

Mestrado em Enfermagem
*Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação*

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA REEDUCAÇÃO FUNCIONAL
MOTORA DA PESSOA COM ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

Patrícia Sofia Tomás Castanheira

**Lisboa
2019**



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio


**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA REEDUCAÇÃO FUNCIONAL
MOTORA DA PESSOA COM ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

Patrícia Sofia Tomás Castanheira

Orientador: Professor Doutor Miguel Nunes Serra

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa,
nunca tem medo e nunca se arrepende”*

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Ao professor Miguel Serra, pelo acompanhamento nesta etapa fulcral do trabalho que me propus realizar e pela sua capacidade de tornar simples o que parecia demasiado complexo.

Aos enfermeiros orientadores dos locais de estágio, pela partilha de conhecimentos, pensamentos e pela oportunidade de me mostrarem uma nova perspetiva dos cuidados de enfermagem.

A todas as pessoas de quem cuidei, nesta fase do meu percurso, e que me permitiram planear o seu processo de reabilitação.

À minha família, pela compreensão da minha presença menos assídua nos convívios saudáveis a que estamos habituados.

À minha mãe, por toda a preocupação, carinho e ajuda e porque é ela a perscrutora do meu cuidado.

À minha irmã, por me ter ajudado sempre que foi preciso e por aturar o meu feitio, particularmente mais especial nesta fase.

Aos meus amigos, os resistentes, por me apoiarem, serem o meu suporte e compreenderem a minha ausência nos últimos tempos.

Às amigas de sempre, por serem o meu porto de abrigo, sem sequer precisar de dizer ou fazer nada.

À amiga mais recente, mas nem por isso menos especial, pelas conversas infinitas, partilhas e conforto de cada palavra.

À pessoa que aturou tudo a dobrar, sobretudo os dias de cansaço, e que não me permitiu desistir em nenhum momento do curso.

Aos meus colegas de curso, que sem dúvida me mostraram que ainda há pessoas que gostam de aproveitar a vida tanto como eu e que é possível, mesmo quando não resta muita esperança.

E, por fim, aos meus colegas de trabalho, pela minha menor entrega à equipa neste tempo, pelas trocas e pela paciência e compreensão que tiveram.

A TODOS SEM EXCEÇÃO, MUITO MUITO OBRIGADA!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APER – Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CF. – Confirmar

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro/a(s) Especialista(s)

EEB – Escala de Equilíbrio de Berg

EEER – Enfermeiro/a(s) Especialista(s) em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ER – Enfermagem de Reabilitação

EU – Estados Unidos

EUA – Estados Unidos da América

GUSS – *Gugging Swallowing Screen*

INE – Instituto Nacional de Estatística

MI – Membro Inferior

MIF – Medida de Independência Funcional

MMSE – *Mini Mental State Examination*

MRC - *Medical Research Council*

MS – Membro Superior

OE – Ordem dos Enfermeiros

P. – Página

PP. – Páginas

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPA – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

SNC – Sistema Nervoso Central

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

TUGT – *Timed Up and Go Test*

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Em Portugal, à semelhança do que acontece mundialmente, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade funcional grave, que impõe limitações a vários níveis. Concomitantemente, o avanço científico-tecnológico, que se traduziu na diminuição da taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida, contribui para a existência de um maior número de pessoas com AVC, implicando maiores custos a nível do seu tratamento e reabilitação. As sequelas de um AVC são variadas e a sua gravidade é influenciada por múltiplos fatores, evidenciando-se aqui, as motoras. No entanto, é comum a todas o impacto na qualidade de vida da pessoa e sua família.

Este relatório de atividades, realizado no âmbito do curso de mestrado em enfermagem, área de especialização em enfermagem de reabilitação, destaca a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na reeducação funcional motora (RFM) da pessoa com AVC, fundamental no seu processo de recuperação da independência funcional, melhoria da capacidade de autocuidado e garantia da qualidade de vida e bem-estar.

A par da evolução tecnológica, várias técnicas foram desenvolvidas, com bons resultados comprovados, embora ainda não disseminadas em Portugal. A pesquisa nas bases de dados da *Cinahl* e *Medline*, permitiu agrupar as principais técnicas utilizadas na RFM da pessoa com AVC em: técnicas convencionais baseadas no movimento; técnicas de representação do movimento; técnicas suportadas pela tecnologia e técnicas adjuvantes, desenvolvidas ao longo deste trabalho. No plano de cuidados, o EEER deverá incluir uma combinação de técnicas e métodos de intervenção, personalizados para cada doente, não havendo evidência de que um seja melhor do que o outro.

Palavras-chave: enfermagem de reabilitação; acidente vascular cerebral; reeducação funcional motora; funcionalidade; autocuidado

ABSTRACT

In Portugal, as in the whole world, Stroke is one of the main causes of death and severe functional disability that imposes limitations at various levels. At the same time, scientific and technological progress, which caused the reduction in the mortality rate and an increase in the average life expectancy, contributes to the existence of a larger number of people with stroke, which leads to more costs for their treatment and rehabilitation. The sequels of a stroke are varied and their severity is influenced by multiple factors, highlighting here the motor ones. However, it is common to all, the impact on the quality of life of the person and his family.

This activity report, carried out within the master's degree course in nursing, specialization's area of rehabilitation nursing, emphasizes the intervention of the rehabilitation nurse in the retrieval of motor function of the person with stroke, who is essential in the process of recovering functional independence, as well as improving self-care and assuring quality of life and well-being.

Along with the technological growth, several techniques have been developed, with proven good results, although they are not yet widespread in Portugal. The research in the Cinahl and Medline databases allowed to group the main techniques in the retrieval of motor function of the person with stroke in the following categories: techniques based on movement; motion representation techniques; techniques supported by technology and adjuvants techniques, who will be developed throughout this work. In the care plan, rehabilitation nurse should include a combination of methods and techniques, customized for each patient, because there is no evidence that one is better than another.

Keywords: rehabilitation nursing; stroke; motor function; functionality; self-care

ÍNDICE

Introdução	17
1. Enquadramento Teórico	19
1.1. A Pessoa com Acidente Vascular Cerebral.....	19
1.2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ..	23
1.3. Dos contributos de <i>Dorothea Orem</i>	30
2. Percurso de Desenvolvimento de Competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação	35
2.1. Breve Contextualização dos Locais de Estágio	35
2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	38
2.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	49
2.4. Competências de Reeducação Funcional Motora na intervenção à Pessoa com AVC.....	64
Considerações Finais	77
Referências Bibliográficas	
Apêndices	
Apêndice I – Objetivos de Estágio	
Apêndice II – Resumo do Modelo de Mauk de Recuperação Pós-AVC	
Apêndice III – Guião de Entrevista	
Apêndice IV – Documento Padronizado de Avaliação e Registos de Enfermagem de Reabilitação	
Apêndice V – Diapositivos de Apresentação da Sessão de Formação	
Apêndice VI – Plano de Sessão da Formação realizada em contexto de estágio	
Apêndice VII – Caderno de Atividades para Realizar em Casa	
Apêndice VIII – Estudo de Caso realizado em Contexto hospitalar	
Apêndice IX – Folheto Informativo sobre Posicionamentos da Pessoa com AVC	
Apêndice X – Mapa Conceptual integrativo da problemática em estudo	

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1 - Resumo das técnicas usadas na reeducação funcional motora da pessoa com AVC</i>	28
---	----

INTRODUÇÃO

Este trabalho, procedente da unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no terceiro semestre, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação (ER), tem como propósito a descrição e reflexão sobre as atividades desenvolvidas no contexto de Ensino Clínico e de que modo as mesmas contribuíram para o meu percurso de concretização dos objetivos propostos e de aquisição de competências, como condição necessária à obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O presente relatório, bem como os estágios que o sustentam, foram baseados num projeto de formação previamente elaborado e devidamente estruturado e orientador das atividades a desenvolver em estágio (apêndice I). Assim, defini como objetivo geral para o relatório: demonstrar o percurso de desenvolvimento de competências como EEER. Como objetivos específicos defini os seguintes: evidenciar as atividades realizadas em estágio; articular as atividades desenvolvidas com os objetivos definidos no projeto; evidenciar os conhecimentos adquiridos; articular conhecimentos teóricos com as aprendizagens da prática, numa lógica de desenvolvimento de competências; revelar as competências desenvolvidas enquanto EEER.

