camas, existem dois quartos de isolamento. Os isolamentos são reorganizados mediante necessidade, dada ainda a situação de *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), bem como outras situações que assim o pudessem justificar. A tipologia e distribuição dos doentes admitidos neste serviço é mista e aleatória e, quanto à idade, é um serviço de doentes a partir dos 18 anos de idade, adultos e idosos.

A unidade de AVC propriamente dita é constituída por duas unidades, com quatro camas cada unidade, perfazendo um total de oito camas. Todas as unidades de AVC incluem monitores, mesinhas de cabeceira e de alimentação e cacifos para os pertences dos doentes. Relativamente às enfermarias, estas estão equipadas com luz natural, aquecimento, campainhas, rampas de ar comprimido e oxigénio, sistema de vácuo para a aspiração de secreções e monitores individualizados por doente. O lavatório para higienização das mãos e as instalações sanitárias encontram-se fora das enfermarias, existindo quatro casas de banho/WC, de uso comum a todos os doentes da UAVC.



Ao nível dos recursos humanos, o serviço de medicina, onde está inserida a UAVC, é formado por uma vasta equipa multidisciplinar: um diretor/responsável, três médicos (assistentes graduados), um médico (assistente), quatro médicos internos, uma enfermeira gestora, onze EEER, doze enfermeiros de cuidados gerais, duas assistentes sociais, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um terapeuta da fala, nove assistentes operacionais e uma secretária da unidade.

Enalteço a capacidade desta equipa em comunicar, havendo sempre passagem de informação ao longo dos turnos, assim como a existência de reunião multidisciplinar uma vez por semana (5<sup>a</sup> feiras), para discussão e apresentação de casos clínicos dos doentes internados na unidade AVC. Nesta reunião, para além da presença dos médicos responsáveis pelos doentes internados na unidade, também estão presentes outros elementos da equipa multidisciplinar que desempenham um papel importantíssimo no processo de reabilitação destes doentes, tais como: enfermeira especialista em reabilitação, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista.

No serviço, existe uma sala para os profissionais onde se encontra a telemonitorização dos monitores que estão nas unidades dos doentes podendo, desta forma, manter-se a vigilância durante a passagem de turno e execução dos registos nos computadores. Nesta sala, também se realizam as reuniões interdisciplinares. Considero também que a existência de uma sala de registos comum favorece este diálogo e relação próxima, importante para todo o percurso de internamento do indivíduo acometido.

No que concerne à constituição da equipa de enfermagem, tal como já referido anteriormente, é composta por 23 elementos e, apesar de existirem 12 enfermeiros especializados com o título de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a generalidade dos cuidados prestados aos doentes são cuidados gerais de enfermagem por esses enfermeiros. Nos cuidados de enfermagem de reabilitação, observa-se a inexistência de um protocolo institucional para o exercício da enfermagem de reabilitação, sendo esta uma das necessidades detetadas, em contexto de estágio, e posteriormente refletida no relatório final, no âmbito do desenvolvimento das competências comuns na gestão em serviço.

O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem, neste serviço, é um método “individual/partilhado”. É “individual” porque diariamente todos os enfermeiros efetuam

um plano diário de trabalho e é “partilhado”, porque em passagem de turno comunicam informação ao enfermeiro que vai prestar cuidados ao doente.

Ao nível de recursos materiais, o serviço de UAVC está equipado com o mais variadíssimo material que facilita/auxilia numa reabilitação mais rápida dos doentes, bem como na prevenção de possíveis complicações clínicas, assim como numa maximização das capacidades de funcionalidade do doente acometido. Quanto ao material utilizado para a prática dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER), existe um armário onde são armazenados: pesos, bastões, diversas talas de Margaret Johnstone, pedaleira, bolas de diferentes texturas e tamanhos, cubo de estimulação neurossensorial, quadro e diversos materiais de formas distintas para estimulação sensorial (cubos com cores, frascos de cheiros, utensílios para apoio para as Atividades de Vida Diária (AVD`s)), diversos jogos e materiais para coordenação motora e estimulação cognitiva, espelho para treino de exercícios orofaciais, bem como andarilhos, bengalas, tripés. Existem cadeiras de rodas, cadeirões, bem como mesas de trabalho e bancos de apoio.

O estágio iniciou-se no dia 3 de outubro de 2022, em contexto do IPVC-ESS, onde a Professora Doutora Salomé Ferreira orientou o grupo de alunos para os campos de estágio e nos entregou o Guia Orientador do ENP referente ao ano letivo 2022/2023, assim como foi facultada informação sobre os objetivos do ENP, *timings* e carga horária, bem como dos dias e respetiva carga horária dos ENP.

Na primeira semana de estágio, foi realizada uma reunião informal com a enfermeira orientadora e tutora, no sentido de agilizar dinâmicas e estabelecer estratégias para a consecução do trabalho a ser realizado em contexto da prática clínica, de forma a dar resposta à aquisição/desenvolvimento das competências comuns e específicas em enfermagem de reabilitação.

## **PARTE II – DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

---

**NOTA INTRODUTÓRIA**

---

As doenças cerebrovasculares são uma das principais causas de morte e dependência na população ao nível mundial. Em 2021, a população residente com 16 ou mais anos, 43.9% referia ter uma doença crónica ou problema de saúde que poderia durar 6 ou mais meses e 34.9% referia sentir-se limitada na execução das atividades consideradas comuns para a maioria das pessoas no que concerne a problemas de saúde (Portugal, 2022). A região norte era aquela, onde a população residente referia com maior frequência a ocorrência de limitação, com grau de dependência mais severo, abrangendo cerca de 11.1% da população residente (Portugal, 2022).

O envelhecimento é um fenómeno que é extensível à população ao nível mundial, neste sentido, o aumento do número de idosos aumenta consideravelmente a possibilidade de aparecimento de doenças crónicas/degenerativas, mas também do foro neurológico e musculoesquelético e concomitantemente a maior dependência. A enfermagem de reabilitação pretende dar ênfase à recuperação ao nível das atividades de vida diárias, na mobilidade, na comunicação, na deglutição, nos défices cognitivos e nas relações sociais. Em 2019, cerca de 9% da população mundial tinha 65 ou mais anos, com projeção para atingir os 16% em 2050 (United Nations, 2019). No que diz respeito à União Europeia, em 2020, o número de pessoas com 65 ou mais anos representava 20.6% da população, constituindo um aumento de 3% comparativamente a 2010 (Eurostat, 2021). No panorama nacional, dados dos censos de 2021 apontam para 23.4% da população com uma idade igual ou superior a 65 anos, mais 4.4% relativamente a 2011 (Pordata, 2021<sup>f</sup>). Menoita (2012) refere ainda que a incidência do AVC é crescente com o aumento da idade.

A enfermagem de reabilitação auxilia o doente a alcançar a independência tão rapidamente quanto possível. Com o envelhecimento da população e a presença de uma sociedade com aumento exponencial do envelhecimento na população mais idosa, a avaliação do grau de autonomia deste grupo populacional é de extrema importância, quer na avaliação do estado de saúde, assim como na planificação dos cuidados tendo em consideração as suas necessidades. No atual panorama mundial, taxas de natalidade consistentemente baixas combinadas com o aumento da esperança média de vida levam a que tenhamos uma população cada vez mais envelhecida (Eurostat, 2021).

Posto isto, pretende-se com o presente trabalho adquirir novos conceitos ao nível do domínio do saber, demonstrando rigor científico, análise crítica e reflexiva. É necessário

ter consciência da importância da independência funcional para o doente e da representatividade dos ganhos em saúde, quer o impacto que tem na vida dos doentes e suas famílias, quer a projeção que esses ganhos têm ao nível da saúde. Neste sentido, consideramos pertinente intervir nos doentes com AVC, mais especificamente nos doentes com o *cuidar da higiene pessoal comprometido*, através da implementação de programas de reabilitação, individualizados e adequados aos doentes em questão, desenvolvendo desta forma a componente de investigação.

A escolha deste tema deve-se inicialmente ao interesse das investigadoras pela temática e pela importância que esta tem para uma entidade familiar, comunidade, mas acima de tudo para o doente que apresenta dependência funcional nas suas atividades de vida diária, com incidência na capacitação para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal*. A alteração da funcionalidade nos doentes, nomeadamente ao nível da execução do *cuidar da higiene pessoal*, é uma problemática identificada, sendo que a capacitação destes doentes é um patamar a ser atingido e daí a importância da intervenção do EEER.

O método de pesquisa utilizado inicialmente foi a confirmação da existência dos seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): autocuidado, acidente vascular cerebral, estado funcional e enfermagem em reabilitação, na plataforma DeCS/MeSH e posteriormente a pesquisa bibliográfica.

Em Portugal, os estudos desenvolvidos sobre esta temática, recaem sobretudo na população idosa. Esta limitação ao nível da caracterização das pessoas dependentes, complica o exercício profissional dos enfermeiros, pois o seu conhecimento é essencial para estabelecer a sua intervenção, ajustando-a à situação de dependência e à seleção de procedimentos a utilizar para ensinar e instruir estratégias adaptativas ou treinar capacidades remanescentes (Ribeiro et al., 2014).

O estudo desenvolvido por Santos (2017) designado “Ganhos em saúde no serviço de medicina física e reabilitação: contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação”, verificou a existência de ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro de reabilitação, particularmente nos doentes com elevado e moderado grau de dependência no autocuidado. No seu estudo, Santos (2017) pode concluir que a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação pode ser evidenciada em ganhos de autonomia face ao autocuidado, de capacidade funcional, de desempenho das AVD`s

e da melhoria da qualidade de vida dos doentes. Existem outros estudos, tais como os de Azeredo e Matos (2003); Sequeira (2010); Ribeiro et al. (2014); Araújo et al. (2017); Coito (2018); Alcobia et al. (2019); Figueiredo et al. (2020), Campos et al. (2020) e Santos et al. (2021) que evidenciam o impactante papel de enfermagem de reabilitação na capacitação do doente para a independência funcional na realização das atividades de vida diária.

Assim sendo, a elaboração do presente trabalho prende-se, com os seguintes objetivos:

- Adquirir e consolidar conhecimentos relativos à investigação, de forma a transportar os mesmos para a prática clínica;
- Aprofundar conhecimentos teóricos na área da investigação em enfermagem;
- Compreender a importância da investigação na prática em enfermagem de reabilitação;
- Cumprir um dos requisitos para a aquisição de grau de Mestre em enfermagem de reabilitação e título de especialista em enfermagem de reabilitação.

As intervenções desenvolvidas pelo EEER permitem maximizar as capacidades funcionais nos doentes com dependência funcional para as atividades de vida diária. No que concerne, aos objetivos do estudo, definiram-se os seguintes:

- Caracterizar o grau de dependência funcional dos doentes para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal*;
- Identificar a influência das características sociodemográficas e clínicas nos doentes com diagnóstico de enfermagem, *cuidar da higiene pessoal comprometido*;
- Verificar se as intervenções do EEER influenciam os ganhos em saúde dos doentes com diagnóstico de enfermagem, *cuidar da higiene pessoal comprometido*.

Para a elaboração deste trabalho, optou-se pela abordagem quantitativa e a amostra foi selecionada através de um processo de amostragem não probabilístico do tipo acidental, com recurso ao questionário e ao Índice de Barthel, como instrumento de recolha de dados.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---



O enquadramento teórico corresponde aos constructos de toda a investigação. Nesta primeira abordagem do estudo serão abordadas: a pesquisa bibliográfica, onde emergiu o interesse pelo tema em estudo, bem como a problemática em investigação.

Neste sentido, esta parte do trabalho procura contemplar as bases conceptuais do problema em estudo, que permitem contextualizar os conceitos e relacioná-los, de forma a descrever, explicar e encontrar relações entre eles. Preconiza-se que este seja a base de sustentação teórica para o posterior tratamento de dados. Assim sendo, na elaboração de um estudo de investigação é essencial “(...) definir uma estrutura teórica ou conceptual que permita ordenar o conjunto de conceitos e sub-conceitos, de maneira a precisar a orientação do estudo (...)” (Fortin, 2009, p.114).

Os conceitos que surgem no âmbito da investigação do estudo são: autocuidado, acidente vascular cerebral, enfermagem em reabilitação, estado funcional e higiene pessoal. De seguida, iremos definir e contextualizar as palavras-chave do presente estudo.

## **1. Enfermagem de reabilitação**

A história da enfermagem de reabilitação teve início no século XX e baseia-se numa “(...) filosofia de cuidados de enfermagem baseada em princípios reabilitativos e restaurativos. Os objetivos da enfermagem de reabilitação são maximizar as habilidades funcionais, ótima saúde e adaptação às alterações no estilo de vida” (St.-Germain D. & Canadian Association of Rehabilitation Nurses in Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (RPER), 2018, p.7).

O âmago da reabilitação está direcionado para o restabelecimento da independência funcional da pessoa ou recuperação do seu nível de função pré-lesão ou pré-incapacidade. O sucesso de um programa de reabilitação, nos doentes com AVC depende de um desenvolvimento lento, repetitivo e constante, com sequência de atividades do dia-a-dia e uma série de exercícios isolados, que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa (Branco & Santos, 2010).

“A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar abrange um vasto corpo de conhecimentos e técnicas específicas que permitem assistir as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Assim, o seu objetivo principal é melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (OE 2009, p.13565).

Segunda a APER (2010) os enfermeiros especialistas têm preconizado como missão:

“a promoção de ações para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, não só com o intuito de manter as suas capacidades funcionais como, fundamentalmente, otimizar a qualidade de vida dos doentes, família e comunidade, a sua socialização, a sua dignidade. Atuando na saúde e na doença, aguda ou crónica, contribuem para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social das pessoas, minimizando as incapacidades, nomeadamente através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de atividades de vida diária, ensino sobre a otimização ambiental e utilização de ajudas técnicas” (p.1).

Menoita (2012) acrescenta ainda que, o enfermeiro de reabilitação adequa as suas intervenções, às características envolventes em cada situação, de forma a definir objetivos para níveis máximos de independência funcional, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e limitações, reforçando comportamentos de adaptação positiva, assegurando a continuidade dos cuidados e assim diminuir o impacto da incapacidade, com a contribuição dos diferentes profissionais nos seus diferentes papéis e competências.

As intervenções em enfermagem de reabilitação englobam resultados de investigação, orientações de boas práticas de cuidados que são baseados na evidência, considerando-se estas, instrumentos imprescindíveis para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros em reabilitação, e da qualidade dos cuidados prestados (Decreto-Lei nº 350/2015). Ainda segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro de reabilitação “(...) concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação baseados nos problemas de saúde reais e potenciais, decorrentes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa idosa e/ou alteração do estilo de vida resultante da deficiência/incapacidade ou doença crónica” OE (2009, p.23), em vários contextos ou unidades, neste sentido iremos abordar a importância de enfermagem de reabilitação numa UAVC.

### 1.1 A Enfermagem de reabilitação no contexto de uma Unidade de AVC

A afetação nas AVD`s é um dos *outcomes* mais importantes após um AVC, competindo à enfermagem de reabilitação promover a máxima independência funcional. Para além do cuidado à pessoa, o objetivo da reabilitação passa também pela capacitação, maximização da funcionalidade, mas também da participação da família em todo o processo de reabilitação (Menoita, 2012). O enfermeiro de reabilitação tem ainda competências que lhe permitem conceber e desenvolver planos e programas de intervenção que maximizam a capacidade funcional, a adquirir condições e oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, a identificar barreiras que dificultam a participação social e a cooperar com as estruturas da comunidade, de modo a promover um ambiente seguro e inclusivo das pessoas (Regulamento n.º 392/2019).

De acordo com a APER (2010), “as limitações do foro neurológico causam grande incapacidade, dor, sofrimento e limitações nas atividades de vida diária da pessoa acometida e sua família, alterando a qualidade de vida do doente e família”. Nesta

perspetiva, cabe ao enfermeiro especialista em reabilitação “promover os processos de readaptação da pessoa (...) não só com o intuito de manter as suas capacidades funcionais como, fundamentalmente otimizar a qualidade de vida” (p.1), de forma a capacitar a pessoa e a maximizar a sua funcionalidade.

Segundo a SPAVC (2017), as UAVC têm como desígnio dar resposta ao impacto do AVC em Portugal. Na UAVC existem espaços físicos destinados à intervenção de uma vasta equipa multidisciplinar especializada, na fase aguda. Os objetivos das unidades de AVC passam por iniciar tratamentos e reabilitação precoce, prevenindo o agravamento do AVC, identificando fatores de risco e comorbilidades associadas, realizando educações para a saúde aos doentes admitidos, abordando a fase aguda do AVC, evitando situações de morbidade e garantindo a continuidade de cuidados na pós-alta (SPAVC, 2017).

Araújo et al. (2021) aludem que “um dos principais objetivos da reabilitação da pessoa com compromisso no sistema nervoso é que ela se torne capaz de concretizar o máximo de atividades inerentes ao autocuidado de forma independente” (p.231).

A intervenção do enfermeiro de reabilitação constitui:

“uma área de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (...) dirigem -se à pessoa em todas as fases do ciclo vital, no sentido de: promover o seu projeto de saúde no que respeita à prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinem limitações da atividade e/ou incapacidades; promover os processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade e promover a capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência” (Decreto-Lei nº 350/2015, p.16656).

Os doentes com AVC admitidos em meio hospitalar, tratados por uma equipa multidisciplinar especializada em AVC demonstram melhores resultados do que os doentes admitidos em serviços que não possuem tais equipas, repercutindo-se em diminuição da mortalidade, do grau de dependência e no tempo de internamento (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2006). Quanto mais precocemente os doentes forem estimulados para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal*, menos capacidades

perdem e mais rapidamente se tornam independentes, verificando-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e conseqüentemente ganhos na independência no autocuidado, assim como na aprendizagem de capacidades para o autocuidado (Santos et al., 2021).

Através dos ganhos obtidos com a intervenção do enfermeiro de reabilitação, pretende-se justificar a necessidade da intervenção de enfermagem de reabilitação, no contexto de uma unidade de AVC. Ainda segundo a visão do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (RPQCEER) a “excelência da enfermagem de reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática”, uma vez que “previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem déficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” (OE, 2011, p. 3) e principalmente na orientação da pessoa para um padrão de vida independente, compatível com as suas limitações. A OMS (2006) refere que “a mobilização e a reabilitação precoce dos doentes com déficit neurológicos graves contribui para reduzir a incapacidade após o AVC e a evitar complicações” (p.16).

No pensamento de Delgado et al. (2021) a enfermagem como uma disciplina humana prática dá suporte à tomada de decisão dos enfermeiros, nomeadamente ao fenómeno do autocuidado, enquanto foco extremamente sensível, aos cuidados de enfermagem e que requer dos EEER um nível de competências específicas, técnicas e relacionais diversificadas, com base no quadro de referência distinto destes profissionais de saúde. Relativamente à categoria bem-estar e autocuidado é transversal tanto para o enfermeiro dos cuidados gerais como para o enfermeiro especialista, sendo que este último, apresenta mais competências inerentes a categoria de bem-estar e autocuidado, tal como estão documentadas no regulamento das competências específicas do EEER, n.º 392/2015:

“a identificação, o mais rapidamente quanto possível, dos problemas reais ou potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação. Estas contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida diária relativamente às quais o cliente é dependente; a análise com o cliente e pessoas significativas das alterações da funcionalidade, definindo com ela as estratégias a implementar, os resultados esperados

e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida; a prescrição das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; a seleção e prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); o ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa; a conceção de planos e programas, seleção e prescrição de intervenções de enfermagem de reabilitação para redução do risco de alteração da funcionalidade; o ensino, instrução e treino do cliente e pessoas significativas sobre técnicas que promovam o autocuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem de reabilitação e que sejam suscetíveis de serem delegadas no enfermeiro de cuidados gerais ou outros, pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; a referenciação para outros enfermeiros especialistas de situações problemáticas identificadas, de acordo com a sua área de intervenção e com os perfis de competências de cada especialidade”.

Posto isto, o foco de atenção deste trabalho debruçou-se sobre o doente neurológico, nomeadamente no doente com AVC, com o *cuidar da higiene pessoal comprometido*.

## **2. Cuidar da Higiene Pessoal Comprometido: um Ponto de Partida após o AVC**

O AVC tal como refere Menoita (2012), deve ser entendido como um problema de saúde pública e uma doença crónica, porque engloba um conjunto de implicações para os profissionais e políticos na área da saúde, bem como para as comunidades locais, exigindo a implementação de abordagens adaptadas, no sentido de possibilitar à pessoa uma maximização das suas potencialidades.

Uma grande maioria das pessoas acometidas com AVC, vêm-se deparadas com mudanças inesperadas e rápidas de estilo de vida, confrontando-se com limitações físicas e cognitivas que as impedem de realizar as suas atividades básicas de vida diária (ABVD), tais como vestir, tomar banho, alimentar-se, transferir-se de posição e o controlo de esfíncteres, assim como ao nível das Atividades de Vida Diária Instrumentais (AIVD), atividades estas que incluem: preparação de alimentos, usar o telefone, tomar medicação, gerir o dinheiro, usar os meios de transporte entre outras (Branco & Santos, 2010). Tal como refere Araújo et al. (2021) na sua obra, é inexequível abordar toda a complexidade de auxílio de enfermagem de reabilitação ao doente com compromisso do sistema nervoso, no entanto, um dos focos de atenção de enfermagem de reabilitação mais relevantes para Araújo et al. (2021) são os autocuidados.

### **2.1 O AVC e a sua Patogénese**

A doença cerebrovascular, de acordo com Araújo et al. (2007, p.199) “é uma ameaça à qualidade de vida na velhice não só pela sua elevada incidência e mortalidade, mas também pela alta morbidade que causa, implantando-se frequentemente em pessoas já com problemas físicos e/ou mentais”.

O AVC é considerado como a primeira causa de morte em Portugal apesar de ser das doenças neurológicas, aquela que apresenta maior potencial de prevenção (Menoita, 2012). A mortalidade por AVC diminuiu e para tal tem contribuído a deteção precoce, o tratamento da Hipertensão Arterial (HTA) e o tratamento do doente na fase aguda, através do internamento em unidades de AVC (Portugal, 2021<sup>a</sup>).

Segundo Portugal (2021<sup>a</sup>) em 2019, dos 25.105 doentes admitidos por AVC em hospitais públicos, 12.996 foram internados em unidades especializadas em AVC e 9.841 foram

diagnosticados com AVC isquémico. Anualmente, da totalidade de doentes internados por AVC perto de 50% são alvo de tratamento em UAVC, percentagem esta, que aumentou significativamente ao longo dos tempos (Portugal, 2021<sup>a</sup>).

A OMS (2006) define AVC como um “comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular” (p.6).

As classificações do AVC não são unânimes, porém a mais comum baseia-se no critério da etiologia, classificando o AVC em dois grandes grupos: o hemorrágico e o isquémico. Dentro do AVC isquémico este pode ser classificado em trombótico, embólico e lacunar enquanto o AVC hemorrágico pode ser classificado em intracerebral, parenquimatoso e subaracnóide (Menoita, 2012). A prevalência do AVC isquémico comparativamente, à do AVC hemorrágico é muito superior (Branco & Santos, 2010; Salgueiro, 2011 e Portugal, 2017). De acordo com, Menoita (2012) o AVC de etiologia hemorrágica “é o mais grave, com mortalidade até 50% nos 30 dias subsequentes e ocorre numa população mais jovem” (p.16).

Ao explorar a área das doenças cerebrovasculares, nomeadamente, o AVC torna-se essencial abordar os fatores de risco. Marques (2007) define fator de risco como “uma característica ou estilo de vida num indivíduo, ou numa população, que indica que esse indivíduo ou essa população tem uma probabilidade aumentada para contrair uma doença” (p.28). Neste sentido, quanto maior for o grau de anormalidade dos fatores de risco, ou quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior será o risco de ocorrência de AVC (Ibidem, 2007). O AVC é considerado uma doença multifatorial que apresenta vários fatores de risco. Os fatores de risco do AVC dividem-se em modificáveis (hipertensão, hipercolesterolemia, patologia cardíaca, diabetes, obesidade, sedentarismos, entre outras) e não modificáveis (idade, género e etnia) (OMS, 2006; Menoita, 2012). Ferro (2006) menciona que os fatores de risco mais importantes, para a ocorrência de AVC são: a idade e a HTA. Neste sentido, o aumento da idade e da HTA, proporciona um aumento exponencial da ocorrência de doenças cerebrovasculares. Segundo dados obtidos do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (OCDE, 2021) em Portugal, cerca de um terço das mortes registadas em 2019 podem estar a:



“ser atribuídas a fatores de risco comportamentais. O excesso de peso e a obesidade constituem um problema de saúde pública cada vez maior nos jovens e adultos. Em 2018, 22% dos jovens com 15 anos tinham excesso de peso ou eram obesos, um valor superior à média europeia” (p.7).

Relativamente ao género, de acordo com Martins (2006), o género masculino fica mais exposto ao AVC, com incidência de 1.25 vezes maior do que o género feminino. O género feminino, em idades mais jovens beneficiam de uma proteção hormonal, no entanto, após a menopausa, dada a ausência de estrogénios endógenos, ficam mais vulneráveis à doença (Menoita, 2012). Na prevenção do AVC a “elevada prevalência nacional dos fatores de risco implica que se tenha especial atenção à sua efetiva prevenção, deteção e correção” (Branco & Santos, 2012, p.12).

Segundo Loureiro et al. (2010) o AVC

“pode deixar vários tipos de incapacidades com as quais o indivíduo terá de se confrontar ao longo da sua vida. Os aspetos inerentes à patologia são fatores preditivos de prognóstico. O tipo, a localização, a extensão e a profundidade e a recorrência do AVC são fatores determinantes da incapacidade” (p.163).

Para Lacerda et al. (2018), as manifestações clínicas nos doentes com AVC modificam de acordo com a topografia da lesão e consoante a área cerebral afetada e ocorrem disfunções clínicas específicas da área lesionada. Posto isto, as manifestações clínicas, mais comuns nos doentes com AVC, são alterações do tónus muscular e de equilíbrio corporal, movimentos estereotipados, apraxia, agnosia, afasia, diminuição ou perda de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, podendo também ocorrer alterações comportamentais. Assim, a pessoa com AVC pode apresentar diversas manifestações clínicas, de acordo com a área do cérebro afetada. “Uma correta neuroavaliação das alterações ou potenciais alterações, do estado neurológico pode ser a chave do sucesso da reabilitação” (Menoita, 2012, p. 40) e tal como documentado pela OMS (2006), a reabilitação precoce nos doentes com AVC é essencial na diminuição de incapacidades e na prevenção de complicações e conseqüências das alterações da funcionalidade após AVC torna-se fundamental abordar o *cuidar da higiene pessoal* no doente pós-AVC, neste trabalho de investigação.

## 2.2 *Cuidar da higiene pessoal*: um foco de atenção de enfermagem de reabilitação

Na prática de enfermagem de reabilitação, o autocuidado tem uma definição ampla que de acordo com Hoeman et al. (2008), englobam “os cuidados pessoais, vestir-se, tomar banho, ir à casa de banho e comer” (p.244). No presente estudo, tal como já referido anteriormente incidiu-se na atuação do enfermeiro de reabilitação no autocuidado *cuidar da higiene pessoal* que é caracterizado pela Ordem dos Enfermeiros (2022) como, a capacidade da pessoa para obter os objetos para o banho, abrir a torneira, lavar e secar o corpo ou partes do corpo, aplicar produtos de higiene, pentear-se, barbear-se, cortar as unhas, limpar-se e ajustar a roupa após o uso do sanitário. Assim, o autocuidado, como conceito chave da intervenção do enfermeiro de reabilitação, tem uma definição ampla. Para a pessoa é mais do que um conjunto de ações aprendidas, é um processo que permite que a pessoa e família adquiram independência e assumam a responsabilidade pelos cuidados pessoais (Hoeman, 2000).

A reabilitação tem, como objetivo central que a pessoa se torne o mais independente possível nas AVD`s, constituindo este o enfoque central do EEER. Desta forma, e como referem Araújo et al., (2021) “a pessoa deve ser incentivada e reeducada a realizar as AVD`s, usando padrões de movimento próximos da normalidade o mais precocemente possível, realizados sem esforço associado (...)” (p.165). Este aspeto é o foco da enfermagem de reabilitação, nomeadamente, na promoção da independência da higiene pessoal, capacitando o doente para uma maior autonomia e conseqüentemente para aquisição de melhor qualidade de vida e autoestima.

Ao longo dos anos o ser humano tem prestado particular atenção à sua higiene pessoal e existem evidências arqueológicas dos meios pelos quais, estas atividades foram feitas pelas pessoas de civilizações anteriores. Roper et al. (1995) documentam que no decorrer do tempo, tem ocorrido um refinamento gradual dos artigos usados ao nível da higiene pessoal existindo um maior interesse nesta área. A preocupação com a higiene pessoal é uma atitude que é inculcada desde tenra idade, à maioria dos doentes (Ibidem, 1995). Hoeman et al. (2008) mencionam que “as atividades de autocuidado podem estar sujeitas a crenças e práticas culturais e étnicas em relação a lavar-se ou tomar banho e cuidados pessoais, que podem variar entre indivíduos ou famílias” (p.244). Contudo podem ainda existirem fatores determinantes para o autocuidado, denominando-os como dimensões,

de índole física, cognitiva, psicológica, sociodemográfica, social/saúde, espiritual/cultural e económica e respetivos componentes, de acordo com Petronilho (2012).

Com base no conhecimento da patogénese do AVC, durante a isquemia cerebral uma parte do tecido neural mantém-se viável durante as primeiras horas (Menoita, 2012). Neste sentido, aconselha-se que nas primeiras 48 horas pós-lesão cerebral, ou enquanto o doente não estiver neurologicamente estável, se evite a superestimulação. Contudo, é essencial iniciar uma intervenção estruturada e orientada para a recuperação e reeducação funcional (Annunziato, 2009). Corroborando, a OMS citado por Araújo et al. (2021) referem que “a reabilitação neurológica visa promover a independência funcional” (p.164). A independência funcional corresponde a capacidade de desempenho de atividades vida diárias e de autocuidado (Sequeira, 2010<sup>a</sup>). Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2002), a independência funcional é a capacidade que a pessoa possui para executar tarefas sozinhas, sem a necessidade de ajuda de terceiros.

A reabilitação, como método educativo, tem de ser empreendedora, contínua, progressiva e tem como objetivos, a recuperação funcional da pessoa, sua reintegração no seio familiar, comunidade e sociedade (Menoita, 2012). Após a ocorrência de AVC a reabilitação em enfermagem faz-se “através de uma sequência de exercícios que se aproximam do padrão do neurodesenvolvimento motor dos bebés: rolar, ficar em ventral, sentar, gatinhar, ficar em pé e andar” (Araújo et al., 2021, p.166).

À enfermagem de reabilitação exige-se um papel estruturante no processo de gestão da cronicidade, assim como uma competência técnica e teórica irrepreensível e segundo a APER (2010), as intervenções de enfermagem de reabilitação, são cuidados especializados que estão direcionados para a saúde e doença, na fase aguda ou crónica, que contribuem para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social da pessoa, minimizando as incapacidades, através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de AVD's, ensino sobre a otimização ambiental e de utilização de ajudas técnicas.

O treino das AVD's é de extrema relevância na promoção do autocuidado, tendo presente o estímulo ao doente para que se torne o mais independente, auxiliando-o apenas naquilo que este não consegue realizar autonomamente, estimulando o lado afetado, no sentido

de obter uma maior autonomia e autoestima (Branco & Santos, 2010 e Menoita, 2012). Nas AVD`s, o doente deve de ser incentivado a realizá-las “usando padrões normais de movimento e com estimulação multissensorial o mais precoce possível”, assim como “os membros afetados devem de ser integrados progressivamente nas diferentes tarefas do quotidiano” OMS, (2003); Davies, (2008) cit. in Araújo et al. (2021, p.230). O enfermeiro de reabilitação, na sua prática com o doente com AVC socorre-se de ajudas técnicas, de modo, a permitir ao doente uma atividade mais independente. As ajudas técnicas ou produtos de apoio são:

“meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma atividade mais independente, com maior comodidade, com menor esforço e dor, com o menor dispêndio de energia e maior comodidade” (Menoita, 2012, p.117).

A participação da família nos cuidados ao doente, é outro aspeto, a desenvolver numa parceria caracterizada pelo *empowerment* (Menoita, 2012). Araújo et al. (2021) menciona que no processo de capacitação do cuidador, deve-se abordar noções de ergonomia e mecânica corporal, assim como a importância de integrar os membros afetados nas AVD`s e estabelecer rotinas do quotidiano, com o auxílio do doente e assim obter maior independência funcional e de preferência sem auxílio de ajudas técnicas/materiais de apoio. Olson (2008) diz-nos que:

“o nível de participação nas atividades de autocuidado depende da força do doente, da sua capacidade e disposição para aprender, e o nível de assistência deve estar de acordo com a extensão da lesão, grau de incapacidade (incluindo a rigidez muscular e a fraqueza ou dor), e o tempo decorrido desde o início da doença” (p. 431).

De acordo com Ribeiro et al. (2014) o autocuidado é fundamental na vida de qualquer pessoa e as transições estão intimamente associadas às alterações na capacidade para o autocuidado. A dependência no autocuidado, necessita da intervenção de enfermagem de reabilitação, pois torna-se essencial perceber o estado funcional do doente e a sua circunstância de vida.

Assim sendo, e cientes da importância de EEER numa prática clínica especializada, surge a necessidade de evidenciar os modelos teóricos estruturantes em contexto de ENP, para uma prática clínica sustentada em conhecimento científico e em referenciais teóricos.

### **3. Modelos Teóricos Estruturantes para a Prática Clínica de Enfermagem de reabilitação**

O conceito de autocuidado em enfermagem remonta a meados do século XX, com base na teoria de Dorothea Orem, cujo desenvolvimento emergiu em 2011, com a Teoria do Déficit do Autocuidado (TDAE). A autora definiu o autocuidado como “uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes” (Petronilho et al., 2021, p. 68) e constata a capacidade para responder a requisitos universais dos quais fazem parte a higiene pessoal ou a processos de transição de saúde-doença através da aprendizagem de estratégias adaptativas com vista à independência funcional.

A enfermagem é a “área do saber e disciplina científica, que vem adquirindo progressivamente um espaço próprio na área da saúde, desempenhando um papel ativo na promoção, prevenção e reabilitação, fundamentada em referenciais teóricos e conceptuais” (Mesquita et al., 2009, p.2).

Desde os anos 50, que a enfermagem se preocupa em conceber teorias no sentido de aclarar o objeto de estudo e as intervenções dos enfermeiros. As teorias de enfermagem surgem como uma necessidade que os enfermeiros têm de estruturar o pensamento científico, desenvolvendo e avaliando as suas práticas clínicas, promovendo a reflexão crítica das mesmas e tendo como premissa a pessoa enquanto ser biopsicossocial e espiritual. Nesta linha de pensamento, surge a necessidade de conhecer as diversas correntes filosóficas de enfermagem e seus respetivos precursores.

Na orientação da prática de cuidados em enfermagem de reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional do RPQCEER n.º 350/2019. Assim e tendo por base o exposto, os modelos teóricos que alicerçaram a prática clínica em enfermagem de reabilitação, em contexto real de ENP com relatório final foram: a teoria do déficit do autocuidado e a teoria das transições, que são abordadas de seguida.

### 3.1 Teoria do Défice de Autocuidado

O modelo do autocuidado foi desenvolvido entre 1959 e 1985 por Dorothea de Orem e fundamenta-se, segundo a autora numa “(...) ação deliberadamente realizada pelas pessoas, para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes” (Orem, 2001, p.45). Dorothea Orem, segundo Vall et al. (2005) é “uma teorista de enfermagem que contribuí, significativamente, com a construção de uma base conceitual que alarga o corpo de conhecimentos de enfermagem” (p.67). O défice no autocuidado é uma das grandes preocupações da enfermagem, que surge quando as exigências para o desenvolver são maiores do que as capacidades da pessoa, necessitando assim, de ajuda, pelo que se torna de alguma forma dependente. Ainda de acordo com a mesma teoria, os profissionais de enfermagem devem oferecer ajuda de forma a suprir as necessidades de autocuidado da pessoa, substituindo-a, assistindo-a ou através de apoio e educação (Hartweg, 1991 in Mendes, 2013).

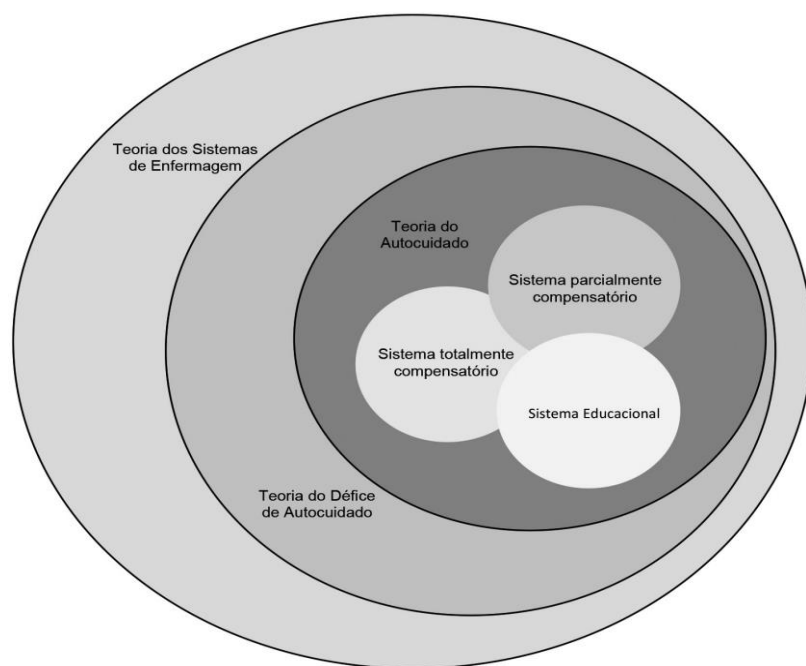
Orem define a enfermagem como uma arte, cujo interveniente dá assistência especializada a pessoas débeis e vai para além da assistência técnica. A enfermagem é exercida no sentido de ajudar a pessoa a promover a sua autonomia e independência, combatendo as necessidades diárias de autocuidado (Taylor, 2003). Assim, o enfermeiro impõe a sua arte nas pessoas com dependência física, intelectual ou emocional para o autocuidado. A teoria de enfermagem de Orem proporciona uma base compreensiva para a prática de enfermagem que vai permear o desenvolvimento da pessoa, família e comunidade nas ações de autocuidado. Orem baseia-se no pressuposto de que os doentes têm a capacidade de se autocuidar, isto é, de cuidar de si próprios (Queirós, 2010).

Na sequência do desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o autocuidado é descrito atualmente como uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (CIPE, 2015, p. 42). Desta forma, pode-se afirmar que se trata de um aspeto intrínseco à pessoa, no sentido de colaborar para a promoção da saúde e bem-estar (Couto et al., 2021) e no caso do doente com diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido*, para a capacitação para o autocuidado.

Tomey e Allgood (2004) definem o autocuidado como uma função humana reguladora que os indivíduos têm, voluntariamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (...) o autocuidado tem de ser aprendido e executado deliberadamente continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos. No parecer de Petronilho et al. (2010), o “fenômeno do autocuidado tem sido, ao longo dos tempos, bastante enfatizado nas teorias de enfermagem (Orem, 2001), assumindo particular importância quando tem implicações na autonomia das pessoas para a realização das suas atividades do dia-a-dia” (p.42).

Orem desenvolveu a TDAE, que é composta por três teorias inter-relacionadas (1) teoria do autocuidado, (2) teoria do déficit de autocuidado e (3) a teoria dos sistemas de enfermagem, tal como se pode constatar pela figura 1.

**Figura 1** - Teoria do déficit do autocuidado de Dorothea Orem.



**Fonte:** Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed). St. Louis: Mosby.

A teoria do déficit de autocuidado de Orem, tal como refere Hoeman (2011) é:

“assistir os doentes nas suas necessidades de autocuidado e permitir o retorno ao autocuidado. Segundo as enfermeiras de reabilitação põe de parte o controle do doente e apoiam a aquisição de competências, conceptualizando assim o conceito de autocuidado.

Isto é, doentes com graves incapacidades ou doenças crónicas, que são totalmente dependentes para o autocuidado, podem ser responsáveis por dirigirem os cuidados e, em última análise, tornarem-se capazes de orientar outros em como querem que o cuidado seja providenciado de forma a ir ao encontro das necessidades e preferências que definiram” (p.17).

A TDAE tem como ideia central que as condições necessárias das pessoas para a enfermagem estão associadas à subjetividade da maturidade e do amadurecimento das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde (Tomey & Alligood, 2004). A teoria dos sistemas de enfermagem, para Tomey e Alligood (2004) definem a enfermagem como ação humana, os sistemas de enfermagem como sistemas de ação formados (concebidos e produzidos) por enfermeiras, através do exercício da sua atividade em enfermagem, para pessoas com limitações de autocuidado ou cuidar dependente, derivadas ou associadas à saúde.

Oliveira et al. (2016) referem que o cuidado em enfermagem é necessário para promover o autocuidado e com base no referencial teórico de Orem diz que quanto mais cedo for iniciado o processo de reabilitação, melhores serão as possibilidades de recuperação do indivíduo.

A teoria do défice do autocuidado de Orem possibilita ao enfermeiro elaborar uma diversidade de ações sistematizadas (intervenções e educações para a saúde) a fim de promover e melhorar a qualidade de vida do doente e seu cuidador. Considera-se que a teoria de Orem, apesar da sua especificidade, relaciona a visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e autodeterminação, na relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada (Ribeiro, 2010). Assim e corroborando com o pressuposto teórico, o percurso de transformação do enfermeiro, de principiante a perito, só faz sentido através da integração constante de referenciais teóricos que nos transmitam segurança, saber experienciado, contribuindo ainda para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde/enfermagem e dignificação das práticas do cuidar.



### 3.2 Teoria das Transições

A palavra transição, nas últimas três décadas “tem sofrido alterações significativas, sendo caracterizada por uma grande mutabilidade. A profissão de enfermagem tem contribuído para o entendimento deste conceito numa perspetiva da vida e da saúde das pessoas” (Kralik et al., 2006 in Santos et al., 2015, p.155). A transição é uma passagem de um estado, condição ou de um lugar para outro. Na opinião de Santos et al. (2015) um exemplo disso são as transições de saúde-doença.

Uma situação de dependência funcional implica uma transição para uma nova vida, de modo a facilitar a adaptação a este novo estado, os EEER promovem processos de readaptação sempre que ocorram distúrbios da funcionalidade, qualquer que seja o contexto onde a pessoa se encontre (Sequeira, 2018).

Para a enfermagem, as transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e família no decurso das diferentes etapas do ciclo de vida. Collière (1999), refere que do nascimento à morte, a vida é marcada por uma sucessão de passagens, durante as quais se verifica a necessidade de cuidar dos seus autores.

Segundo, Silva et al. (2019):

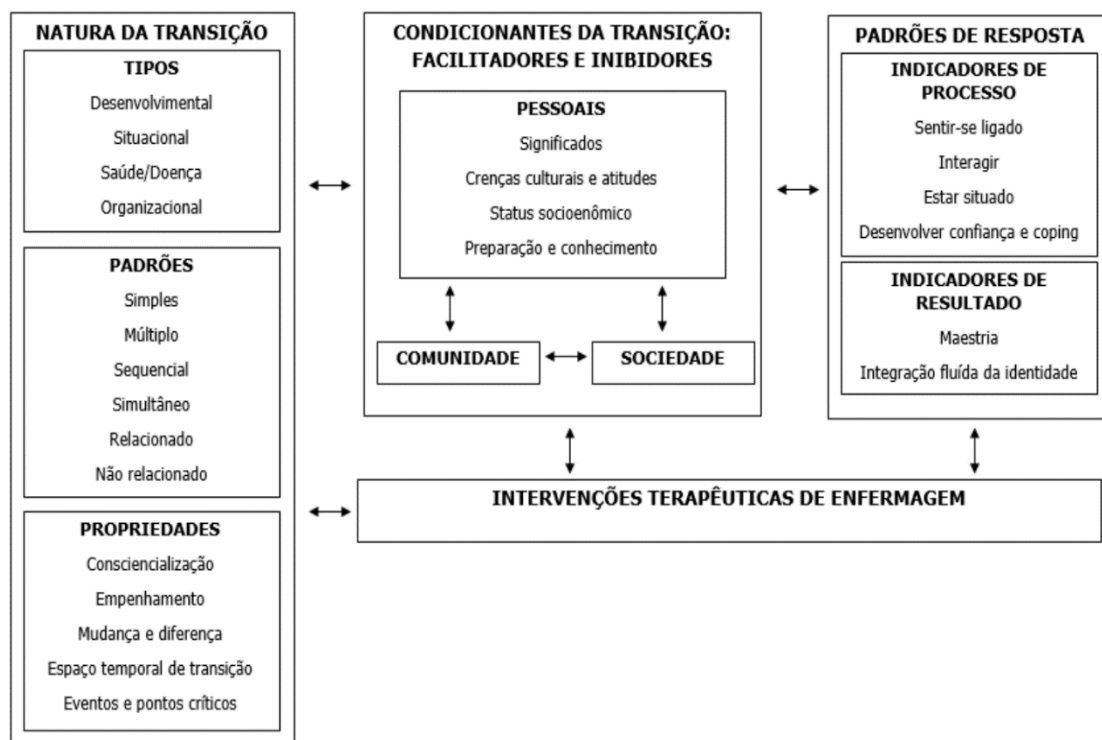
“o plano de cuidados do EEER foca a pessoa ao longo do ciclo de vida, prevenindo a doença e promovendo o processo de readaptação. Pretendendo como resultados a satisfação da pessoa e a maximização da sua funcionalidade, o enfermeiro especialista tem um papel imprescindível no acompanhamento de pessoas que transitam de uma situação de independência/autonomia plena para a dependência” (pp. 39-40).

De acordo com Camicia et al. (2014), o enfermeiro de reabilitação, para além de auxiliar a pessoa no processo de transição, também proporciona um ambiente terapêutico com a família. De igual modo, intervêm educando e habilitando-os para serem os agentes da sua própria saúde.

Ao longo do processo de transição existem intervenções terapêuticas de enfermagem, que segundo Silva et al. (2019) “devem proporcionar conhecimento e capacidade à pessoa e família/familiar cuidador, por forma a desencadear respostas positivas às transições, capazes de promover sensação de bem-estar” (p. 42). A teórica que defende estes pressupostos é Meleis et al. (2000) quando nos dizem que os enfermeiros lidam com

peças que experimentam transições, antecipam transições ou estão a completar o ato de transição, neste sentido a autora defende que a missão da enfermagem deve consistir em facilitar os diferentes processos de transição que os indivíduos experienciam, pois tal como nos refere Meleis et al. (2000) existem condicionantes no processo de transição que podem ser facilitadoras ou inibidoras. Neste sentido, e tendo por base o referencial teórico de Afaf Meleis, que se encontra esquematizado na figura 2, o EEER ao elaborar um plano de ação para o doente/família deve-se ter em atenção, a natureza da transição, as condições para a transição, assim como os padrões de resposta, pois estes aspetos é o que torna cada plano de intervenção em enfermagem de reabilitação único (Santos et al., 2019).

**Figura 2** - Teoria das transições de Afaf Meleis.



**Fonte:** Esquema da teoria das transições de Afaf Meleis (adaptado de Meleis et al., 2000).

De acordo com Meleis et al. (2000), existem quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem com os doentes ou com as famílias, denominadas de: (1) desenvolvimento (associadas a mudanças no ciclo vital); (2) situacional (associadas a acontecimentos que impliquem alterações de papéis); relacionadas com situações de (3) saúde/doença e (4) organização. De acordo com Silva et al. (2019), o EEER “ao promover

uma responsabilidade partilhada, de cooperação e de parceria, assegura e promove o processo de transição, conduzindo assim para a mestria nos comportamentos e na aquisição de novas competências para lidar com as novas condições” (p.42).

Aquando de um processo de transição/mudança, ocorre o início de respostas (comportamentos observáveis e não observáveis), podendo também ser funcionais ou não funcionais, respostas estas, que são influenciadas por condicionantes de índole pessoal (significados, crenças culturais e atitudes, status económico, preparação e conhecimento), comunitária, social ou global (Silva et al., 2019).

Posto isto, o presente trabalho teve como base de sustentação as teorias do défice do autocuidado de Orem e das transições de Afaf Meleis. Estes modelos teóricos, tal como supracitado são estruturantes na prática de ER, na medida que a sustentam e orientam, na progressão da enfermagem como disciplina e ciência, assim como foram os mais adequados para sustentar a prática clínica, em contexto de ENP com relatório final, nomeadamente no doente com AVC com *cuidar da higiene pessoal comprometido*.

## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

---

A área da saúde, não é exceção, no que toca ao desenvolvimento de conhecimento científico, tal como é mencionado por Hernández Sampieri et al. (2013), quanto mais pesquisa se concretizar, mais progressos irão constatar, demonstrando desta forma a prática baseada na evidência clínica, que por sua vez, resulta na qualidade na prestação de cuidados (Pereira et al., 2015). A práxis clínica baseada na evidência é definida como o método de tomada de decisões por parte da equipa de enfermagem utilizando a melhor evidência científica disponível, com base na experiência clínica e nas preferências do doente, no contexto real (Pereira et al., 2015).

Neste capítulo apresenta-se a forma como se elaborou a parte metodológica do estudo, de modo a dar corpo ao trabalho de investigação. Assim sendo, espelham-se as linhas orientadoras do presente estudo.

## **1. Questão de Investigação**

Após uma aprofundada análise bibliográfica sobre as temáticas do interesse da investigadora, houve a necessidade de se estabelecer a questão de investigação do presente estudo.

No pensamento de Gauthier, (2003), logo que o tema de investigação está escolhido é preciso saber reter a questão geral que poderá orientar a sequência do processo de investigação. Desta forma, a pergunta de partida que constitui o fio condutor deste projeto de investigação é **“Que influência têm os cuidados dos enfermeiros de reabilitação na independência funcional do doente, com o diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido*?”**.

## **2. Objetivos de Investigação**

Os objetivos de um estudo, propostos num projeto de investigação devem explicar de forma precisa, clara e esclarecedora o que o investigador pretende realizar, com o intuito de obter resposta à sua questão de investigação (Ribeiro, 2010). O presente trabalho é constituído por um objetivo geral e três objetivos específicos. O objetivo geral deste estudo é identificar a influência dos cuidados dos enfermeiros de reabilitação na independência funcional do doente com diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene*

*peçoal comprometido*. Para elucidar o verdadeiro propósito deste estudo foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o grau de dependência funcional dos doentes para o *autocuidado cuidar da higiene pessoal*;
- Identificar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas no doente com diagnóstico de enfermagem, *cuidar da higiene pessoal comprometido*;
- Verificar se as intervenções do EEER influenciam os ganhos em saúde dos doentes com diagnóstico de enfermagem, *cuidar da higiene pessoal comprometido*.

### **3. Tipo de Estudo**

Atendendo às características deste estudo, optou-se pelo tipo de estudo descritivo-correlacional e longitudinal, baseado numa estratégia de metodologia de investigação de natureza quantitativa. Os estudos de metodologia quantitativa, na linha de pensamento de Vilelas (2020), é tudo o que pode ser quantificável, que é passível de traduzir as opiniões e as informações em números para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas.

Os estudos do tipo descritivo procuram especificar as propriedades, as características e os perfis de pessoas, grupos, comunidades, processos, objetos ou qualquer outro fenómeno que se submeta a uma análise. Ou seja, pretendem unicamente parametrizar ou recolher informação de maneira independente ou conjunta sobre os conceitos ou as variáveis a que se referem (Hernández Sampieri et al., 2013).

Os estudos correlacionais são aqueles que permitem definir as relações entre as variáveis presentes no estudo. Não procuram estabelecer uma relação causa-efeito. O seu objetivo é quantificar, através de provas estatísticas, a relação entre duas ou mais variáveis (Vilelas, 2020).

Os estudos longitudinais são os que “proporcionam informação sobre como as categorias, os conceitos, as variáveis, as comunidades, os fenómenos e as suas relações evoluem ao longo do tempo” (Hernández Sampieri et al., 2013, p. 180). Tal como refere Sousa et al. (2007), no estudo longitudinal, os dados recolhidos são efetuados em diferentes momentos ao longo do tempo. A avaliação do grau de autonomia da pessoa deve ser

realizada no momento da avaliação inicial de enfermagem, na planificação dos cuidados, assim como no momento da alta, tendo em conta as necessidades específicas de cada indivíduo. Neste sentido, a recolha de dados do presente estudo foi efetuada em dois momentos distintos, a cada doente; o primeiro momento de avaliação teve lugar nas primeiras 48 horas de internamento do doente e o segundo momento de avaliação, no momento da alta.

#### **4. População e Amostra**

Num trabalho de investigação, um dos pontos fulcrais é a definição da população em estudo (Hulley et al., 2008); estes autores definem população como “(...) um conjunto completo de pessoas que apresentam determinadas características em comum (...) (p.46)”.

Na verdade, estudar toda a população ou universo seria uma situação de enorme complexidade, uma vez que se teve tempo e recursos limitados para recolher e analisar os dados. “Assim, a população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. Este conjunto tem uma ou mais características comuns, e encontram-se num espaço ou território conhecido” (Vilelas, 2020, p. 179).

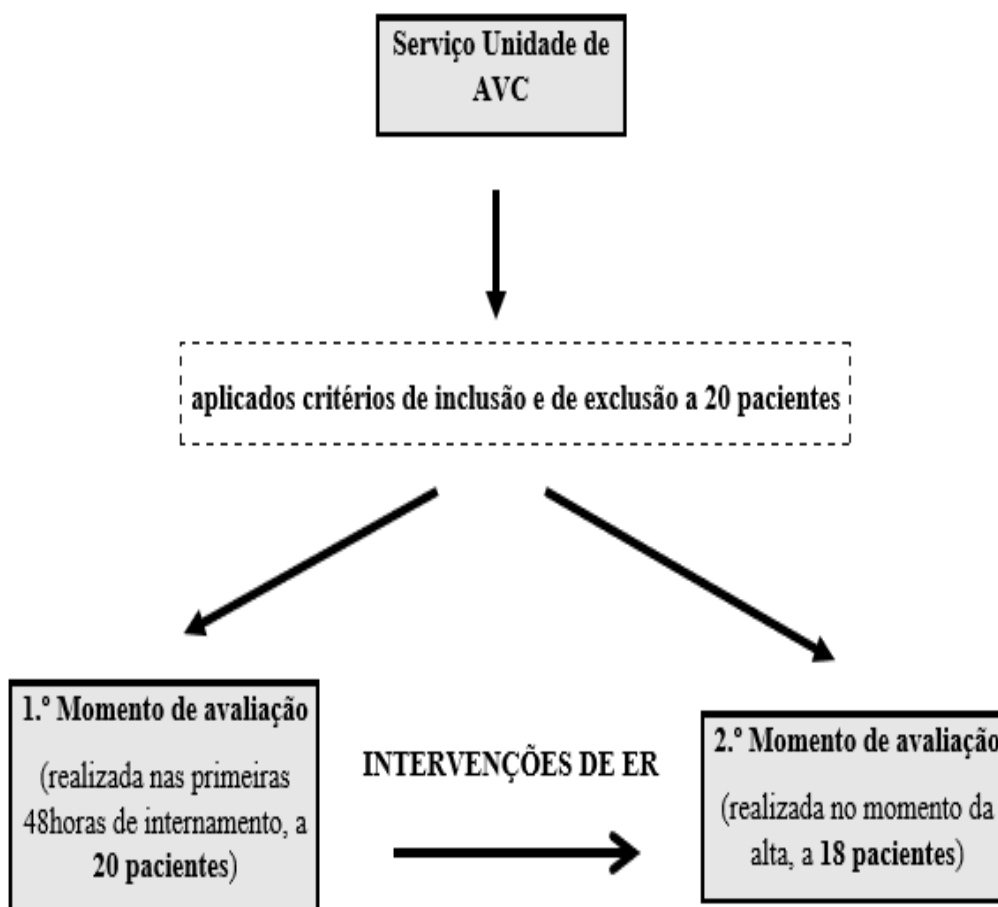
Para a seleção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, do tipo acidental. Não probabilística, uma vez que, “(...) cada elemento da população não tem probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (...)” (Fortin, 2003, p. 208); do tipo acidental, porque é aquela que se obtêm sem nenhum plano pré-concebido, resultando as unidades escolhidas do produto das circunstâncias imprevistas (Vilelas, 2020).

De acordo com o presente estudo, delineou-se como critérios de inclusão, os seguintes: (1) a capacidade de decisão do(a) doente para entrar no estudo, (2) ter diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido*, nomeadamente apresentarem grau de dependência: total, grave e moderada, (3) ter diagnóstico médico de AVC, (4) ser alvo da intervenção do EEER à data da investigação, (5) estar orientado e ser capaz de comunicar verbalmente. Os critérios de exclusão incluem: (1) contraindicação clínicos, nomeadamente, os doentes estarem isolados, terem doença neoplásica ativa, terem

alterações do estado de consciência e apresentarem agudização do estado clínico e (2) doentes com estado prévio de dependência funcional.

No seguimento do supracitado, a amostra em estudo incluirá todos os doentes que se encontrarem internados, no momento de avaliação, numa UAVC da região norte, no período de 10 de outubro de 2022 a 31 de março de 2023, após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, tal como se pode observar na figura 2, desenho de investigação, elaborado para o presente estudo.

**Figura 3** - Desenho de investigação do estudo.



*N (número de participantes no estudo) = 18*

Após a aplicabilidade dos critérios de inclusão e de exclusão pré-definidos para o presente estudo, a todos os doentes internados na unidade de AVC, ficamos com uma amostra de 20 doentes, aos quais foi feita a primeira avaliação. Após esta avaliação pelo facto de 2 dos doentes terem agudizado a sua situação clínica tivemos que suspender a intervenção, pelo que foram excluídos do estudo. Assim a amostra final ficou com 18 participantes.



## 5. Variáveis

Na opinião de Ribeiro (2007), variável em investigação é definida como “(...) uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos (...)” (p.36).