A problemática que defini para o meu trabalho foi a “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reeducação Funcional Motora da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC)”, sendo que, a par da motivação pessoal e profissional, existe uma forte implicação social e epidemiológica. A reabilitação motora é uma das áreas de interesse pessoal, onde pretendo adquirir competências, pelo que o investimento pessoal na mesma se conjeturou como motivador e útil para a translação de conhecimentos para outras áreas. Não obstante, lido diariamente com pessoas com défices sensório-motores decorrentes de AVC, dado que o meu atual contexto de intervenção profissional é uma unidade de cuidados continuados integrados (UCCI). Assim, espero poder aplicar no meu contexto profissional, as competências adquiridas neste contexto de aprendizagem, que, decerto, alargarão o meu âmbito de atuação. Do mesmo modo, sendo as sequelas de um AVC incapacitantes e limitadoras, importa destacar as atividades que possam trazer uma melhoria ao nível sensório-motor das pessoas com esta patologia e que irão incrementar a sua funcionalidade. Melhorando o seu nível de independência

funcional, será então possível influenciar os custos inerentes aos tratamentos e internamentos, reduzindo-os, o que se traduz num impacto socioeconómico valorizável. Finalmente, com este trabalho, pretendo igualmente ir ao encontro das necessidades levantadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que destaca as “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora” como área de investigação muito prioritária (OE, 2014a), podendo desenvolver outros projetos neste âmbito e direccionar a minha atividade profissional.

Metodologicamente, este relatório tem por base uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da *Cinahl* e *Medline*, nas quais foram introduzidas as palavras-chave definidas, em linguagem natural e sinónimos e foram pesquisados os termos indexantes mais adequados para cada conceito, em cada base de dados separadamente. Recorreu-se ainda a revistas, jornais e outros periódicos, onde tenham sido publicados artigos relevantes para o tema em estudo. Foi ainda aprofundada a temática em estudo com livros publicados e disponíveis na biblioteca, pelo que foram mantidas as referências originais e fidedignas a alguns assuntos. Para o enquadramento teórico foi definido um limite temporal de 10 anos, excetuando os livros de referência, em que foi mantida a data original, por ser a fonte primária de um determinado assunto. Ao longo dos subcapítulos referentes ao percurso de aquisição de competências, a bibliografia existente tem como objetivo fundamentar a abordagem adotada, pelo que não foi restrito um limite temporal na mesma.

Após esta breve introdução, será concretizado o enquadramento concetual da problemática em estudo, com referenciação ao modelo teórico a utilizar na análise da mesma e o papel do EEER. Numa segunda parte, mais extensa, será relatado o percurso de desenvolvimento de competências, enquadrando os objetivos e atividades desenvolvidas nos respetivos locais de estágio, com as competências preconizadas pela OE, quer para o Enfermeiro Especialista (EE), quer para o EEER, quer as mais relacionadas com a temática em estudo. Serão também confrontados os objetivos e competências definidos no projeto que precedeu os estágios, com os edificados. No final, delineiam-se algumas considerações finais, onde se realiza um balanço final de todo o percurso realizado na aquisição de competências e se sintetiza o documento.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Em Portugal, as doenças cerebrovasculares continuam a ser uma preocupação a nível de saúde pública, devido à sua incidência e consequências que acarretam, quer ao nível da funcionalidade da pessoa, quer ao nível dos custos despendidos no seu tratamento e reabilitação.

A cada ano, 15 milhões de pessoas, por todo o mundo, têm um AVC, das quais 6 milhões não sobrevivem (World Stroke Organization, 2011). Já em Portugal, estima-se que, por cada hora, 3 pessoas são vítimas de AVC, sendo que uma delas não sobrevive (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC), 2016).

Estima-se que entre 2014-2015 os custos diretos e indiretos com o AVC alcançaram 45,5 biliões de dólares nos Estados Unidos (EU) e 20 biliões de euros na Europa, projetando-se que, entre 2015 e 2035, os custos médios possam duplicar para 94,3 biliões de dólares, com grande parte do aumento planificado para as pessoas com idade superior a 80 anos (Benjamin et al., 2019). A nível nacional, dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) revelam que as doenças cerebrovasculares constituíram a principal causa de morte em Portugal, em 2017, registando-se cerca de 11270 óbitos por AVC, o que corresponde a 10,2% da mortalidade total no país, sendo 11,2 o número médio de anos de vida perdidos, o que é representativo da incapacidade que acarreta esta patologia (INE, 2019).

Comprovada a significativa prevalência da doença, importa salientar que o AVC se evidencia como a principal causa de incapacidade grave a longo prazo, nos EU, e, em 2010, estava entre as 18 doenças que mais contribuíam para os anos vividos com incapacidade (Benjamin et al., 2019). Em Portugal, das três pessoas que sofrem um AVC por hora, uma delas fica com sequelas incapacitantes (SPAVC, 2016). Segundo a revisão sistemática da literatura realizada por Carmo, Morelato, Pinto, & Oliveira (2015), das pessoas que sobreviveram a um AVC, cerca de um quarto a metade possui algum grau de incapacidade, medido através da capacidade de desempenhar as atividades de vida diária (AVD).

AVC, segundo a *World Health Organization* (WHO) (1978), é caracterizado pela existência de sinais de alteração da função cerebral, focais ou globais, de origem vascular e rápido desenvolvimento, com a duração de mais de 24h, ou que levam à morte. A sua causa pode ser isquémica, pela interrupção do fluxo sanguíneo numa

determinada área cerebral, ou hemorrágica, derivada de hemorragia intracerebral, que conduz à formação de um hematoma no tecido cerebral (Alexandrov, 2010; Chaves, 2011). O AVC isquêmico pode ser dividido em trombótico, quando a circulação cerebral é interrompida por um trombo ou coágulo, com origem na artéria onde se forma, ou embólico, com origem num coágulo de uma artéria de menor calibre ou proveniente de outros órgãos (coração). O AVC hemorrágico pode ser considerado intracerebral (ou parenquimal) ou subaracnoideu, sendo causado pela hemorragia resultante da rutura de artérias cerebrais (Alexandrov, 2010; Chaves, 2011).

A lateralidade e localização da lesão cerebral influenciam diretamente a sintomatologia associada e as sequelas verificadas, isto pela assimetria funcional verificada nos hemisférios cerebrais. Na sua generalidade, são comuns a hemiplegia ou hemiparesia contralateral ao lado da lesão, com possível perda hemisensorial (Chaves, 2011). No entanto, outra sintomatologia está mais direcionada para um lado específico da lesão cerebral, por exemplo, lesões no hemisfério esquerdo cerebral (dominante) estão mais relacionadas com as afasias (global, transcortical, sensorial, Broca, *Wernicke* ou de condução), apraxia ou disfasia, sendo estes doentes mais racionais e com melhor perceção do seu estado de saúde (WHO, 1978; Ventura, 2002; Chaves, 2011). Já as lesões no hemisfério direito cerebral (não dominante) resultam em dispraxia, negligência do lado esquerdo do corpo (*neglet*), agnosias visuais (incluindo prosopagnosia ocasional), anosognosia e em processos relacionados com alterações na atenção, perceção, organização, resolução de problemas e orientação espacial, sendo doentes que não atribuem um significado real à sua situação de saúde (Ventura, 2002; Chaves, 2011). Nas lesões do hemisfério direito, verificam-se igualmente alterações na comunicação, nomeadamente na capacidade das pessoas em interpretar o contexto de uma conversa ou de linguagem não literal (metáforas, inferências ou anedotas) e manter uma conversa, por falta de verbos (Marshall, Hilari, & Cruice, 2010). Embora as pessoas possam corresponder a ordens simples e expressar as suas necessidades, será mais difícil a criação de novas memórias, o que as poderá tornar incapazes de lidar com as mudanças resultantes do AVC, podendo questionar várias vezes sobre um mesmo assunto (Marshall, Hilari, & Cruice, 2010).

Ventura (2002) acrescenta dados à lateralidade do AVC, revelando que as diferenças na evolução da independência funcional da pessoa com AVC são, estatisticamente, mais significativas, nos doentes com lesão cerebral do hemisfério esquerdo. Tal achado é semelhante ao de um estudo posterior, que reflete que, lesões no hemisfério esquerdo, têm duas vezes mais hipótese de melhores resultados de

recuperação, do que pessoas com lesões no hemisfério direito, decorrentes de AVC (Legge, Saposnik, Nilanont, & Hachinski, 2006). Estas últimas, apesar de perceberem a informação e serem capazes de colaborar na reabilitação, têm maior dificuldade em perceber a importância das atividades propostas bem como a integrá-las no seu esquema corporal.

A gravidade dos défices decorrentes do AVC varia conforme a localização e extensão da lesão, o tempo entre o aparecimento dos sintomas, o tratamento da fase aguda e a existência de circulação colateral (Stroke Association, 2018), sendo potenciada por eventuais comorbilidades. De uma forma geral, as sequelas podem ser classificadas como motoras (perda ou diminuição da força, espasticidade, alteração na coordenação de movimentos, alteração do equilíbrio, alterações na marcha, disfagia), sensoriais (alterações na sensibilidade numa parte do corpo, dor neuropática, alteração do controlo de esfíncteres), cognitivas (lentificação de processos mentais, alteração de memória, afasia, dificuldade de concentração e planeamento de tarefas), comportamentais (apatia, desinteresse, depressão, ansiedade, alterações de humor), sociais (isolamento social), comunicacionais (afasia, disartria, isolamento social) e de autoperceção (diminuição de auto-estima, auto-imagem). No entanto, é comum a todas o impacto na qualidade de vida da pessoa, seja em menor ou em maior grau (SPAVC, 2016; Stroke Association, 2018).

Neste trabalho, opta-se por abordar a intervenção do EEER nas sequelas ao nível motor, uma vez que são as que mais interferem nas AVD da pessoa que sofreu um AVC, pelo que se projeta que, intervindo a neste nível, será dada uma maior possibilidade à pessoa de recuperar a sua autonomia para o autocuidado e, conseqüentemente, aumentar a sua qualidade de vida. Segundo a Stroke Association (2018), as alterações motoras são relativamente comuns após um AVC, reportando-se cerca de três quartos da população com alterações motoras a nível do membro superior (MS) e inferior (MI), o que, implicitamente, acarreta dificuldades na realização das AVD. Como AVD designam-se o “conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia a dia” (OE, 2011, p.1) e podem ser divididas em cuidado pessoal ou atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades domésticas e comunitárias ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (Fricke, 2010; OE, 2011).

De forma a reduzir o impacto destas alterações, na vida quotidiana da pessoa e sua família, a reabilitação surge como medida fundamental, e deverá ser iniciada o

mais precocemente possível, ainda na fase aguda, nas primeiras 24-48h, de acordo com a norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011).

A reabilitação é mais do que o simples processo de intervir na deficiência e incapacidade. A mesma engloba uma série de ações e intervenções, cientificamente fundamentadas e geridas por uma equipa multidisciplinar, que têm como finalidade fornecer estratégias, à pessoa com incapacidade, através da reeducação funcional, reinserção e reintegração, que lhe permitam eliminar ou reduzir o impacto das situações geradoras de desvantagem (Hesbeen, 2001).

A reabilitação de pessoas com doenças cerebrovasculares é um processo complexo, que envolve a interação de diversos fatores, como a idade, a severidade da doença, fatores individuais e tipo de tratamento (Stewart & Cramer, 2017), sendo fulcral na reaquisição da funcionalidade e atividade motora (Bowden, Woodbury, & Duncan, 2013). Embora não seja conhecido o tipo de intervenções de reabilitação e a proporção corretamente adaptada a cada indivíduo, que promovam o alcance de melhores resultados (Kleim, 2011; Stewart & Cramer, 2017), sabemos que as intervenções na reabilitação motora têm por base o conceito de neuroplasticidade ou plasticidade neuronal.

A neuroplasticidade pode ser definida como a capacidade que o sistema nervoso tem de se adaptar e modificar química, morfológica e estruturalmente, em resposta a estímulos intrínsecos e extrínsecos (Takase, 2005; Borella & Sacchelli, 2009; Menoita, Sousa, Alvo, & Marques Vieira, 2012; Pedersen, Bundgaard, Zeeman, Jørgensen, & Sørensen, 2016), ou seja, diz respeito a qualquer tipo de alteração na estrutura e função do neurónio, não se restringindo a uma região específica do sistema nervoso central (SNC) (Warraich & Kleim, 2010). Deste modo, existindo uma lesão cerebral, este é o processo pelo qual o SNC tenta recuperar as funções perdidas, adotar funções semelhantes ou adquirir novas, não estando, no entanto, comprovados os métodos de reabilitação que serão mais eficazes na indução da neuroplasticidade (Pedersen et al., 2016). Defende-se igualmente que áreas circundantes às lesionadas podem assumir as suas funções, em maior ou menor grau, num processo de reprogramação das redes neuronais cerebrais.

Neste trabalho, será destacada a reeducação motora, ou treino motor, que, através de tarefas específicas (novas ou conhecidas) pode promover neurogénese, sinaptogénese, angiogénese, modulação sináptica, entre outros, contribuindo para uma melhor recuperação funcional (Borella & Sacchelli, 2009). Na revisão efetuada pelos autores anteriormente citados, evidencia-se ainda que a neuroplasticidade, ou

seja, a capacidade cerebral em adquirir novas competências funcionais, é dependente, não apenas da utilização dos membros afetados, mas também da aprendizagem e da atividade realizada com as áreas lesadas. Menoita et al. (2012) reforçam a ideia, referindo que o processo de reabilitação pode favorecer a reaprendizagem motora, com recurso à memória e repetição, de modo a formar o novo engrama motor e melhorar o desempenho. Como engrama entende-se a formação de gestos estruturados e automáticos, pela mudança cerebral, adquiridos pela repetição e uso da memória.

Assim, neste trabalho, como Reeducação Funcional Motora (RFM) assumem-se todas as intervenções que possibilitem ganhos ao nível motor, ou seja, a nível do movimento, estando as mesmas relacionadas com a força, tónus muscular e sensibilidade, as quais não podem ser dissociadas na recuperação da função motora de um membro/hemicorpo lesado após um AVC.

1.2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Como já evidenciado anteriormente, a reabilitação da pessoa com AVC deve ser iniciada o mais precocemente possível. Assim, é de extrema relevância a rápida avaliação do doente e iniciação de um plano de cuidados, com vista à reaquisição da função motora anterior ou melhoria da atual. Sempre que o enfermeiro executa intervenções, deve encará-las como uma oportunidade terapêutica de reabilitação, onde devem ser incorporados aspetos importantes do processo de ensino (Kilbride & Kneafsey, 2010).

O EEER “concebe, implementa, monitoriza e avalia planos de reabilitação baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa”, com vista à “promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa” (OE, 2010b, p. 1). Para tal, promove programas de: “reeducação funcional cardio-respiratória, motora, sensorial, cognitiva, da sexualidade, da função alimentação e da eliminação; (...) treino de AVD e de treino motor e cardio-respiratório” (OE, 2018, p. 7). Concomitantemente, é evidenciada a importância do treino motor enquanto programa de reeducação motora, realizada pelo EEER e o seu impacto na funcionalidade da pessoa. Não obstante, o enfermeiro é referido como o profissional de saúde que realiza atividades fulcrais no restabelecimento da qualidade de vida da pessoa com AVC, tendo um papel

fundamental no processo de reabilitação (Santos & Oliveira, 2015). O estudo realizado pelos autores supra, revela resultados positivos ao nível da independência funcional das pessoas com AVC, tendo-se verificado melhoria na realização do autocuidado, mobilidade e locomoção, pela implementação de um programa de ER (Santos & Oliveira, 2015).