Segundo Fortin (2009), as variáveis de atributo referem-se às características geralmente demográficas da população em estudo. Perante o tema de investigação e o tipo de estudo referido, definiram-se características próprias da população, que se traduzem em variáveis independentes (variáveis sociodemográficas e clínicas). Na caracterização sociodemográfica definimos a idade, o género, o estado civil, o nível de escolaridade e a residência). Como variáveis clínicas da amostra, delineamos os seguintes parâmetros a avaliar: proveniência, destino de alta, número de dias de internamento, tipo de AVC e antecedentes pessoais.

A variável dependente é aquela que está sujeita ao efeito da variável independente (Fortin, 2009) e varia à medida que o investigador modifica as condições de investigação. Assim, como variável dependente deste estudo definiu-se a incapacidade ou grau de dependência, para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal*. A variável independente é aquela que vai influenciar a variável dependente (Fortin, 2009) e neste estudo assumiu-se como variável independente as intervenções do EEER.

Após caracterização de cada variável do presente estudo poder-se-á observar a classificação, o nome, a operacionalização e o tipo de variável presente na investigação, tal como evidenciado na Tabela 1.

**Tabela1** – Distribuição e caracterização das variáveis em estudo

Classificação da variável	Nome	Operacionalização	Tipo de variável
<b>Variáveis sociodemográficas</b>	Idade	Idade (anos)	Quantitativa métrica
	Género	Feminino, Masculino, Outro, Não quer responder	Qualitativa nominal
	Estado civil	Solteiro (a), Casado (a) / União de Facto, Divorciado (a), Viúvo(a)	Qualitativa nominal
	Nível de escolaridade	Nenhum; 1.º Ciclo, 2.º Ciclo, 3.ºCiclo, Ensino secundário, Ensino superior	Quantitativa ordinal
	Residência	Meio rural / Meio urbano	Qualitativa nominal
<b>Variáveis clínicas</b>	Proveniência	Domicílio, ERPI, Meio Hospitalar, Outro Local (Qual?)	Qualitativa nominal
	Destino de alta	Domicílio, ERPI, unidade de convalescença, UMDR, ULDM e outro local?	Qualitativa nominal
	N.º de dias de internamento	Número de dias (contagem numérica)	Quantitativa métrica
	Tipo de AVC	AVC isquémico, AVC hemorrágico AVC isquémico com tradução hemorrágica	Qualitativa nominal
	Antecedentes pessoais	Diabetes Mellitus, HTA, Patologia Cardíaca, Dislipidemia, Hábitos etílicos e outros	Qualitativa nominal
<b>Variável dependente</b>	Grau de Dependência no autocuidado cuidar da higiene pessoal	Categoria 1 – Higiene Pessoal ( <i>score</i> : 0-5) Categoria 4 – Uso sanitário ( <i>score</i> : 0-10) Categoria 10 – Banho ( <i>score</i> : 0-5)	Quantitativa ordinal

AVC – Acidente Vascular Cerebral; ERPI – Entidade residencial para idosos; N.º - número; HTA – hipertensão arterial; UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

## 6. Hipóteses

A hipótese de investigação é a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação (Vilelas, 2020). Assim sendo, definiram-se as seguintes hipóteses do estudo (H):

- **Hipótese 1 (H1):** Espera-se que os doentes, com o diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido* apresentem ganhos na independência funcional, após a intervenção do EEER.
- **Hipótese 2 (H2):** Espera-se que as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, nível de escolaridade e residência) interfiram na recuperação da independência funcional;
- **Hipótese 3 (H3):** Espera-se que as variáveis clínicas (proveniência, destino de alta, número de dias de internamento, tipo de AVC e antecedentes pessoais) interfiram na recuperação da independência funcional.

## 7. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados

O método de recolha de dados foi o questionário para a avaliação sociodemográfica e clínica da população alvo (apêndice V) e posteriormente a aplicação do instrumento de avaliação, Índice de Barthel (anexo I).

Com o envelhecimento da população e com o aparecimento de problemas de saúde, nomeadamente, por incapacidades ou por instalação de doenças súbitas (agudas e crónicas), a qualidade de vida dos doentes altera-se. Neste sentido, o presente estudo tornou-se essencial para avaliar a capacidade funcional dos doentes em avaliação perante uma situação de défice, nomeadamente para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal*; por esta razão, escolheu-se o Índice de Barthel como instrumento de recolha de dados, por ser um instrumento que mede a capacidade do doente na realização das dez atividades de vida diária e conseqüentemente proporciona uma estimativa quantitativa do grau de independência funcional.

O processo de recolha de dados foi realizado em dois momentos distintos. A primeira avaliação foi efetuada no primeiro contacto (primeiras 48 horas após admissão do doente no serviço de internamento) entre o doente e o enfermeiro de reabilitação, após assinatura do termo de aceitação, por parte do doente. Neste momento foi preenchido o questionário

de caracterização sociodemográfica e clínico, assim como a primeira avaliação do Índice de Barthel, entretanto todos os doentes da nossa amostra beneficiaram da intervenção do enfermeiro de reabilitação, de acordo com as necessidades individuais de cada doente. O segundo momento de avaliação, de recolha de dados, foi realizado no momento da alta, momento que foi preenchido o Índice de Barthel pela segunda vez.

Dada a necessidade de obter informações adicionais relativamente aos participantes, para além da aplicabilidade do Índice de Barthel, optamos pela elaboração de um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, seguidamente redigido.

### **7.1 Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica**

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, do presente estudo, foi elaborado pelas investigadoras (apêndice V), permitindo-nos obter informação da caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes. Estruturalmente, o questionário encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte (Parte I), corresponde à caracterização sociodemográfica (idade, género, estado civil, nível de escolaridade e residência). A segunda parte (Parte II) está relacionada com a componente clínica (proveniência, destino de alta, número de dias de internamento, tipo de AVC e antecedentes pessoais), tendo como finalidade conceber uma análise global dos doentes em estudo e dos seus antecedentes clínicos. As questões efetuadas no questionário são todas do tipo “fechadas” ou resposta curta.

### **7.2 Índice de Barthel**

Os autores do Índice de Barthel (IB) são Mahoney e Barthel (1965). Segundo Araújo et al. (2007) o Índice de Barthel avalia o nível de dependência do doente para a realização das seguintes atividades de vida diária (subdividido em 10 categorias): categoria 1 (higiene pessoal), categoria 2 (evacuar), categoria 3 (urinar), categoria 4 (uso sanitário), categoria 5 (alimentar), categoria 6 (transferências), categoria 7 (deambulação), categoria 8 (vestir-se) e categoria 9 (escadas) e categoria 10 (banho). Para Azeredo e Matos (2003), o Índice de Barthel (anexo I), para além de medir a dependência do doente mede a morbidade nos doentes com patologia crónica, designando se estes necessitam de cuidados ou não.

Este instrumento de recolha de dados pode ser preenchido através de registos clínicos, observação direta, mas também pode ser auto ministrado (Azeredo & Matos, 2003). No estudo em questão, a metodologia usada foi o preenchimento do instrumento através observação direta.

O IB não fornece só informação em relação ao grau de dependência total, mas também para cada atividade de vida diária avaliada, dando informação útil ao identificar incapacidades e necessidades específicas do doente em estudo, podendo assim, o EEER orientar o seu foco de atuação e intervir nesse sentido (Araújo et al., 2007).

Tendo por base o já anteriormente referido, escolhemos o Índice de Barthel como instrumento de recolha de dados, para avaliação da capacidade funcional do doente com AVC para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal*, em dois momentos de avaliação distintos. A opção por este instrumento baseou-se essencialmente no facto de parecer o mais adequado tendo em ponderação os objetivos do presente estudo e o tempo disponível para a investigação. A escolha deste instrumento de medida deve-se ao facto de ser um dos principais instrumentos utilizados em Portugal para as AVD`s (Vigia et al., 2016) e por existirem estudos elaborados com a sua aplicabilidade em doentes com AVC, em contexto de internamento hospitalar Azeredo e Matos (2003); Araújo et al. (2017) e Campos et al. (2020). Não obstante, este instrumento de recolha de dados permite uma medida de resposta rápida, pode ser aplicado repetidamente em momentos diferentes (o que possibilita monitorizações longitudinais), interpretação objetiva e codificação simplificada, pelo elevado nível e confiabilidade e por o instrumento estar validado para a população portuguesa (Araújo et al., 2007).

No presente estudo selecionamos 3 categorias do Índice de Barthel, tais como: categoria 1 (higiene pessoal), categoria 4 (uso de sanitário) e categoria 10 (banho); neste sentido, e atendendo às características psicométricas do instrumento de recolha de dados, o *score* mínimo é 0 e o *score* máximo é 20. Estas categorias encontram-se subdivididas em dois e três itens de avaliação que oscilam mediante a categoria em avaliação, e classificam-se qualitativamente mediante *score* obtido na pontuação final do instrumento de avaliação. O *score* final, do Índice de Barthel pode oscilar entre 0-100 pontos, sendo que a obtenção de um *score* inferior e igual a 20 pontos é sinónimo de dependência total, entre 21-60 pontos significa que a pessoa possui dependência grave, entre 61-90 pontos é considerada uma dependência moderada, entre 91-99 pontos significa uma dependência leve e um

*score* de 100 pontos é significativo de independência (Azeredo & Matos, 2003). Nas categorias do IB, (1) higiene pessoal e (10) banho: 0 significa que necessita de ajuda com o cuidado pessoal (dependente) e 5 significa total independência. Enquanto na categoria (4) uso sanitário: 0 significa ser dependente, 2 significa que requer ajuda substancial, 5 traduz que necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho e 10 significa independência.

Os valores obtidos mediante a avaliação das categorias em estudo, são atribuídos mediante a indicação da pontuação final do Índice de Barthel e modificam mediante a categoria em avaliação. É de referir que neste instrumento de avaliação não foi necessário realizar recodificação de dados.

Posto isto, e conhecedoras das características da amostra ( $N$ ) em estudo, o valor de alfa de *Cronbach* obtido foi de 0.76.

## **8. Tratamento e Análise dos Dados/Técnicas**

Após a recolha de dados, procedeu-se ao tratamento de dados. Este foi efetuado com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 29.0, tratando-se de um software aplicativo, que permite o trabalho estatístico de questões no âmbito das ciências sociais.

Posteriormente, com recurso ao SPSS versão 29.0, procedemos ao somatório dos *scores* das categorias do Índice de Barthel, mediante a pontuação do instrumento de avaliação (Apóstolo, 2012). No entanto, houve necessidade de converter os resultados obtidos em percentagens, para melhor interpretar e comparar os resultados obtidos com os resultados de dependência definidos pelo instrumento em questão.

É de referir que, neste estudo, para além da estatística descritiva, recorreu-se à estatística inferencial (teste de hipóteses). A normalidade de distribuição foi analisada através do teste estatístico *Shapiro-Wilk*, por se tratar de uma amostra de dimensões pequenas ( $N < 30$ ), e após a aplicabilidade do teste *Shapiro-Wilk*, constatamos que a amostra apresenta normalidade de distribuição nos instrumentos de recolha de dados (questionário sociodemográfico e clínico); enquanto no Índice de Barthel, não apresenta distribuição normal na categoria 4 (uso sanitário) e no *score* total das categorias (higiene pessoal, uso

sanitário e banho) no momento da avaliação inicial. Os resultados obtidos que a seguir serão analisados e discutidos, demonstraram apresentar distribuição não paramétrica.

Posto isto, a escolha dos testes como não paramétricos deve-se às características das variáveis do estudo e às recomendações expostas por Marôco (2007), Pestana e Gageiro (2005), assim como de Nachar (2008). Assume-se 0.050 na análise estatística, como valor de significância ( $p$ ) para os resultados dos testes aplicados, excluindo a existência de associações/diferenças quando este valor for superior a 0.050. Atendendo ao exposto, de seguida evidenciamos os resultados obtidos com o presente estudo de investigação.

## **9. Aspetos e Considerações Éticas**

As investigações que envolvem seres humanos originam sempre preocupações de origem ética. De acordo com Hulley et al. (2008), são três os princípios éticos que orientam as pesquisas que envolvam seres humanos: o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça. O princípio do respeito, para Hulley et al. (2008) é posto em prática quando os investigadores obtêm: “(...) consentimento informado, protegendo, assim, os participantes com capacidade decisória reduzida e garantindo a sua confidencialidade” (pp. 243 e 247). Deste modo, o investigador deve dar as informações necessárias para que o participante possa decidir sobre a sua participação no estudo. O trabalho justo, de acordo com Fortin (2003) “(...) refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação (...) assim como os métodos utilizados no estudo” (p.119). Já o tratamento equitativo centra-se no facto de os sujeitos serem selecionados de acordo com o problema de investigação, não havendo prejuízo para os que desistam no decorrer do estudo. Os sujeitos podem a qualquer momento de a investigação obter informação acerca do mesmo (Fortin, 2003).

O atual estudo foi primeiramente alvo de autorização por parte das instituições envolvidas (ESS-IPVC e ULSAM), tendo recebido o Parecer da Comissão de Ética n.º 48/2022 (anexo II) antes da aplicabilidade do estudo em contexto de ENP. É de ressaltar que o procedimento de recolha de dados só foi efetuado após submissão do pedido de autorização à Comissão de Ética da ULSAM (apêndice I) e posteriormente, emissão do Parecer da Comissão de Ética n.º 48/2022.

De forma a proteger os direitos dos inquiridos que participaram neste estudo, serão explicados os objetivos do estudo, filtrando a disponibilidade e vontade dos inquiridos em participar, pedindo assim, para assinarem um consentimento informado (apêndice IV). Os participantes foram informados de que podiam desistir a qualquer altura do estudo sem qualquer tipo de consequência. É de ressaltar também que os dados recolhidos foram usados unicamente para fins académicos e que a identidade dos participantes sempre foi protegida através de códigos (Q1, Q2, Q3...) e nunca foi usada a identificação do doente (nome ou algo que o pudesse identificar). Para salvaguardar a confidencialidade torna-se necessário guardar em local seguro os dados obtidos com o instrumento de colheita de dados e restringir o número de pessoas com acesso aos mesmos, através de proteção dos dados, com recurso a encriptação dos dados obtidos. Estes serão guardados após conclusão do estudo por um período de 5 anos.



## **CAPÍTULO III – RESULTADOS**

---

## 1. Apresentação dos Resultados Obtidos

Após a recolha de dados, realizada através do questionário sociodemográfico e clínico, elaboramos a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.

### 1.1. Caracterização das variáveis sociodemográficas

A amostra é constituída por 18 doentes ( $N=18$ ), o que equivale a 100% da amostra. A média da idade é de 75 anos, sendo a idade mínima de 38 e a máxima de 94 anos. Assim, em seguida descreve-se a variável sociodemográfica idade, tal como se pode constatar pela Tabela 2.

**Tabela 2-Distribuição da amostra segundo a idade**

Variáveis sociodemográficas	Média	DP	Mediana
Idade	74.61	13.351	76.00

$N = 18$

DP = desvio padrão; N = n.º de participantes do estudo

Relativamente às restantes variáveis sociodemográficas, no que diz respeito ao género, 11 (61.1%) pertencem ao género feminino e sete (38.9%) ao masculino. No que concerne ao estado civil, a maioria é casada ou vive em união de facto (66.7%), cinco são viúvos (27.8%) e um é divorciado (5.6%). Quanto à escolaridade, a amostra é maioritariamente constituída pelo 1.º ciclo (77.8%), sendo que dois participantes não têm escolaridade (11.1%), outro tem o segundo ciclo (5.6%) e outro tem o ensino secundário (5.6%). A totalidade da amostra (100%), relativamente ao local de residência, reside em meio rural.

No sentido de aprimorar a análise e discussão dos resultados obtidos com recurso a testes estatísticos e de forma a tornarmos as variáveis mais robustas e mensuráveis, houve necessidade de recodificarmos as seguintes variáveis: estado civil em estado civil recodificada, nível de escolaridade em nível de escolaridade recodificada e destino de alta em destino de alta recodificada. A variável estado civil recodificada dividiu-se em dois grupos: casados/união de facto e não casados (onde agrupamos os doentes divorciados e em situação de viuvez). No que respeita à variável nível de escolaridade recodificado, agrupou-se nos seguintes grupos: até ao 1.º ciclo (os doentes que não tinham escolaridade e os que tinham o 1.º ciclo), e com mais do que o 1.º ciclo (onde se agrupou os elementos

que tivessem o 2.º ciclo e o ensino secundário). De seguida, e tal como evidenciado na Tabela 3, descrevemos a frequência (*n*) e percentagem (%), de acordo com as características das variáveis sociodemográficas da amostra, abaixo identificadas.

**Tabela 3** - *Distribuição da amostra das variáveis sociodemográficas, género, estado civil recodificada, nível de escolaridade recodificado e local de residência*

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
<b>Género</b>		
Masculino	7	38.9
Feminino	11	61.1
<b>Estado civil recodificada</b>		
Casados	12	66.7
Não casados	6	33.3
<b>Nível de escolaridade recodificado</b>		
Até o 1.º ciclo	16	88.9
Mais que o 1º ciclo	2	11.1
<b>Local de residência</b>		
Meio rural	18	100
Meio urbano	0	0
<b><i>N = 18</i></b>		

*N* = n.º de participantes do estudo; *n* = frequência; % = percentagem

## 1.2. Caracterização das variáveis clínicas

No que concerne à proveniência para a UAVC, a grande maioria (72.2%) chegou diretamente do domicílio, enquanto os restantes (27.8%) vieram transferidos do hospital. Quanto ao destino de alta, 44.4% dos doentes foram encaminhados para o domicílio, 44.4% foram para unidades de convalescença, enquanto 5.6% foram transferidos para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e outro local, mais especificamente, o Centro de Reabilitação do Norte (CRN), também com 5.6% da amostra. No que concerne à variável clínica destino de alta, houve necessidade de recodificá-la para destino de alta recodificada, passando a ter três opções distintas: (1) domicílio, (2) UMDR e outro destino e (3) unidade de convalescença. A variável destino de alta recodificada apresenta, respetivamente, os seguintes resultados: 8 (44.4%), 8

(44.4%) e 2 (11.1%). Relativamente ao número de dias de internamento dos doentes da amostra em estudo, verificaram-se entre 5 e 26 dias, com uma média de 11.28 ( $DP= 5.28$ ) e mediana de 10.0. Tal como se pode verificar pela Tabela 4, a maior parte dos participantes teve um AVC isquémico.

**Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o tipo de AVC**

	<i>n</i>	%
<b>Tipo de AVC</b>		
AVC isquémico	15	83.3
AVC hemorrágico	3	16.7
<b>N</b>	18	100

*N = número de participantes do estudo; n = frequência; % = percentagem*

No que respeita aos antecedentes pessoais da amostra em estudo, observamos tal como evidenciado na Tabela 5, que uma grande maioria dos participantes apresenta dislipidemia 61.1% (11 casos) e hipertensão arterial 55.6% (10 casos). Nos antecedentes pessoais, relativamente à patologia cardíaca, os dois casos em questão referem-se à fibrilhação auricular e bloqueio auriculoventricular. No que concerne, aos antecedentes pessoais, estes são muito díspares. Assim sendo, na Tabela 5, estão apresentados o número de antecedentes pessoais, sendo que a maior parte dos doentes apresentavam vários antecedentes pessoais.

**Tabela 5 – Frequências dos antecedentes pessoais**

	<i>n</i>	%	
	Dislipidemia	11	61.1
	Hipertensão arterial	10	55.6
	Patologia cardíaca	2	11.1
	Diabetes Mellitus	3	16.7
	Obesidade / Excesso de peso	4	22.2
<b>Antecedentes</b>	Doença arterial periférica	1	5.6
<b>Pessoais</b>	Acidente vascular cerebral	2	11.1
	Acidente isquémico transitório	1	5.6
	Hábitos etílicos	2	11.1
	Hábitos tabágicos	1	5.6
	Desconhece antecedentes pessoais	1	5.6

*n = frequência; % percentagem*

### 1.3. Caracterização do grau de dependência nas categorias do Índice de Barthel: higiene pessoal, uso sanitário e banho, na avaliação inicial e final

Na amostra em estudo, foi aplicada o Índice de Barthel (Apóstolo, 2012; Portugal, 2011), para avaliar a capacidade funcional dos doentes ao nível do grau de dependência no autocuidado, *cuidar da higiene pessoal*. O instrumento de avaliação em questão foi aplicado em dois momentos distintos (1.º momento, nas primeiras 48 horas de internamento e 2.º momento de avaliação aquando da alta). Conhecedoras das características psicométricas do Índice de Barthel e das suas categorias, para o presente estudo, elegemos as seguintes categorias: categoria 1 (higiene pessoal), categoria 4 (uso sanitário) e categoria 10 (banho). Ao avaliar estas categorias, e tal como demonstrado na Tabela 6, podemos observar que na avaliação inicial a maior parte dos participantes incluídos na amostra apresentavam *score* 0 (dependente), enquanto na categoria uso sanitário, dos 18 participantes, 17 apresentavam *score* 0. Na avaliação final, e tal como evidenciado na Tabela 6, verifica-se que existe um aumento da frequência da amostra

**Tabela 6** - Distribuição da amostra, segundo os valores obtidos nas categorias do Índice de Barthel (higiene pessoal, uso sanitário e banho)

	Classificação da variável	N	%
<b>Par 1</b>			
Cat.1_Higiene pessoal	Dependente	18	100
Cat.1_Higiene pessoal	Dependente	4	22.2
(avaliação final)	Totalmente independente	14	77.8
<b>Par 2</b>			
Cat.4_Uso sanitário	Dependente	17	94.4
	Necessita de ajuda, mas não consegue fazer algumas coisas	1	5.6
Cat.4_Uso sanitário	Dependente	1	5.6
(avaliação final)	Necessita de ajuda, mas não consegue fazer algumas coisas	8	44.4
	Totalmente independente	9	50.0
<b>Par 3</b>			
Cat.10_Banho	Dependente	18	100
Cat.10_Banho	Dependente	6	33.3
(avaliação final)	Totalmente independente	12	66.7
<b>N = 18</b>			

Cat. = categoria; N = n.º participantes no estudo; n = frequência; % percentagem para uma maior independência funcional.

No que concerne aos resultados obtidos da amostra, segundo os *scores* totais das categorias em estudo, tal como demonstrado na Tabela 7, na avaliação inicial temos 94.4% da amostra em estudo com *score* zero e 5.6% com *score* 25; ambos os *scores* totais se classificam como dependência grave. Os resultados obtidos com a aplicabilidade do Índice de Barthel, após intervenção do enfermeiro de reabilitação, demonstram que 50.0% da amostra apresenta *score* de 100 (total independência), 16.7% apresenta *score* de 75 (dependência moderada), 27.8% apresenta *score* de 25 (dependência grave) e uma minoria de 5.6% um *score* de 50 (dependência grave).

**Tabela 7** - Distribuição da amostra, segundo os valores totais (*scores* totais) obtidos no autocuidado cuidar da higiene pessoal

	Classificação da variável	<i>n</i>	%
<b>Par 1</b>			
Score total das	0	17	94.4
categorias 1, 4 e 10	25	1	5.6
Score total das	25	5	27.8
categorias 1, 4 e 10	50	1	5.6
(avaliação final)	75	3	16.7
	100	9	50.0

*n* = frequência; % percentagem

#### 1.4 Caracterização do grau de dependência no autocuidado cuidar da higiene pessoal

Depois de avaliar de forma individual as categorias do índice de Barthel, em estudo, surge a necessidade de demonstrar a distribuição da amostra segundo os valores totais do autocuidado cuidar da higiene pessoal.

Ao analisar a Tabela 8, verificamos que o valor da média do Índice de Barthel é muito mais elevado no 2º momento do que no 1º momento. Ao nível de dependência no 1.º momento de avaliação, o *score* mínimo de dependência foi de 0 pontos e o *score* máximo foi de 25 pontos; ambas as avaliações se classificam como dependência total.

Relativamente ao nível de dependência dos participantes, no momento da alta, o *score* mínimo de dependência foi de 20 pontos (dependência total) e o *score* máximo foi de 100 pontos (totalmente independente). No 2.º momento de avaliação (momento da alta), o *score* de dependência mínimo obtido foi de 25 pontos (dependência grave) e o *score* de dependência máxima foi de 100 pontos (totalmente independente). No momento da alta,

verificamos que dos 18 (100%) participantes da amostra, cinco (27.8%) apresentavam *score* de 25 pontos (dependência grave), um (5.6%) um *score* de 50 pontos (dependência grave), nove (50%) um *score* de 100 pontos (independência) e três (16.7%) um *score* de 75 pontos (dependência moderada). Ao avaliar os participantes da amostra, de forma individual, também podemos constatar que existe uma evolução favorável em toda a amostra ( $N=18$ ), pelo que o grau de dependência funcional no segundo momento de avaliação é sempre superior em relação ao primeiro momento de avaliação.

**Tabela 8** - Valores totais do autocuidado cuidar da higiene pessoal, por doente

	<b>1.º Momento - Avaliação Inicial</b>	<b>2.º Momento - Avaliação Final</b>
	Média = 1.389	Média = 72.222
	DP = 5.893	DP = 33.087
	Mediana = 0.000	Mediana = 87.500
<i>N</i>	<b>Grau de dependência, avaliação inicial</b>	<b>Grau de dependência, avaliação final</b>
Q1	0.000	75.000
Q2	0.000	100.000
Q3	0.000	100.000
Q4	0.000	50.000
Q5	0.000	25.000
Q6	0.000	100.000
Q7	0.000	75.000
Q8	0.000	100.000
Q9	25.000	100.000
Q10	0.000	100.000
Q11	0.000	25.000
Q12	0.000	100.000
Q13	0.000	100.000
Q14	0.000	25.000
Q15	0.000	100.000
Q16	0.000	25.000
Q17	0.000	25.000
Q18	0.000	75.000

*Cat.* = categoria; *N* = número de participantes do estudo; *DP* = desvio padrão

Após apresentação da análise descritiva dos resultados, efetuamos a análise inferencial dos mesmos, que consiste em “inferir acerca dos valores dos parâmetros da população teórica de onde foram obtidas as amostras” (Marôco, 2007, p. 55). Os testes estatísticos permitiram confirmar as relações existentes entre as variáveis da amostra (Fortin, 2009). Tratando-se de um tipo de estudo longitudinal realizamos a avaliação das diferenças existentes entre o primeiro e segundo momento de avaliação.

## 2. Resultados das Respostas às Hipóteses

Atendendo que se trata de um estudo longitudinal, com dois momentos de avaliação distintos, e que a amostra contém apenas 18 participantes, foram escolhidos testes não paramétricos para testar as hipóteses abaixo descritas. A análise de normalidade do presente estudo foi realizada através do teste *Shapiro-Wilk*, requisito fundamental para definir a escolha dos testes estatísticos a aplicar *a posteriori*. A utilização do teste *Shapiro-Wilk* na análise da normalidade da amostra deve-se ao facto da amostra em estudo ser de pequenas dimensões ( $N=18$ ). Após a utilização do teste *Shapiro-Wilk*, confirmamos a normalidade da distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas, à exceção da categoria 4 (uso sanitário) e do *score* total das categorias (higiene pessoal, uso sanitário e banho). Assim sendo e tendo em conta os resultados obtidos, definiu-se distribuição normal os resultados compreendidos dentro dos valores de referência (assimetria inferior a 3 e curtose inferior a 11, Kline, 2015).

**Hipótese 1 (H1): Espera-se que os doentes, com diagnóstico de enfermagem cuidar da higiene pessoal comprometido apresentem ganhos na independência funcional, após a intervenção do EEER**

Para testar H1, usou-se o Teste de Posto Sinalizado de *Wilcoxon*, tendo-se verificado que existem diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo momento de avaliação (avaliação final), em relação às categorias higiene pessoal, uso sanitário e banho de forma individual, ao *score* total das categorias e ao *score* total com percentagem, o que significa que depois da intervenção, levada a cabo pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, se verifica que a autonomia, ou seja, o grau de dependência dos doentes para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal*, melhorou expressivamente (valor de  $p$  é menor do que 0.05, confirmando a hipótese que afirma que os dados apresentam diferenças significativas) (Tabela 9). Das categorias em avaliação, aquela em que se obteve mais ganhos em saúde foi a categoria uso sanitário com 6.940 pontos e a categoria em que menos ganhos se obteve foi a categoria banho com 3.330 pontos.



**Tabela 9** - Valores da independência funcional, entre os dois momentos de avaliação do Índice de Barthel

	Média	DP	Mediana	Estatística do Teste Padronizado de Wilcoxon	Sig. bilateral * <i>p</i>
<b>Par 1</b>					
Cat.1_Higiene pessoal	0.000	0.000	0.000		
Cat.1_Higiene pessoal (avaliação final)	3.610	2.304	5.000	3.606	<0.001
<b>Par 2</b>					
Cat.4_Uso sanitário	0.280	1.179	0.000		
Cat.4_Uso sanitário (avaliação final)	7.220	3.078	7.500	3.729	<0.001
<b>Par 3</b>					
Cat.10_Banho	0.000	0.000	0.000		
Cat.10_Banho (avaliação final)	3.330	2.425	5.000	3.464	<0.001
<b>Par 4</b>					
Score total das cat. (1, 2 e 4)	0.278	1.178	0.000		
Score total das cat. (1, 2 e 4), na avaliação final	14.444	6.617	17.500	3.767	<0.001
<b>Par 5</b>					
Score total em % das categorias (1, 4 e 10)	1.389	5.893	0.000		
Score total em % das categorias (1, 4 e 10), na avaliação final	72.222	33.087	87.500	3.727	<0.001

*Cat.* = categoria; *Sig.* = Significância; *DP* = desvio padrão; % = porcentagem; \**p* < 0.050

**Hipótese 2 (H2): Espera-se que as características sociodemográficas (idade, gênero, estado civil, nível de escolaridade e residência) interfiram na recuperação da independência funcional**

Para testagem da hipótese H2, recorreremos ao teste de correlação de *Spearman*, por se tratar de uma variável contínua. Assim correlacionamos a variável idade com a variável dependência funcional, através do teste de *Spearman*. Os resultados obtidos demonstram que a idade não se correlaciona de forma significativa com nenhum valor das categorias em estudo (higiene pessoal, uso sanitário e banho), quer de forma individual (Par 1, Par 2 e Par 3), quer de forma total (Par 4 e Par 5), no que se refere aos dois momentos de avaliação, tal como se constata na Tabela 10.

**Tabela 10** - Relação entre a idade e o grau de dependência funcional dos doentes, nos dois momentos em avaliação (N = 18)

Idade		
<b>Par 1</b>		
Cat.1_Higiene pessoal	Coeficiente de correlação	_____
	Sig. (2 extremidades)	_____
Cat.1_Higiene pessoal (avaliação final)	Coeficiente de correlação	-0.192
	Sig. (2 extremidades)	0.446
<b>Par 2</b>		
Cat.4_Uso sanitário	Coeficiente de correlação	-0.117
	Sig. (2 extremidades)	0.643
Cat.4_Uso sanitário (avaliação final)	Coeficiente de correlação	-0.054
	Sig. (2 extremidades)	0.833
<b>Par 3</b>		
Cat.10_Banho	Coeficiente de correlação	_____
	Sig. (2 extremidades)	_____
Cat.10_Banho (avaliação final)	Coeficiente de correlação	-0.387
	Sig. (2 extremidades)	0.112
<b>Par 4</b>		
Score total das categorias 1, 4 e 10	Coeficiente de correlação	-0.117
	Sig. (2 extremidades)	0.643
Score total das categorias 1, 4 e 10 (avaliação final)	Coeficiente de correlação	-0.146
	Sig. (2 extremidades)	0.562
<b>Par 5</b>		
Score total em % das categorias (1, 4 e 10)	Coeficiente de correlação	-0.341
	Sig. (2 extremidades)	0.166
Score total em % das categorias (1, 4 e 10), na avaliação final	Coeficiente de correlação	-0.095
	Sig. (2 extremidades)	0.707

Cat. = categoria; Sig. (< 0.050) = significância

Para a avaliação da variável género, usamos o teste não paramétrico *Mann Whitney*. Ao nível da significância das variáveis sociodemográficas (género), esta é inferior a 0.050, o que indica que é significativo, pelo que se atesta parcialmente a hipótese H2 (Tabela 11). No que diz respeito ao género e à categoria 1 do Índice de Barthel (higiene pessoal) no momento da alta (avaliação final), verificamos que o género feminino apresenta maior independência funcional em relação ao género masculino.

**Tabela 11 - Diferenças da variável gênero em relação ao grau de dependência**

Hipótese	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
<b>Par 1: Higiene pessoal</b>			
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal é igual nas categorias de gênero	38.500	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal (av. final) é igual nas categorias de gênero	56.000	0.126 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 2: Uso sanitário</b>			
A distribuição de categoria 4_uso sanitário é igual nas categorias de gênero	44.000	0.659 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 4_uso sanitário (av. final) é igual nas categorias de gênero	53.000	0.211 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 3: Banho</b>			
A distribuição de categoria 10_banho é igual nas categorias de gênero	38.500	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 10_banho (av. final) é igual nas categorias de gênero	59.500	0.056 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 4: Score total das categorias 1, 4 e 10 do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado ( <i>score</i> total das categorias) é igual nas categorias de gênero	44.000	0.659 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado ( <i>score</i> total das categorias), na avaliação final é diferente nas categorias de gênero	61.500	0.035 <sup>c</sup>	Aceitar a hipótese
<b>Par 5: Score total em % das categorias (1, 4 e 10) do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado ( <i>Score</i> total em % das categorias) é igual nas categorias de gênero	58.000	0.085 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado ( <i>Score</i> total em % das categorias), na avaliação final é igual nas categorias de gênero	58.000	0.085 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese

Av. = avaliação; Cat. = categoria; IB = Índice de Barthel; Sig. (< 0.050) = Significância; % percentagem; a. O nível de significância é 0.050; b. A significância assintótica é exibida e c. A exata significância é exibida para este teste.

Para a avaliação das variáveis recodificadas (estado civil e nível de escolaridade) aplicamos o teste não paramétrico *Mann Whitney*. Relativamente ao nível de significância das variáveis sociodemográficas (estado civil recodificada e nível de escolaridade recodificada) é superior a 0.050, o que significa que não é significativo, pelo que não se confirma parcialmente a hipótese H2, tal como se pode constatar pela Tabela 12 e 13.

**Tabela 12** - Diferenças da variável escolaridade recodificada em relação ao grau de dependência

Hipótese	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
<b>Par 1: Higiene pessoal</b>			
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal é igual nas categorias de escolaridade recodificada	38.500	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal (av. final) é igual nas categorias de escolaridade recodificada	56.000	0.549 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 2: Uso sanitário</b>			
A distribuição de categoria 4_uso sanitário é igual nas categorias de escolaridade recodificada	44.000	0.941 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 4_uso sanitário (av. final) é igual nas categorias de escolaridade recodificada	53.000	0.078 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 3: Banho</b>			
A distribuição de categoria 10_banho é igual nas categorias de escolaridade recodificada	38.500	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 10_banho (av. final) é igual nas categorias de escolaridade recodificada	59.500	0.732 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 4: Score total das categorias 1, 4 e 10 do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado (score total das categorias) é igual nas categorias de escolaridade recodificada	44.000	0.941 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado (score total das categorias), na av. final é igual nas categorias de escolaridade recodificada	61.500	0.327 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 5: Score total em % das categorias (1, 4 e 10) do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado (Score total em % das categorias) é igual nas categorias de escolaridade recodificada	58.000	0.837 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado (Score total em % das categorias), na av. final é igual nas categorias de escolaridade recodificada	58.000	0.641 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese

Av. = avaliação; Cat. = categoria; IB = Índice de Barthel; Sig. (< 0.050) = Significância; % percentagem; a. O nível de significância é 0.050; b. A significância assintótica é exibida e c. A exata significância é exibida para este teste.

**Tabela 13** - Diferenças da variável estado civil recodificado em relação ao grau de dependência

Hipótese	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
<b>Par 1: Higiene pessoal</b>			
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal é igual nas categorias de estado civil recodificado	36.000	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal (av. final) é igual nas categorias de estado civil recodificado	24.000	0.291 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 2: Uso sanitário</b>			
A distribuição de categoria 4_uso sanitário é igual nas categorias de estado civil recodificado	33.000	0.820 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 4_uso sanitário (av. final) é igual nas categorias de estado civil recodificado	37.500	0.892 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 3: Banho</b>			
A distribuição de categoria 10_banho é igual nas categorias de estado civil recodificado	36.000	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 10_banho (av. final) é igual nas categorias de estado civil recodificado	27.000	0.437 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 4: Score total das categorias 1, 4 e 10 do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado (score total das categorias) é igual nas categorias de estado civil recodificado	33.000	0.820 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado (score total das categorias), na avaliação final é igual nas categorias de estado civil recodificado	31.500	0.682 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 5: Score total em % das categorias (1, 4 e 10) do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado (Score total em % das categorias) é igual nas categorias de estado civil recodificado	20.500	0.151 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado (Score total em % das categorias), na avaliação final é igual nas categorias de estado civil recodificado	32.500	0.750 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese

Av. = avaliação; Cat. = categoria; IB = Índice de Barthel; Sig. (< 0.050) = Significância; % percentagem; a. O nível de significância é 0.050; b. A significância assintótica é exibida e c. A exata significância é exibida para este teste.

**Hipótese 3 (H3): Espera-se que as variáveis clínicas (proveniência, destino de alta, número de dias de internamento, tipo de AVC e os antecedentes pessoais) interfiram na recuperação da independência funcional**

Para avaliar as variáveis clínicas, proveniência e o tipo de AVC, aplicamos o Teste U de *Mann-Whitney*. Na avaliação destas variáveis podemos constatar que não existem resultados estatisticamente significativos ( $p > 0.050$ ), pelo que não se confirma H3, tal como se pode atestar pelos dados evidenciados nas Tabelas 14 e 15.

**Tabela 14 - Diferenças da variável proveniência em relação ao grau de dependência**

Hipótese	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
<b>Par 1: Higiene pessoal</b>			
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal é igual nas categorias de proveniência	32.500	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal (av.final) é igual nas categorias de proveniência	27.000	0.633 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 2: Uso sanitário</b>			
A distribuição de categoria 4_uso sanitário é igual nas categorias de proveniência	30.000	0.849 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 4_uso sanitário (av. final) é igual nas categorias de proveniência	38.000	0.633 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 3: Banho</b>			
A distribuição de categoria 10_banho é igual nas categorias de proveniência	32.500	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 10_banho (av. final) é igual nas categorias de proveniência	29.500	0.775 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 4: Score total das categorias 1, 4 e 10 do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado (score total das categorias) é igual nas categorias de proveniência	30.000	0.849 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado (score total das categorias), na avaliação final é igual nas categorias de proveniência	34.500	0.849 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 5: Score total em % das categorias (1, 4 e 10) do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado (Score total em % das categorias) é igual nas categorias de proveniência	31.500	0.924 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado (Score total em % das categorias), na avaliação final é igual nas categorias de proveniência	35.500	0.775 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese

Av. = avaliação; Cat. = categoria; IB = Índice de Barthel; Sig. (< 0.050) = Significância; % percentagem; a. O nível de significância é 0.050; b. A significância assintótica é exibida e c. A exata significância é exibida para este teste.

**Tabela 15 - Diferenças da variável tipo de AVC em relação ao grau de dependência**

Hipótese	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
<b>Par 1: Higiene pessoal</b>			
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal é igual nas categorias de tipo AVC	22.500	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal (av.final) é igual nas categorias de tipo AVC	21.000	0.912 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 2: Uso sanitário</b>			
A distribuição de categoria 4_uso sanitário é igual nas categorias de tipo AVC	21.000	0.912 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 4_uso sanitário (av. final) é igual nas categorias de tipo AVC	27.500	0.574 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 3: Banho</b>			
A distribuição de categoria 10_banho é igual nas categorias de tipo AVC	22.500	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 10_banho (av. final) é igual nas categorias de tipo AVC	22.500	1.000 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 4: Score total das categorias 1, 4 e 10 do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado (score total das categorias) é igual nas categorias de tipo AVC	21.000	9.912 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado (score total das categorias), na avaliação final é igual nas categorias de tipo AVC	26.000	0.738 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
<b>Par 5: Score total em % das categorias (1, 4 e 10) do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado (Score total em % das categorias) é igual nas categorias de tipo AVC	23.500	0.912 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado (Score total em % das categorias), na avaliação final é igual nas categorias de tipo AVC	26.000	0.738 <sup>c</sup>	Não aceitar a hipótese

Av. = avaliação; Cat. = categoria; IB = Índice de Barthel; Sig. (< 0.050) = Significância; % percentagem; a. O nível de significância é 0.050; b. A significância assintótica é exibida e c. A exata significância é exibida para este teste.

Para avaliar a variável destino de alta recodificada, utilizamos o teste não paramétrico *Kruskall-Wallis*, porque avalia variáveis com mais do que duas modalidades de resposta. Quanto à variável número de dias de internamento classifica-se por ser quantitativa e métrica e ter uma apresentação contínua, pelo que aplicamos a correlação de *Spearman*. Ao avaliar as variáveis clínicas, anteriormente referidas, podemos averiguar que não existem resultados estatisticamente significativos ( $p > 0.050$ ), pelo que a H3 não se confirma, tal como se pode observar na Tabela 16 e 17.

**Tabela 16** - Diferenças da variável destino de alta recodificada em relação ao grau de dependência

Hipótese	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
<b>Par 1: Higiene pessoal</b>			
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal é igual nas categorias de destino de alta recodificada	0.000 <sup>c,d</sup>	1.000	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 1_higiene pessoal (av.final) é igual nas categorias de destino de alta recodificada	1.700 <sup>c,d</sup>	0.427	Não aceitar a hipótese
<b>Par 2: Uso sanitário</b>			
A distribuição de categoria 4_uso sanitário é igual nas categorias de destino de alta recodificada	1.250 <sup>c,d</sup>	0.535	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 4_uso sanitário (av. final) é igual nas categorias de destino de alta recodificada	4.100 <sup>c,d</sup>	0.129	Não aceitar a hipótese
<b>Par 3: Banho</b>			
A distribuição de categoria 10_banho é igual nas categorias de destino de alta recodificada	0.000 <sup>c,d</sup>	1.000	Não aceitar a hipótese
A distribuição de categoria 10_banho (av. final) é igual nas categorias de destino de alta recodificada	0.531 <sup>c,d</sup>	0.767	Não aceitar a hipótese
<b>Par 4: Score total das categorias 1, 4 e 10 do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado (score total das categorias) é igual nas categorias de destino de alta recodificada	1.250 <sup>c,d</sup>	0.535	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado (score total das categorias), na avaliação final é igual nas categorias de destino de alta recodificada	3.883 <sup>c,d</sup>	0.143	Não aceitar a hipótese
<b>Par 5: Score total em % das categorias (1, 4 e 10) do IB</b>			
A distribuição de dependência no autocuidado (Score total em % das categorias) é igual nas categorias de destino de alta recodificada	1.870 <sup>c,d</sup>	0.392	Não aceitar a hipótese
A distribuição de dependência no autocuidado (Score total em % das categorias), na avaliação final é igual nas categorias de destino de alta recodificada	5.266 <sup>c,d</sup>	0.072	Não aceitar a hipótese

Av. = avaliação; Cat. = categoria; IB = Índice de Barthel; Sig. (< 0.050) = Significância; % = percentagem; a. O nível de significância é 0.050; b. A significância assintótica é exibida; c. A estatística do teste está ajustada para empates e d. Comparações múltiplas não são realizadas pois o teste inteiro não apresenta diferenças significativas entre amostras.



**Tabela 17** - Relação entre o número de dias de internamento e o grau de dependência funcional dos doentes, nos dois momentos em avaliação

Número de dias de internamento		
<b>Par 1</b>		
Cat.1_Higiene pessoal	Coeficiente de correlação	_____
	Sig. (2 extremidades)	_____
Cat.1_Higiene pessoal (avaliação final)	Coeficiente de correlação	0.302
	Sig. (2 extremidades)	0.223
<b>Par 2</b>		
Cat.4_Uso sanitário	Coeficiente de correlação	0.331
	Sig. (2 extremidades)	0.180
Cat.4_Uso sanitário (avaliação final)	Coeficiente de correlação	-0.334
	Sig. (2 extremidades)	0.176
<b>Par 3</b>		
Cat.10_Banho	Coeficiente de correlação	_____
	Sig. (2 extremidades)	_____
Cat.10_Banho (avaliação final)	Coeficiente de correlação	0.126
	Sig. (2 extremidades)	0.617
<b>Par 4</b>		
Score total das categorias 1, 4 e 10	Coeficiente de correlação	0.331
	Sig. (2 extremidades)	0.180
Score total das categorias 1, 4 e 10 (avaliação final)	Coeficiente de correlação	-0.113
	Sig. (2 extremidades)	0.656
<b>Par 5</b>		
Score total em % das categorias (1, 4 e 10)	Coeficiente de correlação	0.166
	Sig. (2 extremidades)	0.511
Score total em % das categorias (1, 4 e 10), na avaliação final	Coeficiente de correlação	-0.180
	Sig. (2 extremidades)	0.670

*N (n.º participantes da amostra) = 18*

*Cat. = categoria; % = percentagem; Sig.( < 0.050) = significância*

Após a análise dos resultados obtidos e testagem das três hipóteses, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla para identificar as variáveis que contribuíram para explicar o valor total (*score* total) na segunda avaliação (momento da alta). Foi encontrado um modelo significativo [ $R^2=0.321$ ;  $F(1, 16)=7.558$ ;  $p=0.014$ ], sendo que a única variável do presente estudo que contribui para explicar este resultado é o destino de alta ( $\beta = -0.566$ ), nomeadamente a opção Unidade de Convalescença contribuindo para explicar 30% da independência funcional para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal* dos doentes (Tabela 18).

**Tabela 18** - Variáveis que contribuem para explicar o valor total (score total) na segunda avaliação (momento da alta)

	Modelo 1		
	B	EP B	B
<b>Destino de alta</b>	-7.740	2.816	-0.566
$R^2$ ( $R^2$ Ajustado)	0.321 ( <b>0.278</b> )		
$F$ de mudança $R^2$	7.558*		

$R^2$  = R quadrado; B = coeficiente de regressão não standardizado; EP B = erro de B não standardizado;  $\beta$  = coeficiente de regressão standardizado; \* $p < 0.050$

### 3. Análise e Discussão dos Resultados Obtidos

Após a apresentação dos resultados obtidos, surge a necessidade de analisar e discutir os resultados, à luz de uma apreciação crítica comparativa com a bibliografia atual. Na pesquisa bibliográfica, não nos deparamos com estudos equivalentes, motivo pelo qual houve necessidade de recorreremos a outros estudos com algumas semelhanças em relação à metodologia, objetivos e variáveis.

Relativamente à caracterização sociodemográfica, verifica-se que a média de idade dos doentes é de 74.61 anos e está compreendida entre 38 e 94 anos. A idade demonstra que os participantes têm predomínio de 75 anos de idade, o que revela tratar-se de uma amostra idosa. Estes dados estão em conformidade com os censos de 2021 que, ao nível do panorama nacional, indicam que quase um quarto da população apresenta idade igual ou superior a 65 anos (Portugal, 2021<sup>f</sup>). Segundo dados de Portugal (2021<sup>b</sup>), a “percentagem de população idosa (65 e mais anos) representava 23.4% enquanto a de jovens (0-14 anos) era de apenas 12.9%” (p.5). De acordo com Portugal (2021<sup>f</sup>), o índice de envelhecimento da população é de 182 idosos por cada 100 jovens, enquanto em 2011 o índice de envelhecimento era de 128 idosos por cada 100 jovens. Ao nível mundial, a diminuição da taxa da natalidade juntamente com o aumento da esperança média de vida, repercute-se num envelhecimento da população mais acentuado (Eurostat, 2021). Dados obtidos ao nível da União Europeia evidenciam que “Portugal era dos cinco países em que a proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado era mais elevada, com proporções acima dos 40%” (Portugal, 2020, p.15). Neste sentido, podemos concluir que o envelhecimento demográfico é extensível à população, ao nível nacional e mundial, e o seu aumento exponencial traduz-se em eventuais ocorrências de doenças crónicas/degenerativas, nomeadamente do foro neurológico e musculoesquelético, resultando em situações de dependência funcional.

Quanto ao género, constata-se que predomina o género feminino (61.1%), o que corrobora os dados obtidos nos censos de Portugal (2021<sup>b</sup>), que evidencia que a relação do género masculino é de 91 homens por 100 mulheres. O género masculino é superior ao género feminino até aos 30 anos de idade, invertendo-se o rácio a partir dessa idade. Nas idades mais avançadas, o número de mulheres é nitidamente superior ao dos homens, reflexo de maiores níveis de mortalidade na população masculina (Portugal, 2021<sup>b</sup>). Os dados

obtidos na amostra em estudo não estão em concordância com Martins (2006), uma vez que a incidência do AVC é 1.25 vezes maior no género masculino no referido estudo. Porém, e atendendo à média de idades da amostra ( $N=18$ ), após a menopausa, o género feminino é mais vulnerável à ocorrência de AVC, fenómeno explicado devido à ausência dos estrogénios endógenos (Menoita, 2012).

Da amostra, 77.8% dos participantes têm escolaridade constituída pelo 1.º ciclo e 11.1% não possuem escolaridade. Uma minoria tem o 2.º ciclo e o ensino secundário, com 5.6% da amostra. Concordamos com Antunes (2010) quando afirma que o nível de instrução da população idosa em Portugal é realmente baixo, referindo que a maioria da população idosa, não apresenta qualquer nível de ensino. Em relação ao nível de escolaridade, segundo resultados de Portugal (2021<sup>c</sup>), na população residente com mais de 15 anos, 5.9% não tem escolaridade, 22.3% tem o 1ºciclo, 9.6% tem o 2.ºciclo e 19.8% tem o ensino superior, o que atesta os resultados anteriormente evidenciados, no que se refere ao presente estudo.

No que concerne ao estado civil da amostra em estudo, 66.7% é casada ou vive em união de facto, 27.8% são viúvos e 5.6% são divorciados. Os resultados obtidos na amostra não corroboram o panorama nacional, identificados nos censos de 2021 (Portugal, 2021<sup>c</sup>), onde se indica que 43.5% da população residente em Portugal é solteira, 41.0% casada, sendo que as restantes categorias do estado civil, divorciado e viúvo, correspondem a 8.0% e 7.5%, respetivamente. Em relação aos dados obtidos pelos censos em 2011, as alterações mais significativas foram a “diminuição relativa da população casada (em 5.6 pontos percentuais (p.p.)), a par do reforço da população divorciada (2.4 p.p.). A população divorciada passa a ser superior ao valor da população com estado civil viúvo” (Portugal, 2021<sup>c</sup>, p.7). No entanto, se estreitarmos a nossa pesquisa para o distrito de Viana do Castelo, verifica-se que a taxa de variação da população residente, de 2011 a 2022, tendo por base o estado civil, é maioritariamente constituída por casados, depois por solteiros, viúvos e uma minoria por divorciados, dados que estão em concordância com os resultados obtidos na amostra em estudo. Os resultados obtidos no presente estudo estão também em concordância com os encontrados por Ferreira (2014), tendo em vista que a sua amostra era maioritariamente constituída por doentes casados/união de facto e com um baixo nível de escolaridade.

Da totalidade da amostra, 100% dos participantes são residentes em meio rural, dados estes que corroboram os dados apresentados por Portugal (2021<sup>d</sup>), no que respeita ao distrito de Viana do Castelo. Correia et al. (2004) demonstram que pode haver diferenças significativas entre a incidência de AVC e o meio residencial (urbano e rural), verificando uma incidência bruta de 279 casos de AVC por 100.000 por ano, equivalente à incidência da população europeia, confirmando uma incidência bruta maior na população do meio rural, resultados estes que se devem às características das amostras.

No que concerne à proveniência, 72.2% da amostra em estudo é proveniente do domicílio para a UAVC e os restantes oriundos do meio hospitalar. De referir que a maioria da nossa amostra está em paralelismo com os resultados obtidos no estudo de Coito (2018) intitulado por “O autocuidado em eventos de hospitalização: prevenção do declínio funcional em idosos no processo de internamento”. Coito (2018), no seu estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, com uma amostra de 52 idosos, constatou que a distribuição dos doentes, segundo a proveniência, era maioritariamente do domicílio (75.0%) e 19.2% eram provenientes de lar.

Relativamente ao destino dos doentes após a alta, 44.4% foram enviados para o domicílio e 44.4% para unidades de convalescença. Na sua tese de doutoramento, Nunes (2016), com 110 participantes, demonstra que “os doentes regressaram maioritariamente ao domicílio (~75%), cerca de 19% foram conduzidos para unidades de cuidados continuados e, marginalmente, verificaram-se outras situações [unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação e de unidades de longa duração e manutenção] (p.160)”. No entanto, no estudo apresentado por Coito (2018), da amostra (N=52), 63.5% regressaram ao domicílio e 21.2% foram encaminhados para lar, 5.8% ingressaram na rede nacional de cuidados continuados e 5.8% ingressaram em hospitais de agudos, além de transferências intra-hospitalares. O único parâmetro equitativo e mais representativo nos dois estudos como destino de alta é o domicílio. Estes resultados devem-se às características específicas da amostra em estudo. Segundo Portugal (2011), os doentes com AVC ligeiro são referenciados, primordialmente, para reabilitação em contexto de ambulatório ou para centro de reabilitação (alta para o domicílio), enquanto os doentes com AVC moderado e idade inferior a 75 anos e os doentes com AVC grave e idade inferior a 55 anos, com boa resistência física, têm indicação de internamento hospitalar especializado, de forma a garantir intensivamente o plano terapêutico de

reabilitação. Ainda citando a mesma fonte, os doentes com AVC moderado e idade superior a 75 anos e os doentes com AVC grave e idade superior a 55 anos têm indicação para serem internados em UMDR ou em unidades de convalescença.

A média do número de dias de internamento dos doentes em estudo foi de 11.28. No entanto, ao nível nacional, a média do número de dias de internamento para doentes com AVC, segundo Campos et al. (2020), foi de 12 dias e este número de dias seria insuficiente para a diminuição dos défices do doente em estudo, pelo que o programa de reabilitação adotado pelos autores foi de 30 dias, o que leva a concluir que se o período de internamento e intervenção do presente estudo fosse mais longo conseguiríamos obter mais ganhos em saúde.

Da amostra em estudo, 83.3% tiveram AVC isquémico e 16.7% AVC hemorrágico, dados que comprovam o estudo de investigação realizado por Figueiredo et al. (2020), em que os autores demonstram que, da totalidade da amostra em estudo, 76.4% apresentavam AVC isquémicos (1044 participantes) e 23.6% AVC hemorrágicos (323 participantes), evidenciando que o número de episódios de AVC isquémicos é maior, em relação ao número de AVC hemorrágicos, o que está em concordância com a literatura e enquadramento teórico do presente trabalho (Branco & Santos, 2010; Salgueiro, 2011 e Portugal, 2017).

A maioria dos participantes apresentava dislipidemia 61.1% (11 casos) e hipertensão arterial 55.6% (10 casos), como antecedentes pessoais; no entanto, é de referir que na globalidade dos participantes, estes tinham vários antecedentes pessoais relacionados. Corroborando Ferro (2006), Branco e Santos (2010) referem que “os principais fatores de risco relacionados com o AVC, são a idade e a hipertensão arterial” (p.19). No estudo de Figueiredo et al. (2020), ao nível da prevalência dos fatores de risco e comorbilidades, os autores evidenciam que, na amostra do seu estudo, 47% apresentavam dislipidemia e 81.8% hipertensão arterial. Ainda segundo Figueiredo et al. (2020), os fatores de risco presentes na maioria da sua amostra eram entre um a três fatores de risco associados (78.4%), sendo que uma minoria apresentava dois fatores (34%), o que demonstra uma variedade de antecedentes pessoais relacionados, dados estes que vão ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo e ao documentado no enquadramento teórico do presente trabalho.

Ao decompor os resultados obtidos, referentes às categorias do Índice de Barthel, em estudo, na avaliação inicial e final, verificamos ganhos em todas as categorias em avaliação. O aumento foi estatisticamente significativo: higiene pessoal (ganho médio de 3.610 pontos), uso sanitário (ganho médio de 6.940 pontos) e banho (ganho médio de 3.330 pontos), verificando-se que a categoria banho foi a que teve menos ganhos e a categoria uso sanitário a que apresentou mais ganhos. Podemos assim verificar que, apesar da faixa etária idosa da amostra, esta não foi um fator impeditivo de obter ganhos em saúde. Estes resultados corroboram Portugal (2011), no que diz respeito à norma intitulada “Acidente vascular cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação”, que nos demonstra que:

“a idade, só por si, não deve ser considerada critério para exclusão no acesso à reabilitação, pois há doentes de grupos etários mais elevados, que podem atingir, igualmente, bons resultados, embora podendo requerer plano terapêutico de reabilitação individual mais longo e adaptado” (p.4).

No nosso estudo verificou-se, na avaliação inicial, uma média de 1.389 pontos e, na avaliação final, uma média de 72.222 pontos no Índice de Barthel. Isto comprova que os doentes alvo da intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação adquiriram em média 70.831 pontos no grau de dependência, sendo este aumento de ganhos em saúde estatisticamente significativo. O EEER, tal como documentado no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação n.º 392/2019

“identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (p.13565).

Assim, como também “usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, ao nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia e qualidade de vida)” (OE, p. 13567).

Na análise inferencial, após testagem das hipóteses, na hipótese H1 confirmamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, no que concerne, às categorias em estudo, quer de forma individual, como após avaliação do *score* total das categorias e do *score* total em percentagem. Os resultados obtidos evidenciam que após a intervenção do EEER, se verifica que o grau de dependência dos doentes para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal* melhorou significativamente (valor de  $p$  é menor do que 0.050, atestando a hipótese que confirma que os dados apresentam diferenças extremamente significativas), o que mostra que, após a intervenção de EEER, a amostra em estudo obteve ganhos em saúde. Estes resultados vão de encontro ao documentado por Gaspar (2021) ao qualificar enfermagem de reabilitação como:

“uma área de intervenção clínica, contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde, respondendo eficazmente às necessidades concretas da população, bem como as novas exigências em cuidados de enfermagem, sendo a monitorização desses ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação uma prioridade” (p. 14).