Na aplicação do plano de intervenção terapêutico, o enfermeiro deverá ter em conta a fase do processo em que se encontra o doente, uma vez que a pessoa nem sempre está recetiva à reabilitação. Mauk (2006) indica-nos, no Modelo de Mauk de recuperação pós-AVC, que a pessoa passa por cerca de seis fases distintas: *agonizing* (agonizante), *fantasizing* (fantasia), *realizing* (compreensão), *blending* (harmonização), *framing* (enquadramento) e *owning* (pertença), às quais estão associadas uma série de sentimentos e tarefas inerentes ao doente e ao enfermeiro. Estas fases foram definidas na perspetiva da pessoa, pelo que, quando identificadas corretamente, podem ser guias do processo de reabilitação e corresponder às necessidades específicas de cada doente (Mauk, Lemley, Pierce, & Schmidt, 2011). Em apêndice II apresenta-se um quadro descritivo das fases, associadas às suas características definidoras e o papel que o doente e enfermeiro devem ter em cada uma delas. Importa ressaltar que, é nas três últimas fases (harmonização, enquadramento e pertença) que os enfermeiros de reabilitação podem ter um impacto mais duradouro na capacidade de adaptação de uma pessoa à vida após um AVC e onde as suas intervenções poderão ser mais eficazes.

Uma das competências do EEER, de acordo com a OE, é gerir planos de treino motor, nomeadamente, à pessoa com AVC. Esses planos devem incluir uma recolha de dados adequada, um plano de atividades a realizar com os doentes e sua avaliação. Assim, e através de programas que trabalhem as AVD, o EEER poderá favorecer a mobilidade, sendo que os mesmos têm efeito positivo nas mudanças neuroplásticas (Kilbride & Kneafsey, 2010). Para além de ganhos na funcionalidade, incutem-se efeitos a nível psico-emocional, já que a restrição da mobilidade poderá acarretar efeitos psicológicos e emocionais, com implicações na autonomia, orgulho e dignidade da pessoa (Kilbride & Kneafsey, 2010), atuando-se igualmente noutros sistemas fisiológicos importantes, como o respiratório ou cardíaco.

Como intervenções do EEER no treino motor da pessoa com AVC, destacam-se as seguintes: atividades terapêuticas, levantar precoce, andar e/ou ficar em pé, posicionamento em padrão anti-espástico, facilitação cruzada, mobilização dos segmentos corporais, terapia de movimento induzido por restrição, exercícios de

fortalecimento e suporte muscular (Kilbride & Kneafsey, 2010; Menoita et al., 2012). Todas estas intervenções, direta ou indiretamente, têm efeito na atividade motora da pessoa com AVC, pelo que a sua aplicação é importante e requer conhecimento e perícia.

As atividades terapêuticas têm a sua fundamentação no modelo de neurodesenvolvimento que ocorre no bebé, em que o mesmo adquire progressivamente as suas capacidades motoras e de coordenação, pela constante e progressiva repetição de movimentos primitivos até aos mais complexos, que lhe permitem adquirir estabilidade postural (Johnstone, 1978). Assim, as atividades terapêuticas, que se assemelham às atividades do bebé, promovem a facilitação do movimento, com ajustes automáticos da postura, a fim de produzir uma atividade, através de reações automáticas de proteção, retificação e equilíbrio, com a finalidade de reeducação do reflexo postural. Atividades como o rolar na cama, a ponte, exercícios de automobilização dos membros superiores, rotação controlada da anca, carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio e levante e transferências devem ser realizados progressivamente, de forma a readquirir controlo motor voluntário destes movimentos e, assim, melhorar a sua autonomia. O levante precoce deve ser iniciado assim que possível, onde se podem introduzir exercícios de equilíbrio. O andar e/ou ficar em pé são igualmente importantes e, para além dos benefícios associados à mobilidade, podem ser tranquilizadores a nível psicológico, reduzindo medo/ansiedade dos doentes (DGS, 2010).

Os posicionamentos em padrão anti-espástico devem ser o primeiro passo na recuperação da pessoa. Estes incluem o decúbito dorsal, o decúbito lateral para o lado mais lesado e o decúbito lateral para o lado menos lesado (Johnstone, 1978). Embora não seja possível impedir o desenvolvimento da espasticidade, é possível reduzi-lo. Para a DGS (2010) o posicionamento do doente com AVC deverá ser uma preocupação ao longo do dia, colocando-o em posturas inibitórias do padrão espástico, pois o mesmo deixa de ter controlo inibitório cortical sobre o tónus muscular. A espasticidade leva a uma resistência aumentada ao movimento passivo, envolvendo os músculos anti gravíticos, podendo mesmo impedir a realização do movimento se a espasticidade for forte (Bobath, 1978). Prevenindo a espasticidade, para além de outras vantagens, melhora-se a funcionalidade do lado lesado, o que possibilita um maior e melhor controlo motor dos movimentos necessários à realização das AVD. Por sua vez, a facilitação cruzada é uma técnica em que a pessoa trabalha sobre o lado mais afetado, ou seja, os movimentos ocorrem através da linha média,

para que possa ocorrer recuperação bilateral. Permite a reintegração do esquema corporal do lado lesado, a inibição da espasticidade e favorece a recuperação do reflexo postural (Johnstone, 1979; DGS, 2010; Menoita et al., 2012).

A mobilização dos segmentos corporais (ativa, ativa resistida, ativa assistida e passiva) visa manter, sobretudo, a amplitude dos movimentos e conservar a integridade e flexibilidade das estruturas articulares, o que é corroborado pela DGS (2010), que refere que a mobilização precoce é uma atuação recomendada para prevenção de complicações. A par das mobilizações, caso não haja restrições, deve ser introduzido um programa de exercícios de fortalecimento e suporte muscular, isométricos e dinâmicos (concêntricos e excêntricos) de forma a favorecer a recuperação da unidade motora na sua íntegra e, assim, permitir a sua utilização da melhor forma (Menoita et al., 2012).

A terapia de movimento induzido por restrição (*constraint-induced movement therapy*) consiste na restrição do movimento do membro menos afetado e a realização de um treino motor intensivo e orientado por tarefas, do membro mais afetado, com base no pressuposto da plasticidade dependente do uso. Esta terapia proporciona um maior uso do membro mais afetado após AVC, no entanto, requer que a pessoa tenha movimento voluntário do MS (Kilbride & Kneafsey, 2010).

Outras técnicas de reabilitação foram já trabalhadas, de forma a acompanhar o desenvolvimento tecnológico e os desafios em saúde, embora a maioria em outras ciências que não a enfermagem. A realidade virtual, igualmente estudada na área da pessoa com AVC, pode ser benéfica para melhorar a função do membro superior e a autonomia na realização das AVD, quando usada como adjuvante do tratamento usual, não sendo evidente o seu benefício isoladamente (Laver, et al., 2018).

A “*pet therapy*” (terapia com animais), que consiste na utilização de animais (gatos, cães, cavalos, golfinhos e pássaros) na reabilitação física de pessoas com AVC, prevê-se com efeitos na melhoria da mobilidade, coordenação motora e estimulação da força do MS, acrescentando o facto de ser uma fonte de alegria, conforto, meio de distração e redução de níveis de *stress* (Burres & Richards, 2016). De salientar que este é um estudo realizado na área da enfermagem de reabilitação.