Ao testar a hipótese H2, podemos comprovar que as características sociodemográficas (idade, estado civil, nível de escolaridade e residência) não interferiam na recuperação da independência funcional (valor de  $p$  é superior a 0.050, não confirmando a hipótese que nos assegura que os dados não apresentam diferenças significativas), exceto na variável género, em que a significância é menor do que 0.050, o que demonstra que o resultado obtido é significativo, pelo que se certifica parcialmente a hipótese H2. O género feminino apresenta maior independência funcional comparativamente ao género masculino. Contrariamente ao nosso estudo, Andrade (2011), numa amostra de 105 doentes, maioritariamente constituída pelo género masculino (54.30%), mostrou que a variável sociodemográfica género masculino, de uma forma geral, apresentou valores de maior independência funcional para os autocuidados.

Após testagem da hipótese H3, constatou-se que as variáveis clínicas (proveniência, destino de alta, número de dias de internamento, tipo de AVC e os antecedentes pessoais) não interferiram na recuperação da independência funcional da amostra em estudo, pois o valor de  $p$  é superior a 0.050, não confirmando a hipótese, o que nos confirma que os dados não apresentam diferenças significativas.



Depois de analisar os resultados obtidos e de testar as hipóteses H1, H2 e H3, realizou-se uma análise de regressão linear múltipla para identificar as variáveis que contribuíram para explicar o *score* total em percentagem das categorias (higiene pessoal, uso sanitário e banho) no momento da alta. Constatou-se que a única variável do atual estudo que contribui para explicar este resultado é o destino de alta (unidade de convalescença). Este resultado sugere-nos que o destino da alta, por um lado, é a motivação principal para os participantes desejarem recuperar o mais rápido possível e, por outro, alerta-nos para a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação para que o doente consiga mais cedo, critérios para ingressar numa unidade de convalescença. No que concerne ao encaminhamento dos doentes no pós-hospitalar, na sua tese de doutoramento, Nunes (2016) verificou que: “da regressão linear múltipla exploratória utilizada, a variável dano neurológico (*National Institutes of Health Stroke Scale*, NIHSS) influenciava de forma estatisticamente significativa, a orientação para unidade de cuidados continuados” (p.200). Nunes (2016, p.160) refere ainda que “as opções de encaminhamento pós-hospitalar decorrem do alinhamento de critérios múltiplos e de natureza díspar, tais como: clínica, familiar, social, económica, cultural e outras. Estes critérios segundo o próprio “intersectam-se com um habitual e forte desejo de regresso [a casa] / saída [do hospital], particularmente por parte dos doentes” e estes podem vir a repercutir-se de diversas formas, nomeadamente na funcionalidade, na qualidade de vida, bem como nas manifestações psico-emocionais e/ou psicopatológicas do doente.

No estudo de caso elaborado por Figueiredo et al. (2020), verificou-se que, após aplicabilidade de um programa de reabilitação, o doente transitou de um grau de dependência severa no autocuidado (avaliação inicial) para a independência (avaliação final). Resultados idênticos foram verificados no estudo de Alcobia et al. (2019), no qual aplicaram igualmente um programa de reabilitação baseado nos princípios de Margaret Johnstone, num período de quatro meses, a sete indivíduos, tendo-se constatado melhorias ao nível da capacitação motora e funcional, traduzindo-se em ganhos significativos, comprovados através do Índice de Barthel.

Na investigação desenvolvida por Sequeira (2010), os participantes apresentaram maiores níveis de dependência, no subir escadas (97.1%), no vestir (83.2%), no banho (81.2%), na higiene corporal (75.2%) e no uso sanitário (71.3%), dados que corroboram o presente estudo, no que concerne aos autocuidados de vida diária: banho, higiene corporal e uso

sanitário. Ribeiro et al. (2014) constatou a presença de níveis mais elevados de dependência nas atividades de vida diária nomeadamente, no alimentar-se, arranjar-se, tomar banho, vestir-se e despir-se, uso do sanitário, usar a cadeira de rodas e andar. Estes autores evidenciam que a realização destas atividades carece de uma maior amplitude e coordenação do movimento, assim como de uma maior capacidade motora fina e grosseira, maior destreza manual, força muscular e equilíbrio corporal. Santos et al. (2021), no seu estudo intitulado “Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: contribuição da enfermagem de reabilitação”, verificaram a aquisição de ganhos em independência nos três autocuidados (higiene, arranjo pessoal e vestuário), numa amostra de 96 participantes, constatando que, na admissão, mais de 90% apresentavam algum grau de dependência nos autocuidados de higiene, arranjo pessoal e vestir-se. Aquando da alta, mais de 50% dos participantes adquiriram independência nesses autocuidados. Para além dos estudos referidos, existem igualmente outros que evidenciam ganhos em saúde, tal como nos referem Azeredo e Matos (2003), Araújo et al. (2017), Coito (2018) e Campos et al. (2020).

Assim sendo e tendo por base o anteriormente exposto, pode-se concluir que é patente no atual estudo que, com a intervenção de enfermagem de reabilitação, houve ganhos em independência funcional nos participantes, no autocuidado *cuidar da higiene pessoal*, sendo este um dos principais objetivos da reabilitação com enfoque central para os autocuidados, tal como refere Araújo et al. (2021).

#### 4. Conclusões do Estudo

A capacitação dos doentes com AVC para o *autocuidado cuidar da higiene pessoal*, em contexto hospitalar, demonstra ser uma indispensável área de atuação de enfermagem de reabilitação. Neste sentido, e ciente da importância do cuidar, em enfermagem e em enfermagem de reabilitação, nos doentes com diagnóstico de enfermagem, *cuidar da higiene pessoal comprometido*, definiu-se este tema para desenvolvimento como componente de investigação do ENP com relatório final. Assim sendo, durante a consecução deste projeto, avaliou-se o impacto das intervenções de enfermagem de reabilitação na capacitação dos doentes com AVC com diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido*, numa UAVC.

A amostra do estudo é maioritariamente constituída pelo género feminino, com uma média de idades de 75 anos, sendo que a maioria tem como escolaridade o 1.º ciclo, é casada ou vive em união de facto e é residente em meio rural. A maioria dos participantes são provenientes do domicílio para a unidade AVC, foram encaminhados para o domicílio e unidade de convalescença como destino de alta. A maioria teve um AVC isquémico e tinha, como antecedentes pessoais, dislipidemia e hipertensão arterial. A grande maioria dos participantes apresentavam várias comorbilidades associadas e uma média de dias de internamento de 11.28.

Após a intervenção do enfermeiro de reabilitação, verificamos que conseguimos ganhos significativos nas categorias em estudo (higiene pessoal, uso sanitário e banho) de forma individual, bem como na avaliação total dos autocuidados. Assim sendo, podemos confirmar que, mesmo avaliando os participantes de forma individual, é evidente o aumento do *score* do grau de dependência do 1.º momento (avaliação inicial) até ao momento da alta e que existe sempre melhoria na classificação dos pontos para a situação de uma menor dependência funcional. Hoeman et al. (2008) afirmam que os doentes quando atingem o máximo da independência nos cuidados pessoais melhoram a sua autoestima, neste sentido podemos concluir que, para além de obtermos ganhos em saúde, ao nível do estado funcional dos doentes em estudo, contribuímos também para a melhoria da sua autoestima.

No presente estudo, podemos confirmar que o género feminino apresenta maior independência funcional relativamente ao género masculino. Além disso, identificamos as variáveis que contribuem para explicar o *score* total em percentagem das categorias (higiene pessoal, uso sanitário e banho) aquando do momento da alta e pode-se constatar que a única variável do estudo é o destino de alta, neste caso, a unidade de convalescença.

O desenvolvimento deste projeto de investigação evidencia um ciclo de desenvolvimento de espírito crítico e consolidação e acréscimo de conhecimento e aprendizagens baseadas na evidência e na praxis clínica, com recurso a estratégias de pesquisa e investigação na área da enfermagem em reabilitação.

## **5. Contributos, Limitações e Sugestões para a Prática, Investigação, Gestão e Formação em Enfermagem**

A elaboração do atual estudo resultou na aquisição de competências comuns e específicas em enfermagem de reabilitação no âmbito do ENP com relatório final. Em todo o percurso do estágio, foi exercida uma prática clínica baseada na evidência, com o ímpeto de evidenciar o impacto das intervenções do enfermeiro de reabilitação na aquisição de ganhos em saúde, qualidade de vida e de autonomia dos doentes para as atividades de vida diária.

A limitação temporal e o tamanho reduzido da amostra são as principais limitações do presente estudo. O prolongamento da recolha de dados proporcionaria uma amostra mais robusta e consistente, contudo, não foi possível apresentar uma amostra maior devido às limitações citadas. Outra limitação presente no estudo é a existência de uma variação invertida entre o número de participantes ( $N=18$ ) e o número de variáveis existentes, que equivale a vinte e sete variáveis.

A investigação, de acordo com Loureiro et al. (2010), “é o motor da evolução da enfermagem, enquanto profissão, disciplina e arte. Dela emerge o desenvolvimento e a aplicação do conhecimento, essenciais para a contextualização do campo de intervenção” (p.155). Loureiro et al. (2010) demonstram ainda que o panorama atual e a sua progressiva mudança social e tecnológica exigem do EEER um novo perfil profissional. Isto deve-se ao facto de a sua atuação se desenvolver muitas vezes em contextos onde os doentes são portadores de limitações motoras e perdas de capacidades funcionais, sendo os doentes com AVC um exemplo disso mesmo. Como sugestão, propõe-se transpor este estudo para uma amostra de maiores dimensões, tendo em vista a representatividade da população real, assim como realizar o estudo com recurso a um grupo de controlo, para evidenciar a importância da atuação do enfermeiro de reabilitação, numa área que apresenta grande incidência na população portuguesa e é proporcionadora de perda de capacidade funcional dos doentes para os autocuidados de vida diária.

Apesar das limitações referidas, estas não foram fatores impeditivos da conclusão do estudo, pois é possível demonstrar ganhos em independência funcional, sendo este, um dos fatores mais proferidos pelos doentes em adquirir, após a ocorrência de um AVC.

**PARTE III - PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**

---

Nos enunciados descritivos do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, foram definidas oito categorias, tais como: satisfação dos doentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos doentes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 350/2015).

A APER (2010) descreve os ganhos em saúde que a população poderá obter, através dos contributos da prestação dos cuidados do enfermeiro de reabilitação, nos diversos contextos (centros de saúde, unidades de cuidados continuados ou hospitais) mencionando-os:

“diminuição da necessidade de recursos aos cuidados de saúde, nomeadamente aos serviços de urgência, diminuição do número de episódios de internamento, diminuição da demora média de internamento e dos custos que lhe estão associados, aumento do nível de independência das pessoas e das famílias, diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade, como úlceras de pressão, infeções respiratórias, infeções urinárias, deformidades osteoarticulares e hipotonicidade muscular, diminuição do consumo de medicamentos, aumento da dependência funcional e social, diminuição da morbilidade, diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio, adequação do ambiente, habitação, com menor dependência socioeconómica e otimização da reintegração do doente no seio familiar e social” (p.4).

Tal como a mente é inseparável do corpo, as atividades escolares de Enfermagem não devem ser separadas da sua prática clínica (Watson, 2002). Os estágios destinam-se a complementar a formação teórico e a prática clínica, permitindo a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver como competências (Matos, 1997). Neste sentido, esta análise crítica e reflexiva surge da sequência do projeto formativo, desenvolvido no início do ENP, onde foi delineado o percurso académico do ENP, de forma a colmatar os objetivos traçados.

No presente capítulo surge a necessidade de realizar uma análise, com abordagem aos objetivos do ENP e às competências comuns e específicas desenvolvidas em enfermagem de reabilitação.

## **1. Competências Comuns Desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional**

No decorrer do ENP, as competências comuns desenvolvidas foram quatro, tais como: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências no domínio da gestão dos cuidados; competências no domínio da formação e serviço e competências no domínio da investigação.

### **1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Os padrões éticos da profissão assentam num conceito moral básico que é a preocupação pelo bem-estar de outros seres humanos. Não chega a qualidade científica ou a técnica, pois somos “gente que cuida de gente”, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora (OE, 2015, p. 14).

Reger a prática clínica segundo os princípios e valores que a ética transmite, é de grande importância, uma vez que uma prática orientada levará a uma melhor qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a melhores resultados (ganhos em saúde). Na profissão de enfermagem, lida-se diariamente com doentes, doentes esses que têm os seus direitos, que devem ser respeitados, e os seus valores que devem ser tidos em conta em todos os momentos. No exercício da enfermagem, um dos princípios básicos é o respeito pela dignidade humana de cada pessoa, seja ela portadora de deficiência ou não. Este respeito inclui, em parte, o respeito pelo princípio da bioética que nos apresenta a autonomia da pessoa como algo essencial e parte da dignidade humana.

As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, reconhecendo e respeitando o carácter único do doente e o seu direito de liberdade e autonomia para exercer as suas escolhas (artigo 78º do Código Deontológico, 2015). De acordo com a ótica de Watson (2002), a enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para com o indivíduo como para com a sociedade, por ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro.

É neste âmbito que o fundamento de enfermagem se encontra, pois, cuidar do outro não se limita só à execução de técnicas e à identificação do corpo. Cuidar, no sentido amplo da palavra, deve implicar o respeito pela pessoa, pelas suas decisões e emoções, pela sua privacidade e intimidade. Foi com a finalidade de ser congruente com estes princípios



que agi e ajo na minha prática clínica, proporcionando um cuidar personalizado, adaptado à condição do doente, fundamentado numa prática holística e baseada na evidência científica. Em contexto de ENP, toda a minha prática clínica foi sempre pautada pelo respeito pela privacidade dos doentes e pela sua dignidade, pelo que sempre que os abordava pedia autorização para intervir, antes de iniciar a intervenção, sobretudo nas intervenções de maior exposição à intimidade.

## **1.2.Competências no domínio da gestão dos cuidados**

Tal como documentado por Santos (2021), é consensual que o autocuidado seja o foco central de atenção de enfermagem de reabilitação; neste sentido, o enfermeiro, ao nível da gestão dos cuidados, deve proporcionar “nos serviços, condições de estrutura, de processo, e de resultado que garantam a essência do exercício profissional dos EEER na área do autocuidado”(…). Da “preocupação com a qualidade dos cuidados especializados emerge, com elevada relevância, a necessidade de adotar estratégias” (p.26). Na UAVC, palco do campo de estágio, a realidade diária dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação implica conciliar a prestação de cuidados gerais de enfermagem com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Neste sentido, e tendo por base as competências de enfermagem de reabilitação, ao nível da gestão dos cuidados e após avaliação das necessidades do serviço e reflexão, delineou-se a elaboração de um procedimento técnico intitulado: “As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nos doentes com AVC” (apêndice II). Este procedimento técnico tem como objetivo principal uniformizar intervenções e registos informáticos, em enfermagem de reabilitação, e promover/evidenciar mais ganhos em saúde ao nível de independência funcional, nos doentes com AVC.

Não obstante, e de forma a colmatar uma necessidade detetada e com o intuito de dar resposta ao pedido do SIE (Sistemas de Informação em Enfermagem) que solicitaram a comunicação de erros, sugestões de melhoria e propostas de formação, no âmbito do ENP, procedeu-se à pesquisa da plataforma SClínico, relativamente aos focos, intervenções de enfermagem e de enfermagem de reabilitação já existentes e, com isto, realizou-se um paralelismo entre a prática clínica (cuidados) e os registos de enfermagem, no âmbito das competências gerais e específicas em enfermagem de reabilitação. Neste sentido, e com

o intuito de dar resposta ao pedido do SIE, em apêndice III encontra-se a “Parametrização dos registos de enfermagem de reabilitação, na plataforma SClínico: sugestões de melhoria”.

Até ao término do ENP, o procedimento técnico bem como as sugestões de melhoria foram entregues à enfermeira gestora da UAVC, que se encarregou de enviar o documento ao serviço do SIE hospitalar. A responsabilidade de obter a homologação/implementação das sugestões sugeridas ao nível da parametrização, bem como a aprovação do procedimento técnico por parte da comissão de ética da ULSAM, ficou também ao cargo da enfermeira gestora da UAVC. De forma a dinamizar o trabalho desenvolvido no ENP, a enfermeira gestora, numa reunião de serviço, elaborou uma equipa de trabalho com competências em enfermagem de reabilitação, para adaptar o programa de reabilitação pré-definido à carga horária distribuída a cada EEER e implementar no serviço.

### **1.3.Competências no domínio da formação em serviço**

No âmbito das competências específicas de enfermagem de reabilitação, no que concerne à componente de formação, elaborou-se um programa de reabilitação tipo, em parceria com a Enfermeira orientadora, tutora e gestora do serviço palco do estágio. A realização do programa de reabilitação tipo foi direcionada para o doente com AVC e teve como intuito, a apresentação à equipa de enfermagem de reabilitação da UAVC. Esta apresentação colmata a competência específica da formação em serviço desenvolvida também em contexto real de estágio. O método utilizado para a formação foi a apresentação e respetiva discussão e reflexão do programa de reabilitação elaborado em contexto real de ENP, com recurso a apresentação em Power-point (apêndice IX). A apresentação do programa de reabilitação à equipa de enfermagem de reabilitação decorreu no dia 10 de março de 2023, com o intuito de uniformizar a práxis clínica em enfermagem de reabilitação, baseada na evidência e, para além disto, proporcionar uma reflexão conjunta com os EEER da UAVC.

#### 1.4. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Investigar é “um processo sistemático e metodologicamente organizado que contribui para o aumento do conhecimento” (Martins et al., 2021, p. 38).

“O avanço no conhecimento requer que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização” (OE, 2019, p.13565).

Neste sentido, no âmbito da vertente de investigação em contexto real do ENP, desenvolveu-se o trabalho de investigação sobre o tema do autocuidado, nomeadamente sobre o *cuidar da higiene pessoal* no doente com AVC. De ressaltar ainda que, após intervir nos doentes com AVC, no que concerne ao *autocuidado cuidar da higiene pessoal comprometido*, realizava o preenchimento de uma grelha de observação (apêndice VII), da autoria das investigadoras, com o intuito de melhor estratificar o grau de dependência e verificar as dificuldades sentidas pelo doente, para implementar intervenções adequadas, a cada situação clínica.

“Os enfermeiros de reabilitação pelas suas competências específicas e mais diferenciadas, estão mais aptos a integrar todas as dimensões do cuidado que visam satisfazer as pessoas com incapacidade funcional no desempenho do autocuidado” (Petronilho et al., 2021, p. 74). No entanto, para além de ter trabalhado esta temática não significa que as restantes áreas de intervenção fossem negligenciadas, muito pelo contrário.

Em todo o percurso de ENP foram realizadas intervenções de enfermagem de reabilitação ao nível da estimulação cognitiva, reeducação e readaptação da função motora, treino de equilíbrio dinâmico e estático, ensinamentos sobre educação para a saúde e sobre estratégias adaptativas à condição do doente, estimulação neurosensorial com recurso a vários materiais (uns dos quais, a aplicabilidade da terapia de espelho, instrumento este que foi elaborado com a minha parceria e posteriormente oferecido ao serviço por inexistência deste instrumento na UAVC) (apêndice VIII). A terapia de espelho é uma estratégia de feedback visual/motor e de estímulo da neuroplasticidade.

De acordo com Freitas et al. (2021), a “terapia de espelho é uma abordagem promissora que visa melhorar a aprendizagem motora e promover a reorganização neural por meio de diferentes entradas aferentes e padrões de feedback visual” (p.15). A terapia de espelho tem como principal função a reativação das funções de plasticidade do cérebro, para uma melhor reaquisição das funções cerebrais perdidas (Castro et al., 2018). Neste sentido, o treino das intervenções referentes ao autocuidado, *cuidar da higiene pessoal* com recurso à utilização bilateral dos membros superiores, possibilita na prática clínica minimizar o impacto do déficit da função motora do membro superior, tão comum nas sequelas após AVC. No estudo de caso de Freitas et al. (2021), onde implementaram a terapia de espelho, através da aplicabilidade de 15 sessões com duração de 30 minutos, cada sessão, os autores demonstraram ganhos de independência e habilidade motora no membro superior parético nos doentes com AVC, após a aplicabilidade da terapia de espelho.

## **2. Competências Específicas Desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional**

Relativamente às três competências específicas desenvolvidas em contexto de ENP, denominadas pelo regulamento das competências específicas do EEER, nº 392/2019, abordaremos: (1) cuida de pessoas com necessidades pessoais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática; (2) capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e (3) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

### **2.1.Cuida de pessoas com necessidades pessoais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática**

Segundo Marques et al. (2021) a enfermagem de reabilitação:

“caminha na história de um saber intuitivo, baseado numa prática aliviadora de sofrimento, e vai construindo conhecimento científico alicerçado na melhoria da qualidade dos cuidados relacionados com as mais profundas aprendizagens profissionais, concorrendo para cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos de cuidados” (p.2).

O fenómeno do autocuidado assume-se como um patamar relevante para a prática da enfermagem de reabilitação, na medida que é transversal no cuidar especializado e realça o potencial do doente com o diagnóstico de enfermagem *cuidar da higiene pessoal comprometido*. O serviço da UAVC demonstrou ser um local de excelência, por poder experienciar situações enriquecedoras e promotoras de desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação. Ao nível pessoal, pude privar com doentes e ouvir da parte destes mensagens de agrado, quer por gestos ou por palavras, e por todo o trabalho desenvolvido com eles e com os seus cuidadores. Toda a minha intervenção, no decorrer do ENP, foi assente numa visão holística, perspetivada num futuro próspero e jubiloso do doente enquanto cidadão, ser singular e único e que faz parte de uma família/comunidade.

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

O doente com AVC pode apresentar diversas manifestações clínicas, de acordo com a área do cérebro afetada. A prévia avaliação neurológica e da funcionalidade do doente

são essenciais para o planeamento e instituição do programa de reabilitação. Esta avaliação deve usar parâmetros adequados, sendo este processo sistemático, contínuo e imperioso de ser registado; em todo o percurso de ENP foram adotadas estas estratégias, para melhorar adequar as intervenções a serem implementadas.

A capacitação do doente para a independência no autocuidado tem sido um pilar no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros, tanto ao nível do perfil de competências comuns como ao nível das competências específicas do EEER.

Borgneth (2004) afirma que a evolução nos níveis de dependência permite a reintegração de novo, relacionando as potencialidades com as limitações. Segundo Santos et al. (2021), os doentes experimentam uma transição de saúde-doença que conduz à necessidade de responder às novas alterações, para se adaptar à nova situação, o que implica novas competências adquiridas, através da aquisição de conhecimentos e capacidades essenciais, de adaptação à nova condição. Neste sentido, o contributo do EEER e das suas intervenções são implementadas no sentido de intervir, prevenir e promover a independência no autocuidado. Assim, e ainda de acordo com Santos et al. (2021), pode-se afirmar que as intervenções do EEER serão em consonância com o grau de dependência no autocuidado e baseiam-se em: ensinar, instruir e treinar o autocuidado, tendo em atenção a aquisição de conhecimentos sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado, que vão desde ensinar estratégias adaptativas para o autocuidado e informar acerca da utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado, de forma a aumentar o potencial do doente para o mesmo.

O papel do enfermeiro de reabilitação torna-se ainda mais sonante quando, associado ao problema individual da pessoa, insere a família como um todo, como um sistema interativo que, para além da soma dos seus membros, a engloba como uma unidade básica ou primária (Hanson, 2005). A participação familiar foi um dos aspetos sobre o qual me interessei, desde o primeiro contacto com o doente. Consegui estabelecer capacidades sócio - relacionais que permitiram acima de tudo ensinar/ instruir /treinar/supervisionar e elogiar estratégias de colaboração. Entre elas, as educações para a saúde aos cuidadores, nomeadamente no que diz respeito às AVD`s, adequando os ensinamentos ao contexto habitacional, com base no referido pela família e doente, situação esta que esteve sempre patente em todo o meu percurso do ENP. Como é sabido, o cuidado de enfermagem não é apenas direcionado à pessoa que dele necessita, mas também à sua família, que sofre

mudanças na sua rotina com o adoecimento ou incapacidade de um dos seus membros, por vezes, o seu pilar. Assim, o enfermeiro deve direccionar a sua prática não só para a capacitação do doente, como também para a reorganização da família do mesmo, ajudando-os a optar pelas melhores estratégias para o fazer. Um dos exemplos disso consistiu em, em conjunto com os cuidadores, adequar os ensinamentos realizados, em conformidade com as condições habitacionais, estado de debilidade do doente, contexto habitacional e familiar, bem como do destino de alta.

Relativamente às condições habitacionais, um dos aspetos em que eu mais incidia era no acesso à casa de banho, em contexto domiciliário, pois muitas vezes estes espaços são pequenos para se realizar uma transferência e de difícil acesso para uma cadeira de rodas, tal como documentam Hoeman e colegas (2008). Os ensinamentos e a adoção de estratégias por mim instituídas, em parceria com os cuidadores/doente, em contexto de estágio, foram várias, tais como: no cuidar da higiene pessoal no chuveiro (usar um banco dentro da base do chuveiro quando há a impossibilidade de entrar numa cadeira sanitária); no autocuidado uso sanitário (usar a cadeira sanitária com aparador quando não há possibilidade de acesso à sanitária), no autocuidado arranjo pessoal (na impossibilidade de o utente se ver ao espelho para realizar os cuidados à barba, boca e cabelo, colocar um espelho à altura da cara do doente, para facilitar a visualização da sua imagem corporal); assim como sugerir a remoção de tapetes do chão, travar a cadeira de rodas sempre que se realize uma transferência e optar por calçado fechado e confortável para evitar quedas. É de referir que dava primazia aos recursos existentes em contexto habitacional, solucionando as barreiras referidas pelo doente/cuidador com estratégias simples e económicas. Também alertava o doente/cuidador para o uso de roupas confortáveis e práticas de vestir/despir, elegendo, por exemplo, roupas com fechos com abas em vez de botões e se estas tivessem botões, estes serem de maiores dimensões. Relativamente ao calçado, para além de ser confortável e fechado, para uma maior sustentabilidade/apoio ao pé, deveria ter velcro em vez de cordões, de forma a facilitar a independência dos doentes, quando estes apresentam ainda limitações na motricidade fina.

### **2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

A capacitação para o autocuidado tem sido um alicerce no âmbito do exercício profissional em enfermagem, sobretudo ao nível do constructo de competências

específicas do EEER que tem como foco de atenção a maximização do potencial, da independência funcional, da satisfação e da autoestima das pessoas com necessidades especiais (Regulamento das Competências Específicas do EEER, nº 392/2019).

Um indivíduo com uma incapacidade, *handicap* do foro neurológico, constitui um desafio para a enfermagem de reabilitação. A função particular da enfermagem é assistir o indivíduo, doente ou são, na execução das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação. As alterações de saúde podem originar sentimentos de incapacidade, estes podem estar relacionados direta ou indiretamente com a natureza do *handicap* e podem influenciar a capacidade de adaptação a uma nova realidade. Neste contexto, pode afirmar-se que o objetivo da enfermagem de reabilitação é “(...) melhorar a função, promover a independência e a satisfação com a vida e preservar a auto-estima” (Brummel, citado por Hoeman, 2000, p.161); assim, o enfermeiro deve iniciar a sua intervenção por uma avaliação funcional assertiva a vários níveis, sendo fundamental para o planeamento, execução, avaliação e qualidade dos cuidados (Ibidem, 2000). Ao longo do ENP, avaliei, planeei e implementei intervenções específicas de enfermagem de reabilitação para aquisição de qualidade de vida e bem-estar dos doentes, proporcionando-lhes capacitação na autonomia para as AVD`s, tal como se pode constatar com a monitorização dos resultados obtidos com a realização do presente trabalho de investigação.

As semanas de estágio foram proporcionadoras de consolidação de conhecimentos e competências anteriormente adquiridas nos ensinamentos clínicos, ainda assim, repletas de experiências novas, de aprendizagem e, principalmente, de crescimento e amadurecimento profissional. Durante esta etapa de aprendizagem procurei sempre ter uma postura responsável e verdadeira, adotando comportamentos que atendessem à ética da profissão, procurando respeitar os direitos e valores dos doentes e suas famílias, bem como os meus próprios valores pessoais.

Em suma, no decorrer do ENP, toda a minha prática clínica foi baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento científico e momentos de reflexão, que me proporcionaram um crescimento constante tanto ao nível pessoal como profissional.



**CONCLUSÃO GERAL**

---

Com o término do percurso académico e conclusão do ENP com relatório final é notória a importância da intervenção dos enfermeiros de reabilitação, nos diversos contextos da prática clínica, pois trazem ganhos em saúde.

O AVC tal como documentado no enquadramento teórico e na literatura é uma das doenças cerebrovasculares com maior incidência ao nível nacional e mundial. Neste sentido, é importante a intervenção da enfermagem de reabilitação, para ajudar no processo de reabilitação ao doente, habilitando-o para um estado funcional de independência. Dito isto, é importante conhecer as necessidades dos doentes com AVC e adequar o plano de cuidados ao doente e à sua circunstância.

As situações de dependência funcional são significativas de processos de transição e de mudanças na vida das pessoas, assim como no processo de autogestão de saúde/doença. Cabe aos EEER promover processos de readaptação, de forma a manter as capacidades funcionais e a otimizar a qualidade de vida da pessoa, capacitando-a a maximizar o seu estado funcional. Neste sentido, torna-se essencial continuar a evidenciar o impacto das intervenções de enfermagem de reabilitação nos doentes acometidos com AVC, pela mudança de paradigma do processo de transição saúde/doença do doente (de independência para dependência) e do impacto que estas alterações têm nos autocuidados de vida diária, no seu quotidiano, ambiente familiar e conseqüentemente na qualidade de vida perspetivada.

Durante o percurso académico do ENP foram desenvolvidos conhecimentos e competências específicas em enfermagem de reabilitação, onde fui capaz de colocar em prática todo o conhecimento adquirido. Todas as minhas intervenções foram baseadas em avaliações precisas com recurso a instrumentos e escalas de medida validadas, implementando programas de reabilitação, avaliando e documentando os resultados obtidos em registos de enfermagem. Não obstante, desenvolvi competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no âmbito da investigação, da formação e de gestão da qualidade e de governação clínica.

Ao nível do desenvolvimento profissional especializado, através desta modalidade de ENP com relatório final, foi possível aproximar os contextos clínicos, da prática académica, de forma a capacitar os discentes a otimizar estratégias de pesquisa e de

investigação em enfermagem de reabilitação. Com isto, pretende-se elevar o patamar da qualidade e a relevância de enfermagem de reabilitação na prática clínica.

Os resultados obtidos com a realização deste trabalho de investigação demonstram a importância de uma intervenção precoce e contínua, bem como o acompanhamento diário do doente com AVC na fase aguda durante o internamento numa UAVC, para obtenção de ganhos em saúde, tal como se pode verificar nos resultados obtidos do presente trabalho de investigação.

Assim e com base no supracitado, para futuras investigações propõem-se a elaboração de estudos de investigação, no âmbito do doente neurológico, nomeadamente no doente com AVC, pela diversidade de focos de atenção em enfermagem de reabilitação. Com a realização do presente trabalho de investigação pretendeu-se dar maior visibilidade, à intervenção de enfermagem de reabilitação em contexto do ENP, ao investimento profissional do EEER, numa práxis clínica baseada na evidência e sustentada em pressupostos teóricos em enfermagem de reabilitação.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alcobia A., Ferreira, R., Soares, M., &Vieira J. (2019). Enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com andar comprometido. *Journal of Aging & Innovation*. 8 (2), 28-43.  
<https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5252/1/Jo%C3%A3o%20Vieira%20Idosos%20com%20Andar%20Comprometido.pdf>
- Almeida, Leandro S., & Freire, T. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Psiquilibrios.
- Andrade, L. T., Araújo, E. G., Andrade, K. R. P., Soares, D. M., & Chianca, Tânia C. M. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(6), 1056-1060. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600029>.
- Annunciato F. N. et al. (2010). *Neuroanatomia funcional da motricidade. Plasticidade do Sistema Nervoso e Re-habilitação*, Seminário UFP, Porto.
- Antunes, A. P. F. (2010). *Adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio face às necessidades sentidas da população idosa do concelho de Constância*. [Dissertação de mestrado em gestão e economia da saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Repositório Aberto da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/14455>
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para avaliação em Geriatria*. [Relatório de Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Instrumentos\\_de\\_Avalia%C3%A7%C3%A3o\\_Geri%C3%A1trica\\_MAIIO\\_12%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIIO_12%20(1).pdf)
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.25(2).5966.<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>
- 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. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação Conceções e Práticas*. (pp.164-233).Lidel Editora, Edições Técnicas, Lda.

- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/PNS2011\\_2016.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf).
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de Dependência em Doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina*. Série III, 8 (4), 199-204. [https://www.researchgate.net/profile/ZaidaAzeredo/publication/238769499\\_Revista\\_Faculdade\\_de\\_Medicina/links/5423e5990cf238c6ea6e7103/Revista-Faculdade-de-Medicina.pdf#page=14](https://www.researchgate.net/profile/ZaidaAzeredo/publication/238769499_Revista_Faculdade_de_Medicina/links/5423e5990cf238c6ea6e7103/Revista-Faculdade-de-Medicina.pdf#page=14)
- Bireme (2017). *DeCS/Mesh*: descritores em ciências da saúde. BIREME; OPAS; OMS. <http://decs.bvsalud.org>
- Borghneth, L. (2004). Considerações sobre o processo de reabilitação. *Acta fisiátrica*. 11(2), 55-59. DOI: [10.11606/issn.2317-0190.v11i2a102476](https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v11i2a102476)
- Branco, T., & Santos, R. J. D. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Editora Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Camicia, M. et al., (2014). The essential role of the rehabilitation nurses in facilitating care transitions: A white paper by the association of rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing Journal*. 1(39),3-15. DOI: [10.1002/rnj.135](https://doi.org/10.1002/rnj.135)
- Campos, C. M. S., Santos, J. T., & Martins, M. M. (2020). A Pessoa com AVC em Processo de Reabilitação: Ganhos com a intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de reabilitação*, 3(2), 36-43. doi:[10.33194/rper.2020.5799](https://doi.org/10.33194/rper.2020.5799)
- Castro, P., Martins, M. M. F. P. da S., Andrade do Couto, G. M., & Reis, M. G. (2018). Terapia por caixa de espelho e autonomia no autocuidado após acidente vascular cerebral: programa de intervenção. *Revista de enfermagem*. 4(17), 95-106. <https://doi.org/10.12707/RIV17088>
- Cerveira, J.A. (2011). *Independência funcional nos doentes com AVC: determinantes sociodemográficas e clínicas*. [Dissertação de mestrado em enfermagem de reabilitação, Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde]. Repositório Aberto no Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1616>

- Coito, A. C. D. (2018). *O autocuidado em eventos de hospitalização: prevenção do declínio funcional em idosos no processo de internamento*. [Dissertação de mestrado em enfermagem de reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=IanxvPa3>
- Colliére, M. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. (2ª edição). Lusodidacta.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE:Versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, M.; Silva, M. R.; Matos, I; Magalhães, R.; Lopes, J. C.; Ferro, J. M.; & Silva, M.C. (2011). Prospective Community-Based Study of Stroke in Northern Portugal: Incidence. *Stroke*. Journal of the American Heart Association. 21 de janeiro de 2011, pp.2048-2053. DOI: [10.1161/01.STR.0000137606.34301.13](https://doi.org/10.1161/01.STR.0000137606.34301.13)
- 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 cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp.234-280). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Eurostat. (2021). *Population structure and ageing*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing).
- Faria, A., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação em estruturas residenciais para pessoas idosas. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de reabilitação Conceções e Práticas*. (pp.671-680). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Ferreira, M. P.F. F. (2014). *Doente com AVC: Ganhos na Qualidade de Vida após intervenção do Enfermeiro de Reabilitação*. [Dissertação de mestrado em enfermagem de reabilitação, IPVC-ESS]. Repositório Aberto no Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1290>
- Ferro, J. (2006). Acidente Vascular Cerebral. In J. Ferro & J. Pimentel (Coord.). *Neurologia – Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp. 77-87). Lidel, Edições Técnicas, Lda.

- Figueiredo, A. R. G; Pereira, A., & Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência. *HIGEIA - Revista científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco*. Ano II, 3(1),35-45. [https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos\\_n3/03\\_Acidente\\_vascular\\_cerebral\\_isquemico\\_vs\\_hemorragico\\_taxa\\_de\\_sobrevivencia.pdf](https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos_n3/03_Acidente_vascular_cerebral_isquemico_vs_hemorragico_taxa_de_sobrevivencia.pdf)
- Figueiredo, N. M. A., Machado, W. C., & Martins, M. M., compil. (2018). *Reabilitação: nômades em busca de sentido para o cuidado da pessoa com deficiência adquirida*. Editora CRV.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de investigação – da conceção à realização*. (3.<sup>a</sup> ed.). Lusociência- Edições Técnicas e Científicas.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta, Edições Técnicas e Científicas.
- Freitas, C., Rodrigues, C., Pratas, L., & Almeida, S. (2021). Terapia de espelho na reabilitação do membro superior pós acidente vascular cerebral: estudo de caso. *RPER, Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 5(1), 15-19. DOI [10.33194/rper.2021.192](https://doi.org/10.33194/rper.2021.192)
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de reabilitação Conceções e Práticas*. (pp.12-18). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Gauthier, B. [dir.]. (3.<sup>a</sup> ed.). (2003). *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. Editora Lusociência.
- Hanson, Shirley May H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e investigação*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2003). *Metodologias de Pesquisa*. (5.<sup>a</sup> ed.). São Paulo: McGraw.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.



- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed.). Lusodidacta Editora.
- Hoeman, S. P., Lizner, K., & Alverzo, J. (2008). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In Shirley. P Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados*. (4ª ed.). (pp. 209-270). Lusodidacta, Editora.
- Hulley, B.S., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman T. B. (2008). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. (3ª ed.). Artmed Editora.
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo (2022). *Unidade Curricular, Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final: Guia Orientador*. 2ºano-1.º semestre, VII Curso de Mestrado em Enfermagem de reabilitação. pp. 1-7.
- Kline, R. B. (2015). Principles and practice of structural equation modeling. Guilde for publications.
- Lacerda, I., Brito, J., Souza, D., Júnior, W., & Faria, T. (2018). AVE isquémico em paciente jovem sem fatores de risco: relato de caso. *Revista Médica (São Paulo)*, 97 (3), 361-367. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i3p361-367>
- Loureiro, Couto & Sobral. (2010). Estratégias adaptativas face à incapacidade permanente em contexto de Acidente Vascular Cerebral. In Costa, M. A., Gomes, B. P., & Martins, M. M. (Coord.), *Enfermagem de reabilitação Colectânea de textos*. (pp.155-191). Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. (2007). *Fundamentos da Metodologia Científica*. (7ª ed.). Atlas Editora.
- Marôco, João. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Marques, R., Ribeiro, I., & Costa, Maria A. (2021). Enfermagem de reabilitação em Portugal: uma história contada ao contrário. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de reabilitação Conceções e Práticas*. (pp. 2-11). Lidel Editora, Edições Técnicas, Lda.
- Marques, S. C. L. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral*. Formasau, Formação e Saúde, Lda.

- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Matos, E. (1997). A colaboração escola-serviços. *Revista Nursing*. 10, 114,31-34.
- Meleis, A., I. (2000). Experiencing transition: Na emerging middle range theory. *Advances in nursing Science*, 23(1). pp. 12-18. DOI: [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006).
- Meleis, A., I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories*. Springer Publishing Company. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf).
- Menoita, E. C. (Coord). (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Mesquita, M. E., Lopes, M.V de O., Carvalho Fernandes, AF., Teixeira L., F. E., & Barbosa, I. V. (2009). Teorias de enfermagem: importância da correta aplicação dos conceitos. *Enfermaria Global: revista eletrónica quadrimestral*. n.º17,1-9. <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/75271Texto%20del%20art%C3%ADculo-312671-1-10-20091001.pdf>.
- Nachar, N. (2008). The Mann-Whitney U: A test for assessing whether two independent samples come from the same distribution: *Tutorials in quantitative Methods for Psychology*, 4(1), pp.13-20.
- Nunes, H. J. M. (2016). *Funcionalidade e qualidade de vida em doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico: estudo da influência do período de tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva, e do encaminhamento pós-hospitalar*. [Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, ramo de Enfermagem, Universidade de Coimbra]. Repositório Aberto da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/32230>
- Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021). *Perfil de Saúde do País 2021*. 1-24. [2021\\_chp\\_pt\\_portuguese \(1\).pdf](#)
- Oliveira, A.L. R., Dodo, B. L., Gonçalves, C. A., Bernardo, E.S., & Maniva, S. J. C. F. (2016). Assistência de enfermagem a um doente sequelado por acidente vascular

- cerebral o domicílio baseado na teoria de Orem. *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem*, 2(2), 1-10 <http://45.170.157.12/home/bitstream/123456789/607/1/1169-3200-1-PB.pdf>>.
- Olson, Rhonda S. (2008). Função Musculoesquelética. In Shirley. P Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados*. (4ª ed.). (pp. 411-442). Lusodidacta, Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20%20Abril%202009.pdf>>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Ontologia de Enfermagem*. Browser online. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/browser>.
- Orem, D. E (Coord.), Taylor, S. G., & Renpenning, K., M. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6ª ed.). Mosby. St. Louis.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral, Um Guia para Fisioterapeutas e Profissionais de atenção primária à Saúde*. Artmed Editora.
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra, Organização Mundial da Saúde. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- Pereira, R. P. G., Guerra, A. C. P., Cardoso, M. J. O., Ferreira dos Santos, A. T. V. M., Barbieri de Figueiredo, A., & Carneiro, A. C. V. (2015). Validation of the

- Portuguese version of the evidence base de practice questionnaire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23(2), 345–351. doi: 10.1590/0104-1169.0367.2561
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Edições Sílabo.
- Petronilho, F., Magalhães, M. M. A., Machado M. M. P., & Vieira, M. N. M. (2010). Caracterização do Doente após Evento Crítico. *Sinais Vitais*. 88, 41-47. [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13637/1/artigo\\_%20investig%c3%a7%c3%a3o\\_caracteriza%c3%a7%c3%a3o%20do%20doente%20ap%c3%b3s%20evento%20critico.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13637/1/artigo_%20investig%c3%a7%c3%a3o_caracteriza%c3%a7%c3%a3o%20do%20doente%20ap%c3%b3s%20evento%20critico.pdf).
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a Enfermagem de reabilitação. In O., Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação Conceções e Práticas*. (pp.67-75). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A. I., Carvalho, D., Oliveira, J., Vieira, P., & Machado, M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (14), 39-48. <https://doi.org/10.12707/RIV17027>.
- Pinheiro, I., Ribeiro, N., Pinto, A., Sousa, D., Fonseca, E., & Ferraz, D. (2013). Correlação do Índice de Barthel com Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 13(1), 39-46. [https://www.researchgate.net/publication/322243645\\_correlacao\\_do\\_indice\\_de\\_barthel\\_modificado\\_com\\_a\\_classificacao\\_internacional\\_de\\_funcionalidade\\_incapacidade\\_e\\_saude\\_correlation\\_of\\_modified\\_barthel\\_index\\_to\\_the\\_international\\_classification\\_of\\_function](https://www.researchgate.net/publication/322243645_correlacao_do_indice_de_barthel_modificado_com_a_classificacao_internacional_de_funcionalidade_incapacidade_e_saude_correlation_of_modified_barthel_index_to_the_international_classification_of_function)
- Polit D.F., & Beck, C. T. (2004). *Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem*. (5ª ed.). Artmed Editora.
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2021ª). *Acidente Vascular Cerebral*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/11/02/acidente-vascular-cerebral/>

- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2021<sup>b</sup>). *Censos 2021: resultados definitivos*, versão corrigida a 6 de janeiro de 2023. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Censos2021\\_a.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Censos2021_a.pdf)
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2021<sup>c</sup>). *Censos 2021: plataforma de Divulgação dos Censos 2021*. [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)>.
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2022). *Estatísticas de Saúde 2020*. (2022).1-58, Lisboa. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/ESaude\\_2020.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/ESaude_2020.pdf).
- Portugal. Ministério da Saúde (2011). Circular normativa n.º 054/2011. 27.12.2011. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção-Geral da Saúde, pp.1-19. [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Acidente\\_Vascular\\_Cerebral\\_Prescricao\\_de\\_Medicina\\_F%C3%ADsica\\_e\\_de\\_Reabilitacao.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Acidente_Vascular_Cerebral_Prescricao_de_Medicina_F%C3%ADsica_e_de_Reabilitacao.pdf)
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (1998). *O Hospital Português*.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Direção-Geral da Saúde. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21114/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%C3%A7as%20C%C3%A9rebroCardiovasculares%202017.pdf>.
- Portugal. Pordata, Censos (2021<sup>d</sup>). Densidade populacional: estatísticas por município. <https://www.pordata.pt/municipios/densidade+populacional-452>.
- Portugal. Pordata, Censos (2021<sup>e</sup>). *População residente com 15 e mais anos segundo os Censos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. [https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+15+e+mais+anos+segundo+os+censos+total+e+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-3709](https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+15+e+mais+anos+segundo+os+censos+total+e+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-3709)
- Portugal. Pordata, Censos (2021<sup>f</sup>). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. <https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+etários-512>>

- Queirós, P. J. P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*. 21,1-9.<https://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-sinaisvitalis/revista-investigacao-enfermagem/31-2008-a-2011/468-revista-investigacao-enfermagem-no21>.
- Regulamento nº 350/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de reabilitação. Diário da República. II Série, n.º 119 de (2015-06-22),16655-16660.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
- Regulamento nº 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República. II Série, n. º85 de (3-05-2019),13565-13568.<https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3ª ed.). Livpsic Editora.
- Ribeiro, O. M. P. L., Pinto, C. A. S., & Regadas, S. C. R. de S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (1), 25-36. DOI: 10.12707/RIII12162
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos Das Competências Especializadas e Linguagem Classificada Cipe®. *Millenium. Journal of Education Technologies, and Health*.49(20), pp.153-171.8083-Article Text-22991-1-10-20160129 (2)  
[significado de transições e t. de meleis - 2 de junho e 2022.pdf](#)
- Santos, J. M. F. (2017). *Ganhos em saúde no serviço de Medicina Física e Reabilitação: Contributo do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem do Porto.  
<http://hdl.handle.net/10400.26/18657>

- Santos, José M., Prata, A. P., Cunha, I. C. K. O., & Reis dos Santos, M. (2021). Independência no autocuidado nos Doentes com acidente vascular cerebral: Contribuição da Enfermagem de reabilitação. *Enfermagem Foco*.12(2), 346-53. DOI:10.21675/2357-707X.2021.
- Santos, M. (2021). A Gestão e a Liderança em serviços de Enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de reabilitação Conceções e Práticas*. (pp.19-27). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Schoeller, S. D., Martins, M. M., Ribeiro, I., Lima, D. K. S., Padilha, M.I., & Gomes, B. P. (2018). Breve panorama mundial da Enfermagem de reabilitação. *RPER - Revista Portuguesa de Enfermagem de reabilitação*.1(1),6-12.<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.01.4388>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, edições técnicas Lda.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributo do Referencial Teórico de AFAF Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp.35-44. [https://www.researchgate.net/publication/337313131\\_Contributos\\_do\\_referencial\\_teorico\\_de\\_Afaf\\_Meleis\\_para\\_a\\_Enfermagem\\_de\\_Reabilitacao](https://www.researchgate.net/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao)
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2017). Guia das Unidades de AVC. pp.1–60. Edição raio X.[https://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/uavc/GUIA%20AVC\\_site\\_2\\_8\\_11\\_17.pdf](https://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/uavc/GUIA%20AVC_site_2_8_11_17.pdf)
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos da pesquisa relevantes para enfermagem: parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(3), 1-6. DOI:10.1590/S0104-11692007000300022.

- Taylor, S. G. & Orem, D. E. (2003). La teoria enfermeira del déficit de autocuidado. In: A. Marriner-Tomey & M.R., Alligood. *Modelos y Teorias en enfermería*. 5ª ed. Mosby.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ªed.). Lusodidacta.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights*. United Nations.[https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)>
- Vall, J., Lemos, K. I. L., & Janebro, A. S. I. (2005). O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. *Revista Cogitare Enfermagem*,10(3),63-70. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v10i3.5395>
- Valle, E. A., Castro-Costa, E., Firmo, J. O. A., Uchoa, E., & Lima-Costa Maria Fernanda. (2009). Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no mini exame do estado mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública*.25(4),918-926. DOI:10.1590/S0102-311X2009000400023.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira e L., Sousa (Coord.). *Cuidados de Enfermagem à pessoa ao longo da vida*. (pp.351-380). Lusodidacta, Lda.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Lusociência.



**ANEXOS**

---

ANEXO I –ÍNDICE DE BARTHEL

**- Índice de Barthel -**

<b>Código do Doente</b>	<b>ID _____</b>	
<b>Data da 1ª avaliação (1.º dia)</b>	<b>Data da 2ª avaliação (momento da alta)</b>	<b>N.º de dias de internamento</b>

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

\_\_\_\_\_

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)

\_\_\_\_\_

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contínente (por mais de 7 dias)

\_\_\_\_\_

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

\_\_\_\_\_

Alimentar

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

\_\_\_\_\_

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

---

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

---

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

---

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

---

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

---

Total (0 - 100) \_\_\_\_\_

**Fontes:** Apóstolo, João Luís Alves (2012) e Portugal (2011).

O Índice de Barthel é um instrumento de recolha de dados que está validado para a população portuguesa, por Araújo et al., (2007). Este instrumento está proposto pelo colégio de especialidade de enfermagem de reabilitação como instrumento de medida, a ser utilizado, nos momentos de recolha de dados.

ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

**Comissão de Ética para a Saúde (CES)**

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº45 19-7-2022</p> <p><b>Assunto:</b></p> <p>Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio de atenção de enfermagem de reabilitação</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p>Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>Isabel Chaves Barros, enfermeira, a frequentar o estágio em enfermagem do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação da E.S.S. do I.P. de V. do Castelo, sob orientação da Prof. Doutora Salomé Ferreira, e enfermeira tutora, Enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação Sandra Franco, a decorrer na U. de AVC [REDACTED]</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**1. A(s) questão(ões) colocada(s)**

Pedido de autorização para realizar, até 30-3-2023, o estudo em epígrafe, quantitativo, descritivo, correlacional e longitudinal, com os seguintes objetivos: caracterizar o grau de dependência dos doentes, identificar as características sociodemográficas dos doentes, identificar a influência das características sociodemográficas dos doentes, verificar se as intervenções do E.E.E.R. tem impacto nos ganhos em saúde dos doentes, tudo com autocuidado higiene pessoal comprometido.

O contexto selecionado para estudar a intervenção do E.R. é o hospitalar, numa unidade de AVC, delineando-se como critério de inclusão: capacidade de decisão do doente para entrar no estudo; apresentar limitação para o autocuidado cuidar da higiene pessoal; ter diagnóstico médico de AVC; ser alvo de intervenção do E.R. à data da investigação; ter idade igual ou superior a 18 anos, estar orientado e ser capaz de comunicar verbalmente.

O instrumento de recolha de dados consiste na "escala de Barthel" modificada. É garantida a confidencialidade, sendo aplicados questionários anónimos, com codificação dos instrumentos de avaliação, sendo que só os investigadores terão acesso aos dados. A colheita dos dados será realizada em dois momentos distintos: no 1º contacto do doente com o E.R. e no momento da alta.

Será solicitado o prévio consentimento informado, com obediência ao texto junto ao processo, cujos termos se afiguram adequados às exigências legais.

**2. Fundamentação**

Ao longo dos anos, o ser humano tem prestado particular atenção à sua higiene pessoal, havendo, no decorrer do tempo, um refinamento gradual dos artigos usados para o autocuidado higiene pessoal.

As intervenções desenvolvidas pelo E.R. permitem maximizar as capacidades funcionais nos doentes com dependência funcional para as atividades da vida diária: capacidade da pessoa para obter os objetos para o banho, abrir a torneira, lavar e secar o corpo ou partes do corpo, aplicar produtos de higiene, pentear-se, banhar-se, cortar as unhas, limpar-se e ajustar a roupa após uso sanitário.

O objetivo da reabilitação passa, também, pela participação da família em todo o processo de reabilitação.

O E.R. tem, ainda, competências que lhe permitem conceder e desenvolver planos e programas de intervenção que maximizem a capacidade funcional, adquirir condições e oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, identificar barreiras que dificultam a participação social e cooperar com as estruturas da comunidade de modo a promover um ambiente seguro e inclusivo das pessoas.

A excelência do E.R. traz ganhos em saúde, uma vez que previne, recupera e habilita, de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou com descompensação de processo crónico, que provoquem deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

### 3. Conclusão/parecer

Afigura-se não se mostrarem desrespeitadas as exigências éticas e legais adequadas aos procedimentos que se tem em vista levar a efeito em correspondência com o que foi vertido na lista de verificação de documentos, pelo que proponho não se obstar a um parecer favorável à realização do estudo projetado.

#### Nota: Referências bibliográficas:

Foi indicada alguma bibliografia.	
Relatores	João Vaz

Ratificado em reunião do dia 18-08-2022

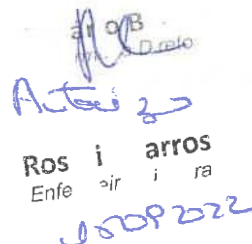
Enviado parecer: / /



18/08/2022

O Presidente da CES

DR. CARLOS RIBEIRO  
Presidente da CES



Actas 20  
Ros i arros  
Enfe air i ra  
05082022

## **APÊNDICES**

---



APÊNDICE I - PROJETO FORMATIVO: PROPOSTA DE PLANIFICAÇÃO DO  
ENP

## **1. PLANIFICAÇÃO DO PROJETO FORMATIVO DO ENP, COM RELATÓRIO FINAL**

O projeto formativo propõe uma forma de alcançar os objetivos gerais do estágio, a partir de um diagnóstico de situação realizado nos primeiros dias de ENP, através da observação participada e do diálogo com a enfermeira tutora, orientadora e gestora.

Este projeto formativo teve como preocupação principal ser suscetível de ser concretizado, de forma a dar resposta aos objetivos de estágio propostos. Para cada objetivo específico procedeu-se à definição das atividades a desenvolver, dos meios e dos intervenientes, em forma de quadros.

## Quadro 1

Identificação do objetivo n.º 1 – Desenvolver competências no domínio da formação em serviço

	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Meios
Objetivo Geral	<p><b>Desenvolver competências no domínio da formação em serviço</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as necessidades existentes no serviço;</li> <li>• Colmatar uma necessidade identificada do serviço;</li> <li>• Refletir com a Equipa de Enf<sup>a</sup> de reabilitação no serviço da UAVC, sobre as intervenções e os registos no SClínico;</li> <li>• Maximizar a qualidade dos cuidados prestados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantamento das necessidades do serviço de UAVC;</li> <li>• Consultoria e aconselhamento com a enfermeira gestora e tutora do serviço sobre levantamento das necessidades do serviço, para realização de formação em serviço;</li> <li>• Adaptação da metodologia de trabalho/prática ao serviço em questão;</li> <li>• Participação nas atividades e dinâmicas existentes no serviço e nas reuniões multidisciplinares sobre discussão de casos sobre os doentes da unidade de AVC;</li> <li>• Cooperação/articulação com a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Desenvolvimento de ações de formação com os elementos da equipa de enfermagem de reabilitação e em articulação / conformidade com a Enf.<sup>a</sup> tutora, gestora e orientadora, intitulada <i>“As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nos doentes com AVC”</i>.</li> </ul>	<p><b><u>Intervenientes:</u></b> Enf<sup>a</sup> Orientadora e Tutora do ENP, Enf<sup>a</sup> Gestora da UAVC e Equipa de ER da UAVC</p> <p><b><u>Meios:</u></b> Apresentação da formação em Power-point</p>

**Quadro 2**

Identificação do objetivo n.º 2 – Desenvolver competências no domínio da gestão nos cuidados.

		Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Intervenientes/Meios
Objetivo Geral	<p><b>Desenvolver competências no domínio da gestão nos cuidados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as necessidades existentes no serviço;</li> <li>• Colmatar uma necessidade identificada do serviço;</li> <li>• Maximizar a qualidade dos cuidados prestados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantamento das necessidades do serviço de UAVC;</li> <li>• Conhecimento da estrutura física e da dinâmica do serviço da unidade de AVC, bem como as normas e protocolos inerentes ao serviço;</li> <li>• Articulação e aconselhamento com a enfermeira gestora e tutora do serviço sobre levantamento das necessidades do serviço, para realização de formação em serviço;</li> <li>• Desenvolvimento de um procedimento técnico para o serviço, em articulação e conformidade com a Enf.<sup>a</sup> tutora, gestora e orientadora, intitulado “<i>As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nos doentes com AVC</i>”.</li> </ul>	<p><b><u>Intervenientes:</u></b></p> <p>Enf.<sup>a</sup> Orientadora e Tutora do ENP e Enf.<sup>a</sup> Gestora da UAVC</p> <p><b><u>Meios:</u></b></p> <p>Entrega do procedimento técnico, à Enf.<sup>a</sup> Gestora do serviço para posterior autorização do SIE</p>

### Quadro 3

Identificação do objetivo n.º 3 – Desenvolver competências no domínio da investigação, no âmbito da Enfermagem de reabilitação.

	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Intervenientes/Meios
<b>Objetivo Geral</b>	<p><b>Desenvolver competências no domínio da investigação, no âmbito da enfermagem de reabilitação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver conhecimentos e competências da prática clínica, com base na evidência científica;</li> <li>• Conceber planos de intervenção com o propósito de promover as capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidades;</li> <li>• Implementar Programas de Reabilitação adequados ao doente em questão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantamento das necessidades do serviço de UAVC;</li> <li>• Articulação e aconselhamento com enfermeira gestora e tutora do serviço, sobre o levantamento das necessidades do serviço para realização de um projeto formativo em contexto de ENP e com vertente na área da investigação;</li> <li>• Definição da área a ser trabalhada como foco de interesse para o serviço: o Autocuidado, nomeadamente na área do autocuidado, <i>cuidar da higiene pessoal</i> no doente pós-AVC;</li> <li>• Desenvolvimento de um projeto de investigação, intitulado <i>“Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio de atenção da enfermagem de reabilitação”</i>.</li> </ul>	<p><b><u>Intervenientes:</u></b></p> <p>Enf<sup>a</sup> Orientadora e Tutora do ENP</p> <p><b><u>Meios:</u></b></p> <p>Pesquisa bibliográfica, trabalho multidisciplinar e implementação de Programas de Reabilitação adaptados aos doentes em questão</p>

**Quadro 4** - Identificação do objetivo n. º4 – Desenvolver conhecimentos e competências específicos da ER, no domínio do doente do foro Neurológico, com foco de atenção no autocuidado.