Técnicas de representação do movimento foram igualmente definidas como importantes para a problemática em estudo, nomeadamente a imagética motora (*motor imagery*), a terapia com espelho (*mirror therapy*) e a observação-ação (*action observation*). A imagética motora consiste na imaginação do movimento, mentalmente ensaiado, mas não o executando, com efeitos no desempenho motor (Silva, et al.,

2018). A terapia com espelho tem por base a estimulação visual e consiste na colocação de um espelho na linha média corporal do plano sagital, refletindo o lado menos lesado, o que dá a ideia da execução de movimentos pelo lado lesado. Como efeitos benéficos temos a melhoria da função motora e da capacidade de realizar as AVD, a redução da dor em pessoas com síndrome doloroso local e a redução do *neglect* e das alterações sensoriais (Rothgangel & Braun, 2013; Thieme, et al., 2018). A observação-ação consiste na percepção visual (direta ou virtual) de uma ação realizada por outros (Silva, et al., 2018).

O treino em passadeira (*treadmill training*), com ou sem suporte corporal, começa igualmente a ser difundido na melhoria da marcha após AVC, embora sem grandes resultados no aumento da capacidade de marcha, mas apenas na resistência e velocidade da mesma (Mehrholtz, Thomas, & Elsner, 2017).

Para além destas são conhecidas técnicas de *biofeedback*, estimulação nervosa periférica (*peripheral nerve stimulation*), estimulação magnética transcranial repetitiva (*repetitive transcranial magnetic stimulation*) e movimento assistido por robots (*robotic assisted movement*), estas últimas não serão desenvolvidas, uma vez que requerem instrumentos específicos e dependem diretamente de outros profissionais, não tendo sido igualmente trabalhadas em estágio.

Não está comprovado que um método seja melhor que outro, pelo que, uma combinação de métodos de reabilitação poderá ser o mais favorável e adequado às características do doente com AVC (Pollock, et al., 2014). Na tabela 1 resumem-se as intervenções do EEER que podem ser usadas no treino motor da pessoa com AVC.

É cónico que o AVC leva a alterações neuromusculares, não apenas dos músculos dos membros superiores e inferiores, mas também dos músculos respiratórios (Pollock, Rafferty, Moxham, & Kalra, 2013), o que torna as pessoas com este diagnóstico mais suscetíveis ao desenvolvimento de infeções respiratórias (Billinger, Coughenour, MackKay-Lyons, & Ivey, 2012; Menezes, et al., 2016). Concomitantemente, o padrão respiratório tem influência direta sobre a sobrecarga muscular, podendo inviabilizar a recuperação motora. Por conseguinte, fará todo o sentido que a reabilitação respiratória, embora com as suas especificidades, acompanhe o processo de reabilitação motora da pessoa com AVC.

Tabela 1 - Resumo das técnicas usadas na reeducação funcional motora da pessoa com AVC

Técnicas convencionais baseadas no movimento	Técnicas de representação do movimento	Técnicas suportadas na tecnologia	Técnicas adjuvantes
<ul style="list-style-type: none"> • Atividades terapêuticas • Posicionamento em padrão anti-espástico • Mobilização dos segmentos corporais • Levante precoce • Andar e/ou ficar em pé • Facilitação cruzada • Exercícios de fortalecimento e suporte muscular • Terapia de movimento induzido por restrição 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagética motora • Terapia de espelho • Observação-ação 	<ul style="list-style-type: none"> • Treino em passadeira • Realidade virtual • Movimento assistido por robots • Terapia musical 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia com animais • Estimulação nervosa periférica • Estimulação magnética transcranial repetitiva

Adaptado de: Kilbride & Kneafsey, 2010; Menoita et al., 2012; Hatem et al., 2016

De forma a fundamentar a sua intervenção e a avaliar a evolução da pessoa, em termos de funcionalidade, o EEER deverá utilizar os instrumentos necessários e adequados à mensuração dos ganhos em saúde. Os ganhos em saúde e a importância das intervenções devem ser mensuráveis, para poderem ser comparáveis, fidedignos e gerarem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente os de ER. Por conseguinte, devem ser usadas escalas de avaliação, validadas e adequadas ao tipo de população-alvo.

O EEER deverá ainda incluir a família na sua intervenção diferenciada, englobando-a como unidade de cuidados. Embora o conceito de família tenha vindo a sofrer alterações na sua definição concreta, em termos de conceção e organização familiar, a mesma mantém-se como uma componente emocional e afetiva, a nível psicológico e social, onde se manifestam e adquirem os comportamentos de saúde. Nos casos de doença de um membro da família, a capacidade de auto-organização da mesma poderá ser afetada, daí a importância da intervenção do enfermeiro na gestão dos processos familiares e na diminuição da sobrecarga do cuidador (Figueiredo & Martins, 2010; Jam, 2017). Após a alta, a pessoa com AVC regressa muitas vezes ao seu domicílio, onde os membros da família têm de a acolher e ajustar a sua dinâmica familiar, de forma a prestar os melhores cuidados e tornando-se cuidadores informais. Sendo uma situação nova, os cuidadores nem sempre estão preparados para tal e, por vezes, o apoio social existente é demasiado reduzido, o

que acarreta um impacto negativo nas suas vidas, concorrendo negativamente para elevados níveis de *stress* e ansiedade (Akosile, Banjo, Okoye, Ibikunle, & Odole, 2018).

Pessoas com AVC que apresentem melhores capacidades físicas e mentais influenciam de forma mais positiva a saúde mental dos cuidadores, estando comprovado que existe uma correlação entre a qualidade de vida percebida pelo doente e a sobrecarga do cuidador. Reduzidos níveis de qualidade de vida, geralmente associados a níveis elevados de depressão e incapacidade, reduzida interação social e alterações cognitivas, reduzem a qualidade de vida percebida pelo doente, o que, conseqüentemente, aumenta a tensão e sobrecarga no cuidador (Isaac, Stewart, & Krishnamoorthy, 2011; Costa, Costa, Fernandes, Martins, & Brito, 2015). Por sua vez, as modificações no estilo de vida dos cuidadores, que reduzem as suas atividades sociais e de lazer, leva-as ao aumento do *stress* psicológico, a alterações de humor e das dinâmicas relacionais, com impacto na sua qualidade de vida (D'Ippolito et al., 2018). Quanto menor a qualidade de vida dos cuidadores, maior a sobrecarga no mesmo, aumentando o risco de interrupção do cuidado (Costa et al., 2015), podendo este processo entrar num ciclo vicioso com conseqüências indesejáveis. A família, ou rede de suporte, tem geralmente um grande impacto na motivação da pessoa para o seu processo de reabilitação, pelo que é importante que os cuidadores o percebam.

As famílias, como cuidadoras, confrontam-se com questões individuais, relacionadas com a falta de conhecimentos e competências para lidar com as novas necessidades da pessoa com AVC: questões interpessoais, sobre as relações entre elas e a imposta alteração de papéis e atividades sociais, resultantes dos défices provocados pela doença, bem como, questões organizacionais, relacionadas com a dificuldade na identificação dos recursos e serviços da comunidade que podem ajudá-los no cuidado à pessoa com AVC (Grant, Hunt, & Steadman, 2014).

Deste modo, é fulcral a intervenção do EEER nos ensinamentos e treino dos cuidadores, fornecendo informações sobre cuidados a ter com a pessoa com AVC, a vários níveis, sobretudo na prevenção de quedas, gestão da medicação e das alterações identificadas, treinando as suas competências desde o internamento. O enfermeiro deve também avaliar a qualidade das relações entre as famílias, uma vez que poderão existir problemas potenciais derivados de questões de intimidade e comunicação existente anteriormente, que se manterá nos cuidados. Deve ser promovido um espaço de discussão sobre os novos papéis, de ambos, no seio da família e geridas

as expectativas. O cuidador deve ter noção que, para providenciar um cuidado de qualidade, tem de atender às suas necessidades, pelo que deve ser ajudado na adoção de estratégias de manutenção da sua vida social e auxiliado na gestão familiar, sendo que o mesmo deve encorajar o doente a realizar as atividades autonomamente, reduzindo a sobrecarga sobre si mesmo. Importa também desenvolver estratégias de suporte social, pedindo aos membros da família que alternem os cuidados entre si, partilhando responsabilidades ou que adquiram outro tipo de suporte comunitário (Isaac et al., 2011; Grant et al., 2014; Costa et al., 2015). Os telefonemas de follow-up são importantes, bem como as visitas após a alta, que trazem benefícios na confiança do cuidador (Grant et al., 2014), o que evidencia a importância dos cuidados de saúde primários na gestão dos cuidados e dinâmica familiar após um AVC.

1.3. Dos contributos de *Dorothea Orem*

O AVC acarreta alterações da funcionalidade, que levam à dependência no autocuidado e na realização das tarefas do dia-a-dia da pessoa. Assim, é necessário que sejam percebidas quais as necessidades da pessoa e de que forma é invocada a enfermagem a assegurar ou ajudar a alcançar as necessidades de autocuidado não satisfeitas da mesma. Nestes moldes, a OE refere que, na orientação e estruturação dos cuidados de ER, os modelos de autocuidado são fulcrais, na otimização do exercício profissional (OE, 2010b).

Como referência orientadora e teórica central da corrente do autocuidado, temos *Dorothea Orem* (2001), que o entende como “a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, saúde e bem-estar” (p.43). Orem espelha o conceito de autocuidado na sua Teoria Geral de Enfermagem, conhecida, mais precisamente, por Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, explicativa da relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidados, cujo défice pode estar associado a alterações humanas funcionais ou estruturais (Orem, 2001). Nesta teoria, a enfermagem assume-se como a resposta à incapacidade de um indivíduo cuidar de si ou dos seus dependentes, por limitação do seu estado de saúde ou pelas necessidades de cuidados de saúde (Orem, 2001). A mesma é composta por três teorias interligadas e interdependentes entre si: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do

Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, sendo que a primeira está incluída na segunda e a segunda na terceira.

Na Teoria do Autocuidado (Orem, 2001), a ideia central refere-se ao autocuidado como uma função reguladora que os indivíduos devem levar a cabo para cuidar de si próprios, ou dos que estão a seu cargo, sendo uma competência aprendida, intencional e adquirida ao longo do tempo e com a experiência, que deve ser adaptada a cada pessoa. Por conseguinte, serve de guia para as enfermeiras perceberem as necessidades terapêuticas de autocuidado e determinar qual o tipo de sistema de ajuda que a pessoa necessita. A ação de autocuidado, que reflete a capacidade do ser humano em envolver-se no autocuidado é afetada por fatores básicos e envolve diferentes domínios: cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e comportamental.

A autora propõe igualmente a existência de requisitos de autocuidado, entendidos como as condições necessárias para que os indivíduos possam regular aspetos do seu funcionamento, desenvolvimento e bem-estar (Orem, 2001). Os requisitos de autocuidado podem ser: universais (comuns a todos os indivíduos, ao longo do ciclo de vida); de desenvolvimento (associados com o crescimento e desenvolvimento humano e com os efeitos, adversos ou não, que podem ocorrer durante o ciclo de vida); por desvio de saúde (que sucedem em situações de doença, défice ou lesão ou em sequência de medidas de diagnóstico e tratamento). Quando há uma lacuna entre o que as pessoas devem fazer para satisfazer as suas exigências de autocuidado e o que as mesmas conseguem fazer, surge o défice de autocuidado, no qual a enfermagem surge como um serviço de ajuda.

A Teoria do Défice de Autocuidado é o cerne da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado. Nesta, é justificada a necessidade de intervenção da enfermagem, pela subjetividade da maturidade das pessoas, que limitam o seu conhecimento dos requisitos necessários a um cuidado de saúde regulador e impedem o empenho contínuo necessário a medidas de funcionamento e desenvolvimento adequados, quer a si quer aos seus dependentes (Orem, 2001). Assim, são reconhecidas cinco formas possíveis da enfermeira intervir junto da pessoa: “1. agir ou fazer pelo outro; 2. orientar e direccionar; 3. prestar apoio físico ou psicológico; 4. proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; 5. ensinar” (Orem, 2001, p.56).

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem são explicitadas a estrutura e conteúdo da prática de enfermagem, que se pode expressar com o intuito de satisfazer as necessidades de autocuidado do paciente, sendo por isso perspectivada como uma

ação intencional que desencadeia resultados que beneficiam os indivíduos de uma forma específica (Orem, 2001).

Os sistemas de enfermagem têm por base as necessidades de autocuidado do paciente e as suas capacidades reais para as desempenhar. Orem identificou três sistemas de enfermagem que permitem dar resposta aos requisitos de cuidado do paciente, sendo eles: o totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o de apoio-educação. O sistema totalmente compensatório surge quando existe uma incapacidade, por parte do paciente, em realizar ações de autocuidado que envolvam: deambulação, movimentos de manipulação ou a existência de uma prescrição médica que limite a realização de atividades, estando implícito o requisito de autocuidado de desvios de saúde (Orem, 2001, p.352). O sistema parcialmente compensatório é iniciado quando a “enfermeira e o paciente estabelecem medidas de cuidados e outras ações que envolvem tarefas de manipulação ou de deambulação” (Orem, 2001, p. 354), variando nele a distribuição de responsabilidade pela execução das tarefas. Por último, no sistema de apoio-educação o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado ou pode aprender a fazê-lo, contudo, necessita de assistência para tal (Orem, 2001, p.354). Ou seja, neste último sistema, o principal papel da enfermeira é o de estimular o indivíduo a capacitar-se para o autocuidado, atuando como guia, suporte e pelo ensino.

Apesar de a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado ser considerada complexa, no que diz respeito à linguagem e à estrutura, possibilita uma abordagem holística e abrangente dos indivíduos, permitindo ao enfermeiro intervir de forma efetiva e responder às necessidades reais da pessoa (Vitor, Lopes, & Araujo, 2010). Por conseguinte, permite à pessoa tomar iniciativa, responsabilizando-se pelo seu autocuidado, bem como desenvolver estratégias que a ajudem no seu percurso de vida, com vista ao alcance da saúde e bem-estar.

No trabalho realizado por Lessmann & Borenstein (2011), os autores, ao utilizarem a mesma teoria, referem-na como facilitadora da identificação dos défices de autocuidado das pessoas, favorecendo o planeamento e implementação de atividades de reabilitação. Queirós, Vidinha e Filho (2014, p. 163) acrescentam ainda que a teoria é “uma combinação particular de propriedades conceptuais comuns a todas as circunstâncias de enfermagem, pelo que deve ser apropriada por todos aqueles que se ocupam da disciplina e profissão de enfermagem”.

Resumidamente, e enquadrando a teoria no quadro de referência dos EEER, devem ser identificadas as necessidades de autocuidado da pessoa, se as mesmas

estão satisfeitas e, se não estão, qual o motivo. Posteriormente, definir qual o método de ajuda da enfermeira para o doente e de que forma o irá realizar, de acordo com a dependência do outro, isto é, se o substitui, auxilia ou apenas supervisiona. O enfermeiro de reabilitação deverá identificar os défices de autocuidado e traçar intervenções fundamentadas, avaliando os resultados das mesmas, algo que coaduna com o processo de enfermagem proposto por Orem (2001).

No cerne deste trabalho, a reabilitação deve centrar-se nos requisitos de desvios de saúde, associados ao diagnóstico médico de AVC, que poderá ajudar na prevenção de complicações e diminuição da incapacidade (Orem, 2001). Assim, entende-se a dependência no autocuidado como um “foco central nos cuidados dos enfermeiros, particularmente os EEER, numa orientação para capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõem cada um dos diversos elementos do autocuidado” (Petronilho & Machado, 2017, p. 8). O cuidado de enfermagem emerge quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado, mas também quando a mesma necessita de lidar com as complicações decorrentes de uma situação de doença ou dependência, variando consoante a sua complexidade e importando, para tal, o conhecimento e habilidades adquiridas pelo treino e experiência.