	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Intervenientes/ Meios</b>
<b>Objetivo Geral</b>	<p><b>Desenvolver conhecimentos e competências específicos da ER, no domínio do doente do foro neurológico, com foco de atenção no autocuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a funcionalidade e diagnosticar as alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades do doente/família;</li> <li>• Conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais do doente e sua circunstância de vida, bem como o contexto habitacional/pós-alta;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento de conhecimentos específicos, através de pesquisa bibliográfica e esclarecimento de dúvidas junto da Enf.<sup>a</sup> Tutora;</li> <li>• Mobilização, consolidação e sustentação de saberes teórico-práticos ao nível de enfermagem de reabilitação, relacionando-os e interligando-os, com as situações reais encontradas no contexto de estágio;</li> <li>• Elaboração da avaliação inicial, colheita de dados pessoais do Doente, Cuidador e da Família, através dos aplicativos (SCLínico e GestCare – aplicativo da RNCCI), consulta do processo clínico do doente, bem como colheita de dados/informação, através da entrevista informal ao Doente/Cuidador/Família;</li> <li>• Seleção e prescrição de produtos de apoio adequados às necessidades do doente e às suas circunstâncias;</li> </ul>	<p><b><u>Intervenientes:</u></b></p> <p>Enf<sup>a</sup> Orientadora, Tutora do ENP e ER da UAVC</p> <p><b><u>Meios:</u></b></p> <p>Material de apoio e educações para a saúde aos doentes e família</p>

- Demonstrar capacidades de tomada de decisão perante cada situação (Família/Doente e Comunidade).
- Realização de uma colheita de dados rigorosa e fidedigna, da família e doente, com aplicação de escalas e instrumentos de avaliação específicos e adaptados à situação em questão;
- Desenvolvimento de planos de cuidados e respetivas intervenções adaptados ao doente em questão (efetuando tomada de decisão na promoção da saúde e prevenção de complicações secundárias), às necessidades e limitações do doente/família e implementá-los;
- Elaboração e implementação de programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;
- Avaliação dos resultados obtidos com as intervenções implementadas.

**Quadro 5 - Identificação do objetivo n. °5 – Desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

		<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Intervenientes/Meios</b>
<b>Objetivo Geral</b>	<b>Desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</li> <li>• Desenvolver e consolidar o autoconhecimento e a assertividade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de uma prática profissional e ética na prestação de cuidados à pessoa e sua circunstância;</li> <li>• Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e a deontologia profissional;</li> <li>• Integração e estabelecimento de uma relação de empatia e comunicação adequada com toda a equipa multidisciplinar.</li> <li>• Apresentação de uma comunicação eficaz e assertiva (verbal e não verbal);</li> <li>• Elaboração do projeto de investigação com relatório final, tendo sempre salvaguardado o sigilo profissional e a identidade do doente em estudo, atendendo aos três princípios éticos,</li> </ul>	<p><b><u>Intervenientes:</u></b> Enf<sup>a</sup> Tutora e Orientadora</p> <p><b><u>Meios:</u></b> Aplicação do consentimento informado a todos os participantes no estudo, após obtenção do Parecer da Comissão de Ética; Entrega do procedimento técnico, à Enf<sup>a</sup> Gestora do serviço para posterior autorização</p>



assim como o preenchimento do consentimento informado);

- Elaboração da recolha de dados, após o Parecer da Comissão de Ética da entidade hospitalar onde está inserida a UAVC;
- Codificação dos dados obtidos no projeto de investigação e guardá-los com código encriptado (Q1, Q2, Q3) e de acesso restrito a terceiros;
- Acompanhamento à Enfermeira Tutora nas suas atividades e reflexão conjunta sobre as mesmas;
- Estabelecimento de relação de empatia com o doente/familiar ou cuidador informal e com a equipa multidisciplinar;
- Elaboração e discussão do relatório final do ENP.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Regulamento n° 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação. Diário da República. II Série, n. °85 de (3-05-2019), 13565 13568.  
<https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>.

APÊNDICE II – PROCEDIMENTO TÉCNICO: INTERVENÇÕES DO  
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS  
DOENTES COM AVC

## Procedimento Técnico

**Identificação do Documento:** Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação nos doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC)

**Âmbito:** Equipa de enfermagem de reabilitação da UAVC

### OBJETIVOS

- Uniformizar intervenções de enfermagem de reabilitação
- Uniformizar os registos informáticos, em enfermagem de reabilitação
- Promover ganhos em saúde ao nível de independência funcional, nos doentes com AVC.

### RESPONSABILIDADES

Enfermeira Gestora e Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de reabilitação.

### DESCRIÇÃO

As doenças cerebrovasculares são uma das principais causas de morte em Portugal, causando incapacidade e invalidez. Tal como refere Virgínia Henderson (1966) in Santos (2020), a função de enfermagem é de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que cooperam para a saúde ou para a sua recuperação (...) que realizaria sem assistência caso tivesse capacidades e conhecimentos para o realizar. A Enfermagem de Reabilitação (ER) ajuda o indivíduo a alcançar a independência tão rapidamente quanto possível.

A ER reúne um contíguo de competências específicas, de caráter multidisciplinar, que têm por base conhecimentos e procedimentos que possibilitam cuidar das pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas com o intuito de retomar a sua máxima funcionalidade e independência (Regulamento n.º 392/2019). Neste sentido, é função do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) intervir no processo de recuperação do doente com AVC, com vista à sua máxima autonomia funcional, promovendo a sua autoestima, qualidade de vida e contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal.

De seguida apresentamos o **Programa de Reabilitação Tipo no doente com AVC**, na fase aguda, tendo em atenção os dias de internamento, a evolução clínica e o protocolo de AVC atual instituído ao nível hospitalar. Posto isto, e de forma esquemática serão evidenciadas as intervenções do EEER, e a avaliação das limitações do doente após a ocorrência do AVC. A referir que o Programa de Reabilitação só deve ser iniciado após estabilização do quadro clínico do doente.

### **1.º Dia de Programa de Reabilitação**

- Organizar a unidade do doente, [no sentido do lado afetado, tendo por base os défices apresentados];
- Executar técnica de controlo de espasticidade
- Executar técnica de exercitação musculartoarticular (exemplos de exercícios):
  - Executar mobilização passiva do hemicorpo afetado, (10x cada articulação);
  - Executar automobilização vertical e cruzada dos membros superiores (10x);
  - Executar exercícios terapêuticos (ex: técnica de rolamento e facilitação cruzada com carga no cotovelo) (10x cada exercício);
- Dar banho na cama;
- Ensinar sobre o autocuidado higiene, arranjo pessoal, vestuário, alimentar-se, posicionar
- Assistir no autocuidado higiene, arranjo pessoal, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, posicionar
- Executar técnica de mobilização dos músculos da face (10x cada exercício);  
Aplicar Talas [de Margaret Johnstone no membro afetado] (30 minutos);
- Executar exercícios de estimulação cognitiva (cores, palavras, números, objetos variados), sensorial (térmica, tátil, profunda e superficial).

## 2.º Dia de Programa de Reabilitação

- Executar técnica de exercitação musculoarticular (exemplos de exercícios):
  - Executar mobilização ativa assistida [do hemicorpo afetado, (10x cada articulação)];
  - Executar automobilização vertical e cruzada dos membros superiores (10x);
  - Executar exercícios musculoarticulares (ex: controlo do joelho com bola, ponte, dissociação de cinturas (escapular e pélvica), técnica de rolamento, facilitação cruzada com carga no cotovelo) (10x cada exercício);
  - Executar técnica de mobilização dos músculos da face (10x cada exercício);
- Avaliar os autocuidados:
  - Dar banho na cama;
  - Ensinar sobre o autocuidado higiene, arranjo pessoal, vestuário, alimentar-se, posicionar
  - Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado higiene
  - Assistir no autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, posicionar-se
- Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal (exercícios);
  - Executar técnica de posicionamento para promover o equilíbrio corporal;
  - Ensinar sobre técnica de posicionamento;
  - Instruir sobre o equilíbrio corporal;
  - Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal;
- Avaliar deglutição
- Planear dieta
- Instruir/Treinar técnica de deglutição;
- Aplicar Talas [de Margaret Johnstone no membro afetado] (30 minutos);
- Executar exercícios de estimulação cognitiva (cores, palavras, números, objetos variados), sensorial (térmica, tátil, profunda e superficial).

### 3.º Dia de Programa de Reabilitação

- Executar técnica de exercitação musculartoarticular (exemplos de exercícios):
  - Executar mobilização ativa assistida [do hemicorpo afetado, (10x cada articulação)];
  - Executar automobilização vertical e cruzada dos membros superiores (10x);
  - Executar exercícios musculartoarticulares (ex: controlo do joelho com bola, ponte, dissociação de cinturas (escapular e pélvica), técnica de rolamento, facilitação cruzada com carga no cotovelo) (10x cada exercício);
- Executar exercícios através da terapia de espelho (30min)
- Realizar 1.º LEVANTE, de acordo com Protocolo de AVC
- Avaliar os autocuidados:
  - Dar banho no chuveiro;
  - Ensinar sobre o autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, transferir-se, posicionar
  - Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado higiene
  - Assistir no autocuidado higiene, arranjo pessoal, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, transferir-se, posicionar-se
  - Treinar no autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, transferir-se, posicionar-se
  - Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado higiene
  - Providenciar dispositivos para o autocuidado vestuário, uso sanitário, posicionar-se
  - Instruir a transferir-se com dispositivo
- Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal (exercícios):
  - Executar técnica de posicionamento para promover o equilíbrio corporal;
  - Instruir sobre o equilíbrio corporal;
  - Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal;
  - Treinar o equilíbrio corporal [estático e dinâmico, na posição de sentado];

- Incentivar a treinar o equilíbrio corporal;
- Treinar o equilíbrio corporal [estático e dinâmico, na posição sentado e ortostatismo];
- Reeducação doente para adoção de posturas corretas e com alinhamento corporal, em frente ao espelho
- Avaliar os autocuidados:
  - Dar banho na cama;
  - Ensinar sobre o autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, posicionar
  - Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado higiene
  - Assistir no autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, posicionar-se
  - Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado de higiene
  - Providenciar dispositivos para o autocuidado higiene, vestuário
  - Treinar o autocuidado higiene
  - Incentivar no autocuidado: uso sanitário
  - Instruir o autocuidado uso sanitário
  - Instruir o uso sanitário com dispositivos
  - Treinar o autocuidado uso sanitário
- Avaliar o andar
  - Assistir no andar;
  - Instruir a andar com ou sem auxiliar de marcha;
  - Executar técnica de marcha;
  - Treinar o andar;
  - Providenciar dispositivo para andar;
- Aplicar Talas [de Margaret Johnstone no membro afetado] (30 minutos);
- Executar exercícios de estimulação cognitiva (cores, palavras, números, objetos variados), sensorial (térmica, tátil, profunda e superficial).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento nº 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação. Diário da República. II Série, n. °85 de (3-05-2019),13565-13568.<https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>.

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceções e Práticas*. Lidel - Edições Técnicas.

Santos, J.,T., Campos, C. M..S & Martins, M. M. (2020). *A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação*. 3(2), pp. 36 - 42. DOI: [10.33194](https://doi.org/10.33194)

Ordem Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de reabilitação*. Colégio de Especialidade de Enfermagem de reabilitação. Porto. pp. 1-60. [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

APÊNDICE III – PARAMETRIZAÇÃO DOS REGISTOS DE ER, NA  
PLATAFORMA SCLÍNICO: SUGESTÕES DE MELHORIA

## Quadro 1

Identificação do Foco de atenção n.º 1: Alimentar-se

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
Foco de atenção - Alimentar-se	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para alimentar-se através de SNG</li> <li>• Avaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para alimentar-se</li> <li>• Avaliar compromisso no alimentar-se</li> <li>• Avaliar o alimentar-se</li> <li>• Avaliar potencial de reconstrução de autonomia;</li> <li>• Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o alimentar-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentar</li> <li>• Alimentar através de estoma</li> <li>• Alimentar através de sonda</li> <li>• Assistir no alimentar através de sonda</li> <li>• Assistir no alimentar através de estoma</li> <li>• Assistir no alimentar-se</li> <li>• Incentivar a alimentar-se</li> <li>• Instruir a alimentar-se</li> <li>• Avaliar o alimentar-se</li> <li>• Supervisionar dieta</li> <li>• Vigiar refeição</li> </ul>
	Prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar através de SNG</li> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar/assistir no alimentar-se;</li> <li>• Avaliar potencial do cuidador para tomar conta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar prestador de cuidados a alimentar</li> </ul>

## Quadro 2

Identificação do Foco de atenção n.º 2 - Andar

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
<b>Foco de atenção - Andar</b>	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para executar técnica de adaptação para andar</li> <li>• Avaliar o andar</li> <li>• Avaliar o potencial de reconstrução de autonomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o andar</li> <li>• Assistir no andar</li> <li>• Instruir a técnica de marcha</li> <li>• Executar técnica de marcha</li> <li>• Instruir a andar</li> <li>• Treinar o andar</li> <li>• Incentivar a andar nas escadas</li> <li>• Incentivar a andar</li> <li>• Providenciar dispositivo adaptativo para andar</li> </ul>
	Prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no andar;</li> <li>• Avaliar o potencial do cuidador para tomar conta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no andar;</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar;</li> <li>• Treinar o prestador de cuidados para assistir no andar</li> </ul>

### Quadro 3

*Identificação do Foco de atenção n.º 3 -Andar com auxiliar de marcha*

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção - Andar com auxiliar de marcha</b>	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha</li><li>• Avaliar o andar com o auxiliar de marcha</li><li>• Avaliar potencial de reconstrução de autonomia</li><li>• Avaliar necessidade de equipamento adaptativo para o andar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a capacidade para andar com auxiliar de marcha</li><li>• Instruir a andar com auxiliar de marcha</li></ul>
	Prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha</li><li>• Avaliar potencial do cuidador para tomar conta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha</li></ul>

#### Quadro 4

Identificação do Foco de atenção nº4 – Anquilose

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Anquilose</b>	Conhecimento  Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento sobre prevenção de rigidez articular</li><li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li><li>• Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</li><li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li><li>• Avaliar rigidez articular</li><li>• Avaliar risco de rigidez articular</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento sobre prevenção de rigidez articular</li><li>• Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos</li><li>• Ensinar sobre prevenção da rigidez articular</li><li>• Providenciar material de leitura</li><li>• Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</li><li>• Instruir execução musculoesquelética</li><li>• Instruir a posicionar-se</li><li>• Treinar a posicionar-se</li><li>• Treinar a técnica de execução musculoesquelética</li></ul>



## Quadro 5

*Identificação do Foco de atenção n.º 5 - Autocuidado: Arranjo Pessoal*

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção - Auto Cuidado: Arranjo Pessoal</b>	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar autocuidado: arranjar-se</li> <li>• Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: arranjar-se</li> <li>• Avaliar compromisso no autocuidado: arranjar-se</li> <li>• Avaliar potencial de reconstrução de autonomia</li> <li>• Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o autocuidado: arranjar-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o arranjar-se</li> <li>• Lavar a boca</li> <li>• Cortar as unhas</li> <li>• Assistir no autocuidado: arranjo pessoal</li> <li>• Aplicar creme</li> <li>• Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para arranjar-se;</li> </ul>
	Prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no autocuidado: arranjar-se</li> <li>• Avaliar potencial do cuidador para tomar conta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no arranjar-se</li> </ul>



## Quadro 6

*Identificação do Foco de atenção nº6 - Autocuidado: Higiene*

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
Foco de atenção - Auto cuidado: Higiene	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar autocuidado: higiene</li> <li>• Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene</li> <li>• Avaliar compromisso no autocuidado: higiene</li> <li>• Avaliar potencial de reconstrução de autonomia</li> <li>• Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir no autocuidado higiene</li> <li>• Assistir no autocuidado de higiene da boca</li> <li>• Avaliar autocuidado: higiene</li> <li>• Dar banho</li> <li>• Dar banho na cama</li> <li>• Dar banho no chuveiro</li> <li>• Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado de higiene</li> <li>• Ensinar sobre higiene oral</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado higiene</li> <li>• Incentivar ao autocuidado higiene</li> <li>• Lavar a boca</li> <li>• Treinar o autocuidado: higiene</li> </ul>
	Prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para cuidar da higiene</li> <li>• Avaliar potencial do cuidador para tomar conta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar prestador de cuidados a cuidar da higiene</li> </ul>

## Quadro 7

Identificação do Foco de atenção nº7- Autocuidado: Vestuário

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
Foco de atenção - Auto Cuidado: Vestuário	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar autocuidado: vestuário</li> <li>• Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário</li> <li>• Avaliar compromisso no autocuidado: vestuário</li> <li>• Avaliar potencial de reconstrução de autonomia</li> <li>• Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir no autocuidado vestuário;</li> <li>• Avaliar autocuidado: vestuário;</li> <li>• Ensinar sobre autocuidado: vestuário;</li> <li>• Incentivar o autocuidado: vestuário;</li> <li>• Incentivar o autocuidado: vestuário com dispositivos;</li> <li>• Instruir o autocuidado: vestuário com dispositivos;</li> <li>• Providenciar dispositivos para o autocuidado vestuário;</li> <li>• Vestir</li> </ul>
	Prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no autocuidado: vestuário</li> <li>• Avaliar potencial do cuidador para tomar conta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no autocuidado: vestuário</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: vestuário</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados para vestir</li> </ul>

## Quadro 8

Identificação do Foco de atenção nº8 - Autocuidado: Uso Sanitário

Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
Foco de atenção - Auto Cuidado: Uso Sanitário	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar autocuidado: uso sanitário</li> <li>• Avaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o usar o sanitário;</li> <li>• Avaliar compromisso no autocuidado: uso do sanitário;</li> <li>• Avaliar potencial de reconstrução de autonomia;</li> <li>• Identificar necessidades de equipamento adaptativo para o autocuidado: uso de sanitário</li> </ul>
	Prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no usar o uso sanitário;</li> <li>• Avaliar potencial do cuidador para tomar conta</li> </ul>

## Quadro 9

*Identificação do Foco de atenção nº9- Autocuidado: Beber*

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
<p style="text-align: center;"><b>Foco de atenção - Auto Cuidado: Beber</b></p>	<p style="text-align: center;">Aprendizagens de capacidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar auto cuidado: beber</li> <li>• Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado: beber</li> <li>• Avaliar compromisso no auto cuidado: beber</li> <li>• Identificar necessidades de equipamento adaptativo para o autocuidado: beber</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar líquidos</li> <li>• Assistir no auto cuidado: beber</li> <li>• Avaliar auto cuidado: beber</li> <li>• Ensinar sobre o auto cuidado: beber</li> <li>• Incentivar o autocuidado: beber</li> <li>• Instruir o auto cuidado: beber</li> </ul>

Prestador de cuidados

- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: beber
- Assistir no auto cuidado: beber
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no autocuidado: beber
- Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o auto cuidado: beber
- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o auto cuidado: beber
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: beber
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no autocuidado: beber

## Quadro 10

*Identificação do Foco de atenção nº10- Comunicação*

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Comunicação</b>	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar capacidade no uso de dispositivos de comunicação</li><li>• Avaliar capacidade no uso de dispositivos de comunicação</li><li>• Avaliar conhecimento para otimizar a comunicação</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar comunicação</li><li>• Incentivar comunicação</li><li>• Otimizar comunicação</li><li>• Referir para terapia da Fala</li></ul>
	Prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para otimizar a comunicação</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para otimizar a comunicação</li><li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre comunicação;</li></ul>

## Quadro 11

### Identificação do Foco de atenção nº11 – Deglutição

Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
Foco de atenção: Deglutição	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar reflexo de deglutição</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li> <li>• Avaliar deglutição</li> <li>• Avaliar conhecimento para promover a deglutição</li> <li>• Avaliar capacidade para executar técnica de deglutição</li> </ul>
	Prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição</li> </ul>

## Quadro 12

Identificação do Foco de atenção n. °12 – Dispneia

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
Foco de atenção: Dispneia	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre dispneia</li> <li>• Avaliar dispneia</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li> <li>• Monitorizar frequência respiratória</li> <li>• Monitorizar saturação de oxigénio</li> <li>• Vigiar respiração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar dispneia</li> <li>• Elevar cabeceira da cama</li> <li>• Executar inaloterapia / oxigenoterapia</li> <li>• Gerir inaloterapia / oxigenoterapia</li> <li>• Incentivar repouso</li> <li>• Manter repouso</li> <li>• Monitorizar frequência respiratória</li> <li>• Monitorizar saturações de oxigénio</li> <li>• Otimizar inaloterapia</li> <li>• Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios</li> <li>• Planear atividade; Planear repouso; Posicionar</li> <li>• Vigiar respiração</li> </ul>
	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para otimizar a respiração</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para otimizar a respiração</li> <li>• Instruir a inaloterapia / oxigenoterapia</li> <li>• Instruir sobre dispositivos respiratórios</li> <li>• Treinar a executar inaloterapia / oxigenoterapia</li> <li>• Treinar o uso de dispositivos respiratórios</li> </ul>



Prestador de cuidados

- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia
- Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos respiratórios
- Ensinar o prestador de cuidados sobre doença
- Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia
- Ensinar o prestador de cuidados sobre oxigenoterapia
- Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de dispneia
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos respiratórios
- Instruir o prestador de cuidados para executar inaloterapia
- Instruir o prestador de cuidados para executar oxigenoterapia
- Treinar o prestador de cuidados a executar inaloterapia
- Treinar o prestador de cuidados a executar oxigenoterapia
- Treinar o prestador de cuidados no uso de dispositivos respiratórios

### Quadro 13

*Identificação do Foco de atenção n.º13 - Eliminação Urinária*

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Eliminação Urinária</b>	Aprendizagens de Capacidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar risco de retenção urinária</li><li>• Monitorizar parâmetros da urina</li><li>• Vigiar eliminação urinária</li></ul>	

### Quadro 14

*Identificação do Foco de atenção n.º14 - Eliminação Intestinal*

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Eliminação Intestinal</b>	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar eliminação intestinal</li><li>• Monitorizar eliminação intestinal</li></ul>	

## Quadro 15

Identificação do Foco de atenção nº15 - Equilíbrio Corporal

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Equilíbrio Corporal</b>	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal</li><li>• Avaliar equilíbrio corporal</li><li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal</li><li>• Ensinar sobre condições do doente</li><li>• Instruir sobre equilíbrio corporal</li><li>• Providenciar material de leitura</li></ul>
	Aprendizagens de Capacidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar capacidade para o equilíbrio corporal</li><li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar capacidade para o equilíbrio corporal</li><li>• Instruir sobre o equilíbrio corporal</li><li>• Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal</li><li>• Treinar o equilíbrio corporal</li><li>• Assistir a pessoa a promover o equilíbrio corporal através da técnica de posicionamento</li><li>• Avaliar o equilíbrio corporal</li><li>• Executar técnica de posicionamento para promover o equilíbrio corporal</li><li>• Incentivar a treinar o equilíbrio corporal</li><li>• Planear treino do equilíbrio corporal</li></ul>

## Quadro 16

### Identificação do Foco de atenção nº16 – Espasticidade

Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
Foco de atenção: Espasticidade	<p style="text-align: center;">Conhecimento</p> <p style="text-align: center;">Aprendizagens de Capacidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão anti-espástico</li> <li>• Avaliar espasticidade</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar conhecimento</li> </ul>
	<p style="text-align: center;">Prestador de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar em padrão anti-espástico</li> </ul>

**Quadro 17**

*Identificação do Foco de atenção nº17 – Expetorar*

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Expectorar</b>	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento para promover o expetorar</li> <li>• Avaliar o expetorar</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li> <li>• Monitorizar frequência respiratória</li> <li>• Vigiar as secreções</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre o dispositivo auxiliar para expetorar</li> <li>• Instruir a técnica de tossir</li> </ul>
	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar respiração</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li> <li>• Avaliar capacidade para promover o expetorar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a tossir;</li> <li>• Executar cinesioterapia respiratória</li> <li>• Executar inaloterpia</li> <li>• Gerir inaloterapia</li> <li>• Incentivar a expetorar</li> <li>• Incentivar a tossir</li> <li>• Incentivar a ingestão de líquidos</li> <li>• Vigiar as secreções</li> <li>• Aspirar secreções</li> <li>• Avaliar o expetorar</li> </ul>

## Quadro 18

### Identificação do Foco de atenção nº18 – Incontinência Urinária

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
<b>Foco de atenção: Incontinência Urinária</b>	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre incontinência urinária</li> <li>• Avaliar incontinência urinária</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li> <li>• Vigiar eliminação urinária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar incontinência urinária</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre incontinência urinária</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre o uso de dispositivo urinário</li> <li>• Ensinar sobre complicações da doença; Ensinar sobre doença</li> <li>• Ensinar sobre dispositivos</li> <li>• Colocar dispositivo urinário externo</li> <li>• Inserir cateter urinário</li> <li>• Otimizar dispositivo urinário externo; Otimizar fralda</li> <li>• Planejar ingestão de líquidos; Planejar o padrão de eliminação urinária</li> <li>• Providenciar dispositivos</li> <li>• Remover cateter urinário; Remover dispositivo urinário externo</li> <li>• Vigiar eliminação urinária</li> </ul>
	Prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre incontinência urinária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre incontinência urinária</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações da doença</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre doença</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre incontinência urinária</li> </ul>

## Quadro 19

*Identificação do Foco de atenção nº19 – Ingestão Nutricional*

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Ingestão Nutricional</b>	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a ingestão nutricional</li><li>• Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional</li><li>• Monitorizar índice de massa corporal</li><li>• Monitorizar peso corporal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar do risco nutricional – adultos através da Escala NRS2002</li><li>• Alimentar</li><li>• Monitorizar peso corporal</li><li>• Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional</li></ul>

## Quadro 20

Identificação do Foco de atenção nº20 – Levantar-se

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Levantar-se</b>	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o levantar-se</li><li>• Avaliar compromisso no levantar-se</li><li>• Avaliar o levantar-se</li><li>• Avaliar potencial de reconstrução de autonomia</li><li>• Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o levantar-se</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assistir no levantar-se</li><li>• Avaliar o levantar-se</li><li>• Incentivar o levantar-se</li><li>• Levantar a pessoa</li><li>• Ensinar sobre dispositivos para levantar-se</li><li>• Instruir a levantar-se com dispositivo</li><li>• Providenciar dispositivos para levantar-se</li><li>• Treinar o levantar-se</li></ul>
	Prestador de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para levantar/assistir no levantar-se</li><li>• Avaliar o potencial do cuidador para tomar conta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para levantar/assistir no levantar-se</li><li>• Instruir o prestador de cuidados a levantar a pessoa</li><li>• Instruir o prestador de cuidados para assistir no levantar-se</li><li>• Treinar o prestador de cuidados a assistir no levantar-se</li><li>• Treinar o prestador de cuidados a levantar a pessoa</li></ul>



## Quadro 21

Identificação do Foco de atenção nº21 – Limpeza das Vias Aéreas

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Limpeza das Vias Aéreas</b>	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas</li> <li>• Ensinar sobre complicações da doença</li> <li>• Ensinar sobre a doença</li> <li>• Ensinar sobre expetoração</li> <li>• Instruir a técnica de tossir</li> </ul>
	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para promover a limpeza das vias aéreas</li> <li>• Avaliar limpeza das vias aéreas</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li> <li>• Monitorizar FR</li> <li>• Monitorizar saturações de oxigénio</li> <li>• Vigiar secreções</li> <li>• Vigiar Respiração</li> <li>• Vigiar Tosse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para promover a limpeza das vias aéreas</li> <li>• Instruir a inaloterapia</li> <li>• Instruir a promover a limpeza das vias aéreas</li> <li>• Instruir a técnica de tossir</li> <li>• Treinar a técnica de tossir</li> <li>• Treinar a técnica de inalação através de inalador</li> <li>• Treino o uso de dispositivos para a limpeza das vias aéreas</li> </ul>

Prestador de Cuidados

- Avaliar a conhecimento do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas
- Avaliar a conhecimento do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas
- Ensinar o prestador de cuidados a promover o tossir
- Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia
- Ensinar o prestador de cuidados sobre a limpeza das vias aéreas
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas
- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para a limpeza das vias aéreas
- Instruir o prestador de cuidados para executar inaloterapia
- Treinar a executar inaloterapia
- Treinar o uso de dispositivos para a limpeza das vias aéreas