(Nota: neste subcapítulo é utilizado o termo paciente em consonância com a tradução direta do termo “*patient*” da teórica)

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Neste capítulo, será espelhado o percurso de desenvolvimento de competências como EEER, enquadrando os objetivos e atividades desenvolvidas nos respetivos locais de estágio, com as competências preconizadas pela OE, quer as comuns para o EE, quer as específicas para o EEER, quer as mais direcionadas para a temática em estudo. Primeiro, são caracterizados, sucintamente, os locais de estágio e de seguida, por subcapítulos, são analisadas as competências de forma separada. Ao longo dos subcapítulos, será ainda feita referência ao alcance das competências mais específicas, definidas no projeto de formação e o seu enquadramento lógico com os objetivos e atividades definidas para tal (ver apêndice I).

2.1. Breve Contextualização dos Locais de Estágio

Para a consolidação de conhecimentos, realizaram-se dois estágios ao longo do terceiro semestre, com a duração de cerca de nove semanas cada um e onde se desenvolveram competências como EEER. Os locais foram selecionados de acordo com a tipologia de doentes que integram, bem como a possibilidade de desenvolver as competências preconizadas. Deste modo, foi realizada uma entrevista exploratória, semi-estruturada, em cada contexto, com um guião previamente elaborado (apêndice III), tendo sido percecionadas as características chave dos mesmos. Num terceiro momento, foi realizado um estágio de observação numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), de forma a proporcionar um contacto com a intervenção do EEER na comunidade.

O primeiro local de estágio foi um hospital de Lisboa, num serviço de medicina física e reabilitação. A equipa de enfermagem é composta por 15 enfermeiros, incluindo o enfermeiro chefe, sendo que 5 desses enfermeiros são EEER. O serviço tem 18 camas, divididas por 4 quartos, cada um deles com quatro camas, sendo que metade do serviço são homens e a outra metade mulheres. As pessoas que entram na unidade são referenciadas após uma seleção médica, com critérios específicos. Os diagnósticos clínicos mais prevalentes na unidade são: AVC (isquémico e hemorrágico), traumatismos vertebro-medulares (TVM), síndrome de imobilidade, mioclonias, politraumatismos e fraturas do fémur (submetidas a encavilhamento ou

artroplastias totais), sempre com o objetivo de reabilitação, na tipologia de internamento. A duração do internamento poderá ser de 3 semanas a 3 meses, consoante a evolução, sendo critérios de alta: atingir os objetivos, atingir o grau de funcionalidade que não justifique tratamento em regime de internamento; estabilização da funcionalidade (pela avaliação de escalas); existência de complicações médicas que impeçam o programa de reabilitação e a falta de adesão ao tratamento.

Existe uma articulação diária dos doentes com a equipa multidisciplinar, nomeadamente ao nível da terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia, enfermagem, medicina e outras equipas que se sinalizem como necessárias. Para além disso, os doentes podem usufruir de consultas de mesoterapia, em internamento ou ambulatório, da consulta de reabilitação do pavimento pélvico, gerida por uma das enfermeiras especialistas e de idas a casa ao fim-de-semana, durante o período de internamento, o que permite a perceção das dificuldades que a pessoa sentirá no regresso ao seu domicílio e quais as alterações necessárias no mesmo. Assim, o EEER poderá fornecer estratégias que permitam uma melhor integração no ambiente familiar e facilitar este processo de readaptação.

O segundo local de estágio foi uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), nos arredores de Lisboa, que funciona no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A nível físico, a unidade dispõe de 21 camas, distribuídas por 7 quartos individuais e 7 quartos duplos. Tem disponível um ginásio, com ajudas técnicas e materiais utilizados na reabilitação dos doentes, que são utilizados pelos EE. Funciona com uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicóloga, assistente social, animadora sócio-cultural, assistente espiritual, nutricionista, auxiliares de ação médica, administrativas e voluntários), da qual fazem parte três EEER, onde se inclui o chefe do serviço. Os doentes entram na unidade mediante critérios, previamente estabelecidos para uma UMDR, sendo os diagnósticos médicos mais frequentemente encontrados o AVC, fraturas diversas e síndromes de imobilidade após internamentos prolongados.

Como projetos inovadores, a unidade possui o projeto de autogestão terapêutica, o projeto de autocuidados; projeto de follow-up pós alta e ensinamentos variados à família e utentes para o regresso ao domicílio.

No final do percurso de estágio, durante uma semana, foi possível a integração numa ECCI, nos arredores de Lisboa, que atua em contexto comunitário, ao nível dos

cuidados de saúde primários e faz, muitas vezes, a referenciação para as outras unidades da RNCCI. Estas equipas, multidisciplinares, dão resposta às necessidades da pessoa que não necessita de internamento, mas que não é capaz de se deslocar, possuindo suporte social suficiente que lhe permite permanecer em sua casa. A equipa funciona em horário alargado, de segunda a sexta, da qual fazem parte três EEER, embora uma delas com foco no âmbito dos cuidados paliativos.

A RNCCI surge, em 2006, na tentativa de satisfazer as necessidades da população que, pelo envelhecimento e predomínio de doenças crónicas, necessita de um modelo de cuidados de longa duração. A oficialização dá-se em Diário da República pelo Decreto-Lei (DL) n.º 101/2006, de 6 de junho, e alterada pelo DL n.º 136/2015, de 28 de julho. A mesma tem como objetivo geral “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Art.º 4º, DL n.º 101/2006, p. 3858) e, mais especificamente, objetiva a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência e a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder.

Segundo a OE (2009b, pp. 22-23), o EEER, por se dirigir “à recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objectivo de preparar o regresso a casa, de que resultam ganhos em saúde significativos” é elemento fulcral nas “unidades de convalescença, média e de longa duração e ECCI domiciliárias”. O EEER é dotado de competências específicas, que lhe permitem elaborar planos de intervenção que promovem a recuperação funcional, o autocontrolo e o autocuidado, capacitando a pessoa dependente e o cuidador/familiar a lidarem com a situação de dependência. As intervenções de ER levam a ganhos de saúde na reabilitação ou readaptação da pessoa, tendo como alvo a construção de um projeto de saúde de forma livre e responsável, pelo que se percebe como fulcral a atuação dos EEER numa UMDR e nas ECCI, onde foram realizados os estágios, bem como a um nível hospitalar.

2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Longo é o percurso de aquisição de competências, ao qual está subjacente um trabalho teórico intenso e uma aplicação prática reveladora de conhecimentos. Neste subcapítulo, proponho analisar e descrever as competências comuns do EE, recorrendo, para tal, às atividades desenvolvidas em estágio e aos quatro domínios das mesmas: (A) responsabilidade profissional, ética e legal; (B) melhoria contínua da qualidade; (C) gestão dos cuidados e (D) desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que serão explorados por ordem, ao longo deste subcapítulo. No campo das competências comuns defini, inicialmente, no projeto, cinco objetivos (cf. apêndice I), com as respetivas atividades e recursos a mobilizar, pelo que, no final deste subcapítulo, farei uma breve análise à sua consecução.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o EE é

o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (DL n.º161/96, p. 2960).

As suas competências permitem-lhe a prestação de cuidados em vários domínios e níveis de intervenção, ao longo do ciclo de vida, sendo que as mesmas decorrem do aprofundamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizadas nas competências comuns e específicas (OE, 2010a). Assim, espera-se do EE, os conhecimentos e capacidades necessárias à prática de uma enfermagem avançada.

Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A), discorre a tomada de decisão, implícita na minha prática ao longo dos estágios, que sustentei nos princípios éticos e no código deontológico do enfermeiro, bem como nas normas de conduta de responsabilidade ético-legal, cujo reconhecimento foi espelhado nas decisões tomadas.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o processo de tomada de decisão, do domínio da cognição, diz respeito aos “processos mentais para determinar o curso de ação, baseados na informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos” (International Council of Nurses, 2016, p. 74). Daqui advém, com clareza, a necessidade impreterível com que me deparei, de realizar um bom julgamento crítico sobre uma decisão a tomar, analisando os pontos a favor e contra, as alternativas existentes e

os recursos, dentro do que são as possibilidades de decisão viáveis. Neste processo, incluí a pessoa e/ou seu representante legal, como forma de não incorrer no incumprimento dos dispositivos legais e normas de conduta, tendo sempre em conta os princípios éticos inerentes à tomada de decisão do EE, em qualquer contexto.