## Quadro 22

Identificação do Foco de atenção nº22 – Mover-se em Cadeira de Rodas

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
Foco de atenção: Mover-se em Cadeira de Rodas	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade no uso de dispositivos para mover-se em cadeira de rodas</li> <li>• Avaliar o mover-se em cadeira de rodas</li> <li>• Avaliar potencial de reconstrução de autonomia;</li> <li>• Identificar necessidade de equipamento adaptativo para mover-se em cadeira de rodas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o mover-se em cadeira de rodas;</li> <li>• Instrui a mover-se em cadeira de rodas</li> </ul>
	Prestador de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no mover-se em cadeira de rodas;</li> <li>• Avaliar potencial do cuidador para tomar conta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no mover-se em cadeira de rodas;</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre o mover-se em cadeira de rodas</li> </ul>

### Quadro 23

Identificação do Foco de atenção n.º 23 – Movimento Muscular

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
<b>Foco de atenção: Movimento Muscular</b>	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento para executar técnicas de exercício muscular e articular</li> <li>• Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos; Instruir exercícios musculares</li> </ul>
	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</li> <li>• Avaliar movimento muscular</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>• Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos;</li> <li>• Instruir a execução musculoesquelética e exercícios musculares</li> <li>• Avaliar movimento muscular; Executar exercícios musculares</li> <li>• Executar técnica de execução musculoesquelética através de dispositivos</li> <li>• Executar técnica de execução musculoesquelética ativa-assistida</li> <li>• Executar técnica de execução musculoesquelética com alongamento;</li> <li>• Executar técnica de massagem;</li> <li>• Incentivar exercícios musculares</li> <li>• Treinar a técnica de execução musculoesquelética</li> </ul>

## Quadro 24

Identificação do Foco de atenção n. °24 – Negligência Unilateral

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Negligência Unilateral</b>	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li><li>• Avaliar negligência unilateral</li><li>• Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li><li>• Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos</li></ul>
	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li><li>• Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar negligência unilateral</li><li>• Ensinar sobre negligência unilateral</li><li>• Estimular percepção sensorial</li><li>• Executar técnica de exercício musculoesquelético</li><li>• Incentivar a executar exercícios musculoesqueléticos</li><li>• Vigiar percepção sensorial</li></ul>

## Quadro 25

Identificação do Foco de atenção n. °25 – Parésia

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
<b>Foco de atenção: Parésia</b>	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre prevenção de complicações da parésia</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre prevenção de complicações da parésia</li> <li>• Ensinar a posicionar</li> <li>• Ensinar sobre complicações da doença</li> <li>• Ensinar sobre doença</li> <li>• Providenciar material de leitura</li> </ul>
	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para prevenir complicações da parésia</li> <li>• Avaliar parésia</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para prevenir complicações da parésia</li> <li>• Instruir a posicionar-se</li> <li>• Treinar a posicionar-se</li> </ul>
	Prestador de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir complicações da parésia</li> <li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da parésia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir complicações da parésia</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações da doença</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre a doença</li> <li>• Providenciar material de leitura</li> </ul>

## Quadro 26

Identificação do Foco de atenção n. °26 – Pé Equino

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
Foco de atenção: Pé Equino	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre prevenção de pé equino</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre prevenção de pé equino</li> <li>• Ensinar sobre prevenção de pé equino</li> <li>• Providenciar material de leitura</li> </ul>
	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o risco de pé equino</li> <li>• Avaliar pé equino</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar a capacidade</li> <li>• Avaliar capacidade para prevenir pé equino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir a pessoa na exercitação musculartoarticular;</li> <li>• Executar técnica de exercitação musculartoarticular</li> <li>• Avaliar pé equino</li> </ul>
	Prestador de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir o pé equino</li> <li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de pé equino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino;</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino;</li> <li>• Providenciar material de leitura</li> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir o pé equino</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados para posicionar</li> <li>• Treinar o prestador de cuidados a posicionar</li> </ul>

## Quadro 27

Identificação do Foco de atenção n.º 27 – Posicionar-se

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Posicionar-se</b>	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o posicionar-se</li> <li>• Avaliar compromisso no posicionar-se</li> <li>• Avaliar o posicionar-se</li> <li>• Avaliar potencial de reconstrução de autonomia;</li> <li>• Identificar necessidade de equipamento adaptativo para posicionar-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir no posicionar-se</li> <li>• Avaliar o posicionar-se</li> <li>• Incentivar o posicionar-se; Instruir a posicionar-se</li> <li>• Posicionar; Posicionar para a refeição</li> <li>• Instruir a posicionar-se / posicionar-se com dispositivo</li> <li>• Providenciar dispositivo para posicionar-se</li> <li>• Treinar o posicionar-se</li> </ul>
	Prestador de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar/assistir no posicionar-se</li> <li>• Avaliar potencial do cuidador para tomar conta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar/assistir no posicionar-se</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para posicionar-se</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados para assistir no posicionar-se</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados para posicionar</li> <li>• Providenciar dispositivos para posicionar-se</li> <li>• Treinar o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se</li> <li>• Treinar o prestador de cuidados a posicionar</li> </ul>



## Quadro 28

Identificação do Foco de atenção n.º28 – Transferir-se

	Dimensão	Parâmetros de avaliação de diagnóstico	Intervenções de ER
Foco de atenção: Transferir-se	Aprendizagens de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se</li> <li>• Avaliar compromisso no transferir-se</li> <li>• Avaliar o transferir-se</li> <li>• Avaliar potencial de reconstrução de autonomia</li> <li>• Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o transferir-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantar (1.º Levante) (após indicação médica e conforme Protocolo de AVC)</li> <li>• Avaliar o transferir-se</li> <li>• Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se</li> <li>• Instruir a transferir-se com dispositivo</li> <li>• Transferir</li> <li>• Transferir para a cama</li> <li>• Transferir para a cadeira</li> <li>• Assistir no transferir-se</li> <li>• Incentivar a transferir-se</li> </ul>
	Prestador de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir/assistir no transferir-se</li> <li>• Avaliar potencial do cuidador para tomar conta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o transferir-se</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados para assistir no transferir-se</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados para transferir</li> <li>• Treinar o prestador de cuidados a transferir</li> </ul>

## Quadro 29

Identificação do Foco de atenção n.º29 – Ventilação

	<b>Dimensão</b>	<b>Parâmetros de avaliação de diagnóstico</b>	<b>Intervenções de ER</b>
<b>Foco de atenção: Ventilação</b>	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento sobre ventilação</li><li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento sobre ventilação</li><li>• Ensinar sobre ventilação</li><li>• Ensinar sobre complicações da doença</li><li>• Ensinar sobre dispositivos respiratórios</li><li>• Ensinar sobre doença; Ensinar sobre exercícios respiratórios</li><li>• Ensinar sobre expetoração</li></ul>

Aprendizagens de capacidades

- Avaliar capacidade para otimizar ventilação
- Avaliar potencial para melhorar a capacidade
- Avaliar ventilação
- Monitorizar FR
- Monitorizar parâmetros do ventilador
- Monitorizar saturações de oxigénio
- Vigiar Respiração
- Avaliar capacidade para otimizar ventilação
- Instruir a técnica de tossir; Instruir a técnica respiratória
- Instruir sobre dispositivos e exercícios respiratórios
- Treinar a otimização da ventilação através da técnica respiratória
- Treinar a otimizar a ventilação através da técnica respiratória: dissociação dos tempos respiratórios
- Treinar a otimizar a ventilação através da técnica respiratória: respiração abdominodiafragmática

Prestador de Cuidados

- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre ventilação
- Avaliar a capacidade do prestador de cuidados para otimizar a ventilação
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre ventilação
- Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica respiratória
- Ensinar o prestador de cuidados sobre doença
- Ensinar o prestador de cuidados sobre ventilação
- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos respiratórios
- Instruir o prestador de cuidados sobre técnica respiratória
- Treinar o prestador de cuidados a executar técnica respiratória
- Treinar o prestador de cuidados no uso de dispositivos respiratórios
- Avaliar a capacidade do prestador de cuidados para otimizar a ventilação

## PARAMETRIZAÇÃO DE SUGESTÕES DE MELHORIA

No presente capítulo estará evidenciado sugestões de melhoria sobre os tópicos que poderiam ser implementados ou reformulados na plataforma SClínico, tendo por base, o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação de 2015. Assim sendo, enumerou-se as situações detetadas e as sugestões de melhoria.

- **Situação n.º1:**

No que concerne, à organização dos focos de enfermagem no SClínico detetou-se que estes, não estão organizados de igual forma, relativamente às dimensões / parâmetros de avaliação de diagnóstico, pois, alguns deles apenas contemplam as dimensões: do conhecimento e aprendizagens de capacidades, não existindo uniformidade na construção dos focos.

**Sugestão n.º1:** Na caracterização dos focos deveriam constar, as seguintes dimensões: *o potencial para o conhecimento, as aprendizagens de capacidades, o potencial para a aprendizagem de capacidades e o papel do prestador de cuidados.*

Em cada dimensão deveria estar inserida as seguintes intervenções: *avaliar o conhecimento da aprendizagem de capacidades e avaliar o contexto habitacional*, de forma a direcionar os ensinamentos para o momento da alta.

- **Situação n.º 2:**

Na abordagem nos doentes com AVC um dos primeiros atos de enfermagem de reabilitação é o organizar a unidade do doente, no sentido do lado afetado tendo por base os défices apresentados.

**Sugestão n.º 2:** Neste sentido sugeria-se o *reorganizar a unidade do doente* (disposição terapêutica do mobiliário da unidade do doente), em vez de gerir o ambiente físico.

- **Situação n.º 3:**

Na UAVC os doentes que reúnam critérios para tal e que tenham indicação médica são aplicadas talas de terapia compressiva, para prevenção das trombozes venosas profundas.

**Sugestão n.º3:** Inserir a intervenção, *aplicar talas de terapia compressiva*, visto que mediante indicação médica, a sua aplicabilidade é intervenção do enfermeiro de reabilitação.

- **Situação n.º 4**

Na Afasia o único tipo de afasia que o SClínico codifica é a afasia motora e sensitiva, no entanto há mais diversos tipos de afasia que neste sentido não nos é possível codificar.

**Sugestão n.º 4:** O foco afasia deveria ser generalista e após a avaliação da intervenção de ER, avaliar o tipo de afasia, emergir na caracterização o tipo de afasia correspondente. As afasias são diferenciadas e classificadas, por diversos parâmetros, tais como (tipo de afasia, nomeação, repetição, condução, compreensão e linguagem). Neste sentido, estes parâmetros deveriam constar na intervenção, avaliar a afasia e mediante a classificação selecionada, dar o tipo de afasia atribuída a cada situação.

- **Situação n.º 5**

No foco negligência unilateral, não aparece a intervenção, aplicar terapia de espelho.

**Sugestão n.º5:** Sugerir-se a introdução da intervenção, *aplicar terapia de espelho*, pois é uma intervenção essencial nos doentes com AVC

- **Situação n.º 6**

O foco parésia carece de algumas intervenções de enfermagem de reabilitação e que são comuns na prática clínica.

**Sugestão n.º6:** Na parésia deveria constar o *ensinar e treinar exercícios orofaciais*. Outra intervenção que era de todo importante ser reformulada é o aplicar talas. No doente com AVC deveria ter a intervenção, *aplicar tala de Margaret Johstone*. No foco parésia era pertinente instituir, *o avaliar movimento muscular*, através da Escala de *Council* – avaliação da força muscular, isto porque, para parametrizar o grau de força mediante a escala tem que se abrir um novo foco (Movimento muscular).

- **Situação n.º 7**

Numa situação de défice sensorial, ao nível de sensibilidade táctil (grossa ou fina), térmica, dolorosa, de pressão, vibratória ou postural, o foco de momento que o SClínico detém é sensação. Quando aberto este foco, este não apresenta parâmetros de avaliação, nem intervenções de enfermagem de reabilitação atribuídas.

**Sugestão n.º7:** Sugere-se a alteração do foco sensação para défice sensorial. Associado ao foco défice sensorial sugerir-se a *avaliação da sensibilidade* (táctil, vibratória, térmica e

dolorosa). Outra intervenção, que deveria constar é o *executar exercícios terapêuticos no leito (tais como: rolamento, ponte, carga no cotovelo, facilitação cruzada, dissociação das cinturas e técnica de rolamento)*.

**Sugestão n.º 8:** Ao nível de formação no âmbito do SClínico, sugere-se formação no sentido de uniformizar práticas de registo e elucidar os elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente equipa de ER, alertando-os para os indicadores que melhor evidenciam os ganhos em saúde nos doentes.

Outra sugestão, que poderia ser facilitadora ao nível de registos de enfermagem seria estipular um programa de reabilitação pré-definido na plataforma de registos SClínico.

APÊNDICE IV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO, À COMISSÃO DE ÉTICA



**Presidente do**

**Conselho de Administração da** [REDACTED]

**Dr.º** [REDACTED]

Eu, Isabel Chaves Barros, enfermeira com a cédula profissional n.º 69696, encontro-me a frequentar o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do VII Curso de Mestrado em enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, no ano letivo de 2022/2023, com início em Outubro de 2022, sob a orientação da Professora Doutora Salomé Ferreira e Enfermeira Tutora, enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, Sandra Franco, que será desenvolvido na unidade de AVC do serviço de [REDACTED]. O referido serviço está estruturado de forma a assegurar a aquisição de competências profissionais (competências comuns para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação – Regulamento n.º392/2019), incluindo a componente de investigação.

Neste sentido, venho por este meio, solicitar a Vossa Excelência um pedido de autorização, para a consecução da componente de investigação, através do trabalho de investigação subordinado pelo tema **“Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio de atenção da enfermagem de reabilitação”**, com os seguintes objetivos:

- Caracterizar o grau de dependência funcional dos doentes para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal*;
- Identificar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas no doente com diagnóstico de enfermagem, *cuidar da higiene pessoal comprometido*;
- Verificar se as intervenções do EEER influenciam os ganhos em saúde dos doentes com diagnóstico de enfermagem, *cuidar da higiene pessoal comprometido*.

A investigação proposta inscreve-se no paradigma quantitativo pelo tipo de estudo descritivo-correlacional e longitudinal. O instrumento de recolha de dados consiste no Índice de Barthel. Assegura-se o cumprimento criterioso de todos os pressupostos éticos

inerentes ao trabalho, designadamente a confidencialidade dos participantes e sem prejuízo da instituição.

Neste contexto, solicita-se autorização para a realização do estudo em apreço na Instituição que tutela. Tratando-se de um trabalho académico, cujos prazos são rigorosamente estabelecidos, solicita-se, desde logo, a brevidade possível na resposta. Para uma maior explicitação do estudo, junto se anexa o projeto de investigação bem como o instrumento de recolha de dados.

Disponibiliza-se, também, os contactos: Telf. [REDACTED] e o e-mail [REDACTED], para qualquer informação que entendam por bem aclarar.

**Os meus respeitosos cumprimentos,**

**Isabel Chaves Barros**

APÊNDICE V – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Instituto Politécnico de Viana do Castelo - ESS

VII Curso de Mestrado em Enfermagem de reabilitação

Ano letivo 2022/2023



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior  
de Saúde  
Escola Superior

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Eu, abaixo assinado (nome completo do voluntário a ser estudado)**

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi dada sobre a minha participação nesta Investigação, bem como do estudo em que estou incluído (a), que tem como tema: **“Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio de atenção da enfermagem de reabilitação”**, assim como também fui esclarecido de todas as questões que considerei pertinentes e a todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me informado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no presente estudo podendo, portanto, não progredir no estudo e exigir assim que todos os dados que foram transmitidos por mim, não façam parte do mesmo, sem que isso possa ter originado qualquer prejuízo pessoal. Fui ainda informado que os meus dados serão confidenciais e não serei mencionado no estudo de forma que a minha identidade possa ser reconhecida.

Ciente dos meus direitos, enquanto inquirido, consinto que me sejam aplicados os instrumentos de investigação, propostos pelas investigadoras.

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

**Assinatura do voluntário (a):**

\_\_\_\_\_

**A Investigadora:**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Grata pela sua colaboração!**

APÊNDICE VI–QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

**Instituto Politécnico de Viana do Castelo - ESS**  
**VII Curso de Mestrado em Enfermagem de reabilitação**  
**Ano letivo 2022/2023**  
**- QUESTIONÁRIO –**



**Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio de atenção da enfermagem de reabilitação**

No âmbito da realização do Projeto de Investigação com o intuito de obtenção do grau de Mestre, o presente questionário surge pela necessidade de recolher informação para a elaboração de um projeto de investigação, cuja temática é “*Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio de atenção da enfermagem de reabilitação*”.

Este questionário prende-se com os seguintes objetivos: caracterizar o grau de dependência funcional dos doentes para o autocuidado *cuidar da higiene pessoal*; identificar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas do doente com diagnóstico de enfermagem, *cuidar da higiene pessoal comprometido* e verificar se as intervenções do EEER influenciam os ganhos em saúde dos doentes com diagnóstico de enfermagem, *cuidar da higiene pessoal comprometido*.

O anonimato e confidencialidade são conceitos, que estarão patentes neste questionário, por isso apela-se para que não coloque nada que o possa identificar nas folhas. Leia com atenção e responda a todas as questões com veracidade. Procure não deixar nenhuma questão em branco. É de referir que as respostas aos instrumentos utilizados, são estritamente confidenciais e todos os dados colhidos, serão usados exclusivamente para realização do presente estudo.

**Agradece – se desde já, a sua maior colaboração**



- QUESTIONÁRIO -

**Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio de atenção  
da enfermagem de reabilitação**

Código do Doente	Q (questionário) n.º _____	
Data da 1ª avaliação (1.º dia)	Data da 2ª avaliação (momento da alta)	N.º de dias de internamento

**Parte I: Caracterização das variáveis sociodemográficas**

1. Idade (anos) \_\_\_\_\_

2. Género

(1)  Feminino

(2)  Masculino

(3)  Outro

(4)  Não quer responder

3. Estado civil

(1)  Solteiro

(2)  Divorciado

(3)  Casado/União de Facto

(4)  Viúvo

4. Nível de escolaridade

(1)  Nenhum

(2)  1.º Ciclo

(3)  2.º Ciclo

(4)  3.º Ciclo

(5)  Ensino secundário

(6)  Ensino superior

5. Residência

(1)  Meio rural

(2)  Meio urbano

## Parte II: Caracterização das variáveis clínicas

### 1. Proveniência

- (1)  Domicílio  
(2)  ERPI  
(3)  Hospital  
(4)  Outro local. Qual? \_\_\_\_\_

### 2. Destino de alta

- (1)  Domicílio  
(2)  UMDR  
(3)  ERPI  
(4)  Unidade de Convalescença  
(5)  ULDM  
(6)  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Tipo de AVC

- (1)  AVC Isquêmico  
(2)  AVC Hemorrágico  
(3)  AVC isquêmico com tradução hemorrágica

### 4. Antecedentes Pessoais

- (1)  Dislipidemia  
(2)  Hipertensão arterial  
(3)  Patologia Cardíaca  
(4)  Diabetes Mellitus  
(5)  Obesidade / Excesso de Peso  
(6)  Outros. Quais? \_\_\_\_\_



APÊNDICE VII–GRELHA DE OBSERVAÇÃO

**Instituto Politécnico de Viana do Castelo - ESS**  
**VII Curso de Mestrado em Enfermagem de reabilitação**  
**Ano letivo 2022/2023**



**- GRELHA DE OBSERVAÇÃO -**

<b>Código do Doente</b>	<b>ID</b> _____	
<b>Data da 1ª avaliação (1.º dia)</b>	<b>Data da 2ª avaliação (momento da alta)</b>	<b>N.º de dias de internamento</b>

	Níveis de Avaliação	Dependente não participa		Necessita de ajuda de Pessoa		Necessita de ajuda de equipamento		Completamente independente	
	Momentos de Avaliação	1ª Av.	2ª Av.	1ª Av.	2ª Av.	1ª Av.	2ª Av.	1ª Av.	2ª Av.
<b>Atividades a avaliar no autocuidado cuidar da higiene pessoal</b>	Obtém objetos para o banho								
	Abre a torneira								
	Lava e seca o corpo todo								
	Lava e seca parte do corpo								
	Aplica produtos de higiene								
	Penteia-se								
	Cuidados à face								
	Corta as unhas								
	Limpa-se após o uso sanitário								
	Ajusta a roupa após o uso sanitário								

\*\* Assinalar com a data do momento de avaliação respetivo (avaliação inicial ou avaliação final), no quadrado correspondente à avaliação do doente, mediante o momento avaliativo. Quando não se conseguir avaliar uns dos itens acima referidos, colocar N/A (designação para não aplicado).

APÊNDICE VIII – TERAPIA DE ESPELHO







APÊNDICE IX – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

 **VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**  
**UC: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final**  
**Ano Letivo: 2022/2023, 2.º ano, 1.º semestre**

  
Escola Superior  
de Saúde  
de Porto

Tutora do EC: Ent.º  
Especialista, Sandra Franco  
Regente e Orientadora do  
ENP: Prof.ª Doutora Salomé  
Ferreira  
Disciplina: Isabel Barros,  
n.º27222



## OBJETIVOS

- Uniformizar intervenções de Enfermagem de Reabilitação
- Uniformizar os registos informáticos, em Enfermagem de Reabilitação
- Promover ganhos em saúde a nível de independência funcional, nos doentes com AVC

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos doentes com AVC

2

10/3/2023



## CONTEXTUALIZAÇÃO

Pesquisa bibliográfica  
Praxis clínica baseada na evidência e em  
modelos teóricos em ER  
Competências comuns e específicas em  
Enfermagem de Reabilitação  
Processo de Enfermagem de Reabilitação  
Programa de Reabilitação

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação nos doentes com AVC

3  
10/3/2023

## 1.º Dia de Programa de Reabilitação



Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação nos doentes com AVC

4  
10/3/2023

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	Dia(s)	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação (séries executadas mediante tolerância do utente)
	1.º Dia do Programa de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Organizar a unidade do paciente, [no sentido do lado afetado, tendo por base os défices apresentados];</li> <li>☐ Executar técnica de controlo de espasticidade</li> <li>☐ Executar técnica de exercitação musculoesquelética (<i>exemplos de exercícios</i>):             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar mobilização passiva do hemitórax afetado, (10x cada articulação);</li> <li>○ Executar automobilização vertical e cruzada dos membros superiores (10x);</li> <li>○ Executar exercícios terapêuticos (<i>ex: técnica de rolamento e facilitação cruzada com carga no cotovelo</i>) (10x cada exercício);</li> </ul> </li> <li>☐ Dar banho na cama</li> <li>☐ Ensinar sobre o autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, posicionar</li> <li>☐ Assistir no autocuidado higiene, arranjo pessoal, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, posicionar</li> <li>☐ Executar técnica de mobilização dos músculos da face (10x cada exercício);</li> <li>☐ Aplicar Talas [de Margaret Johnstone no membro afetado] (30 minutos);</li> <li>☐ Executar exercícios de estimulação cognitiva (<i>cores, palavras, números, objetos variados, sensorial (térmica, tátil, profunda e superficial)</i>).</li> </ul>

2.º Dia de Programa de Reabilitação

DISFAGIA  
Consistência  
Néctar

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos doentes com AVC

6  
10/3/2023

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	Dia(s)	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação (séries executadas mediante tolerância do utente)
	2.º Dia do Programa de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Executar técnica de execução musculartoarticular (exemplos de exercícios)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar mobilização ativa assistida [do hemicorpo afetado, (10x cada articulação)]</li> <li>○ Executar automobilização vertical e cruzada dos membros superiores (10x);</li> <li>○ Executar exercícios musculartoarticulares (<i>ex: controlo do joelho com bola, ponte, dissociação de cinturas (escapular e pélvica), técnica de rolamento, facilitação cruzada com carga no cotovelo</i>) (10x cada exercício);</li> <li>○ Executar técnica de mobilização dos músculos da face (10x cada exercício);</li> </ul> </li> <li>□ Avaliar os autocuidados:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dar banho na cama;</li> <li>○ Ensinar sobre o autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, posicionar</li> <li>○ Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado higiene</li> <li>○ Assistir no autocuidado higiene, arranjo pessoal, vestuário, alimentar-se, posicionar-se</li> </ul> </li> </ul>

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	Dia(s)	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação (séries executadas mediante tolerância do utente)
	2.º Dia do Programa de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal (exercícios);               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar técnica de posicionamento para promover o equilíbrio corporal;</li> <li>○ Ensinar sobre técnica de posicionamento;</li> <li>○ Instruir sobre o equilíbrio corporal;</li> <li>○ Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal;</li> </ul> </li> <li>□ Avaliar deglutição</li> <li>□ Planear dieta</li> <li>□ Instruir/Treinar técnica de deglutição</li> <li>□ Aplicar Talas [de Margaret Johnstone no membro afetado] (30 minutos);</li> <li>□ Executar exercícios de estimulação cognitiva (<i>cores, palavras, números, objetos variados, sensorial (térmica, tátil, profunda e superficial)</i>).</li> </ul>



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	Dia(s)	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação (séries executadas mediante tolerância do utente)
	3.º Dia do Programa de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Executar técnica de excitação muscularticular (exemplos de exercícios):               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar mobilização ativa assistida (do hemicoapo afetado, <b>10x cada articulação</b>);</li> <li>○ Executar automobilização vertical e cruzada dos membros superiores <b>10x</b>;</li> <li>○ Executar exercícios musculartculares (ex: <i>controlo do joelho com bola, ponte, dissociação de cinturas escapular e pélvica, técnica de rolamento, facilitação cruzada com carga no cotovelo</i>) <b>10x cada exercício</b>;</li> <li>○ Executar técnica de mobilização dos músculos da face <b>10x cada exercício</b>;</li> <li>○ Executar exercícios através da terapia de espelho <b>(30min)</b></li> </ul> </li> <li>▣ Realizar 1.º LEVANTE, de acordo com Protocolo de AVC</li> <li>▣ Avaliar os autocuidados:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dar banho no chuveiro;</li> <li>○ Ensinar sobre o autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, transferir-se, posicionar</li> <li>○ Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado higiene</li> <li>○ Assistir no autocuidado higiene, arranjo pessoal, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, transferir-se, posicionar-se;</li> <li>○ Treinar no autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, transferir-se, posicionar-se</li> <li>○ Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado higiene</li> </ul> </li> </ul>

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	Dia(s)	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação (séries executadas mediante tolerância do utente)
	3.º Dia do Programa de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Executar técnica de exercício muscularticular (<i>exemplos de exercícios</i>):               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar mobilização ativa assistida [do hemicorpo afetado, <b>(10x cada articulação)</b>];</li> <li>○ Executar automobilização vertical e cruzada dos membros superiores <b>(10x)</b>;</li> <li>○ Executar exercícios muscularticulares (<i>ex: controlo do joelho com bola, ponte, dissociação de cinturas (escapular e pélvica), técnica de rolamento, facilitação cruzada com carga no cotovelo</i>) <b>(10x cada exercício)</b>;</li> <li>○ Providenciar dispositivos para o autocuidado vestuário, uso sanitário, posicionar-se</li> <li>○ Instruir a transferir-se com dispositivo</li> </ul> </li> <li>□ Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal (<i>exercícios</i>):               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar técnica de posicionamento para promover o equilíbrio corporal;</li> <li>○ Instruir sobre o equilíbrio corporal;</li> <li>○ Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal;</li> <li>○ Incentivar a treinar o equilíbrio corporal;</li> <li>○ Treinar o equilíbrio corporal [estático e dinâmico, na posição sentado e ortostatismo];</li> <li>○ Reeducar utente para adoção de posturas corretas e com alinhamento corporal, em frente ao espelho</li> </ul> </li> </ul>

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	Dia(s)	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação (séries executadas mediante tolerância do utente)
	3.º Dia do Programa de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Avaliar os autocuidados:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dar banho no chuveiro;</li> <li>○ Ensinar sobre o autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, posicionar</li> <li>○ Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado higiene</li> <li>○ Assistir no autocuidado higiene, vestuário, alimentar-se, uso sanitário, posicionar-se</li> <li>○ Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado de higiene</li> <li>○ Providenciar dispositivos para o autocuidado higiene, vestuário</li> <li>○ Treinar o autocuidado higiene</li> <li>○ Incentivar no autocuidado: uso sanitário</li> <li>○ Instruir o autocuidado uso sanitário</li> <li>○ Instruir o uso sanitário com dispositivos</li> <li>○ Treinar o autocuidado uso sanitário</li> </ul> </li> <li>□ Avaliar o andar               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assistir no andar;</li> <li>○ Instruir a andar com ou sem auxiliar de marcha;</li> <li>○ Executar técnica de marcha;</li> <li>○ Treinar o andar;</li> <li>○ Providenciar dispositivo para andar;</li> </ul> </li> <li>□ Aplicar Tulas [de Marguet Johnstone no membro afetado] <b>(30 minutos)</b>;</li> <li>□ Executar exercícios de estimulação cognitiva (<i>cores, palavras, números, objetos variados</i>), sensorial (<i>térmica, tátil, profunda e superficial</i>).</li> </ul>

Todos os enfermeiros salvam vidas,  
Os enfermeiros de reabilitação salvam a  
qualidade de vida  
(Laura Solkowitz)

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação nos doentes com AVC

13  
10/3/2023

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº 140/2019, Diário da República. II Série, Nº 26.

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lidel - Edições Técnicas.

Santos, J.T., Campos, C. M.S e Martins, M. M. (2020). *A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação* 3(2), pp. 36 - 42. DOI: 10.33194

Ordem Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto, pp. 1-60 [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação nos doentes com AVC

14  
10/3/2023



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