Frequentes e complexas são as situações em que os EE são chamados a tomar decisões que implicam o confronto de princípios éticos. Numa das situações, na UMDR, foi solicitado o parecer do enfermeiro orientador sobre o levante de uma senhora, com dor pós-artrodese de duas vértebras lombares. Após discussão do caso, comigo e com a equipa médica, pareceu-nos uma melhor solução optar pelo princípio da não-maleficência, uma vez que a senhora verbalizava dor de grau 8 (escala numérica) quando sentada. Assim, após um controlo sintomático da dor (que reduziu para grau 3/4, tolerável pela senhora), realizámos exercícios de fortalecimento muscular, abdominal e dos MI, que facilitassem a permanência sentada e, ao mesmo tempo, impedissem a debilidade muscular decorrente da imobilidade no leito. Quando a senhora referiu estar preparada para tal, iniciámos o levante, nesta altura, para cadeira sanitária, onde a mesma realizava os seus cuidados de higiene, com ajuda mínima, e regressava ao leito. Progressivamente passou para cadeirão e depois para cadeira de rodas, podendo, nesta altura, deslocar-se com a família pela unidade nas visitas, não tolerando, no entanto, levantes de mais de 3h. Conscientes dos benefícios do levante, mas confrontando o princípio da beneficência, face ao da não-maleficência, neste caso, optou-se por privilegiar o segundo face à condição da senhora. Para além disso, foi respeitada a sua autodeterminação e vontade no processo de reabilitação, o que está subjacente aos princípios do código deontológico do enfermeiro, normativo da conduta profissional. Um outro exemplo, no domicílio, no estágio na ECCI, foi a decisão de não realizarmos treino de marcha na rua com um senhor, cujo equilíbrio dinâmico em piso irregular ainda era instável e dado que as condições climatéricas eram propícias ao aumento do risco de queda, substituindo esta atividade por exercícios de fortalecimento muscular e de treino de equilíbrio no interior da habitação.

Nos ensinamentos clínicos, as pessoas puderam tomar decisões sempre com base em informação fidedigna, que lhes era transmitida antecipadamente, de modo a que fossem capazes de realizar escolhas informadas e, assim, fazer pleno uso da sua autonomia. Sem razão fundamentada para tal, verifiquei que, frequentemente, as famílias/cuidadores têm tendência em assumir um papel paternalista em relação às pessoas, substituindo-os nas suas decisões e impedindo-os de expressar a sua

vontade, sobretudo quando as mesmas estão no domicílio. Esposas que respondem pelos maridos, filhas que respondem pelas mães são situações muito recorrentes no âmbito de cuidados, pelo que, por vezes, tive necessidade de os alertar para que tivessem em conta a vontade da pessoa alvo dos cuidados, o que aconteceu numa das visitas domiciliárias realizadas, no contexto do estágio da ECCL. Um dos senhores sentia-se mais cansado num dos dias, sem nenhuma causa fisiológica aparente, recusando o treino marcha em escadas e tendo pedido que alterássemos o plano de intervenção, sendo que sugerimos realizar treino de marcha, em piso plano, no corredor. A esposa interveio junto da equipa e tentou que mantivéssemos o estipulado, mesmo contra vontade do seu marido, tendo-lhe sido explicado as razões para a alteração e a necessidade de ter em conta a vontade do seu esposo.

Na definição dos planos de cuidados, foi ainda garantido o respeito pelos direitos da pessoa e sua família e pelas suas crenças e valores, incluindo-os nas decisões sobre os mesmos. Incluir a pessoa e sua família nos cuidados e estabelecê-los de acordo com as suas reais necessidades são fatores determinantes do sucesso, uma vez que as pessoas aderem mais facilmente às atividades propostas. Um exemplo disso foi uma senhora de quem cuidei, em âmbito hospitalar, com hemiparésia do hemicorpo direito, decorrente de um AVC hemorrágico nucleocapsular. Embora o plano de intervenção de ER fosse abrangente, a senhora apenas se empenhava nas atividades relativas à mobilidade nos MI e na recuperação da sua capacidade de adotar o ortostatismo e marcha. Assim, embora a intervenção tenha sido global, as mobilizações (ativas e assistidas) dos MI foram realizadas de forma mais intensa e regular, bem como o treino de transferências para a cadeira de rodas. A partir do momento em que a senhora se conseguiu colocar em posição ortostática, com ajuda de terceira pessoa, ficou mais entusiasmada no seu processo de reabilitação e começou a colaborar nas restantes atividades terapêuticas, realizando, inclusive, ao longo do dia e de forma autónoma, outras atividades, como as automobilizações, algo que não fazia anteriormente.

Os estágios permitiram ainda estar alerta para alguns pormenores de ER, a considerar no estabelecimento dos planos. Nem sempre a definição de planos de cuidados de reabilitação é assim tão linear, uma vez que as pessoas são seres complexos, com múltiplas características, personalidades e comorbilidades. Por exemplo, embora o que tenha motivado o internamento hospitalar do Sr. J.C. fosse o facto de requerer reabilitação, após ter sofrido um AVC isquémico no hemisfério direito, os seus antecedentes pessoais de saúde implicavam a gestão da intervenção.

O Sr. J.C. tinha uma doença renal crónica, estadio IV, sob hemodiálise 3 vezes por semana. O treino de marcha com o senhor, em piso plano, tinha de ser ajustado para o dia seguinte à realização da hemodiálise, caso contrário, o mesmo evidenciava dispneia e cansaço fácil, impossibilitando o treino e implicando riscos acrescidos para a sua saúde. É assim, imprescindível, a correlação e gestão de todos os problemas das pessoas cuidadas, sob pena de inviabilizar o processo de recuperação ou agravar estados clínicos. Este assunto alerta-nos ainda para a necessidade de termos um olho clínico macro e crítico, que viabilize a avaliação e, conseqüente, intervenção. Por exemplo, no caso citado, o score de dependência seria, decerto, agravado nas manhãs correspondentes ao dia de realização do tratamento do senhor, daí a necessidade de contemplar todos os aspetos inerentes à pessoa e não apenas o problema potenciador da necessidade de ER.

Importa ainda referir que, na consecução do direito à confidencialidade foi sempre assegurado o anonimato das pessoas cuidadas, nos estudos de caso realizados, bem como das instituições onde decorreram os estágios e dos enfermeiros orientadores, omitindo informações que pudessem identificar as pessoas envolvidas em todos os documentos potencialmente tornados públicos.

Do segundo domínio, relacionado com a melhoria contínua da qualidade (B), emergem as necessidades inerentes à profissão de constante atualização. Como EE, dotados de competências acrescidas, devemos ser promotores de ambientes de trabalho seguros, que permitam uma prática de qualidade, com vista à melhoria contínua. Devemos também assumir-nos como peritos na nossa área de intervenção e levar a cabo ações específicas que permitam difundir práticas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de ER. Daqui adveio a minha atuação face ao levantamento de necessidades de formação dos serviços onde realizei os estágios, compatíveis com os meus objetivos pessoais e que pudessem ser uma mais-valia no processo de melhoria contínua. No primeiro estágio, em conjunto com outra colega, após uma primeira semana de observação, identificámos as lacunas do serviço e aspetos que poderiam ser melhorados a nível de intervenção e formação, nomeadamente na atuação do EEER. Identificámos como áreas de expansão: a avaliação inicial e parametrização dos registos de ER, a prevenção da síndrome do ombro doloroso, a necessidade de ensinios de exercícios de fim-de-semana para os doentes que iam a casa e o treino de motricidade fina. Após discussão com o enfermeiro orientador, e validando trabalhos realizados anteriormente por colegas, tomámos uma decisão face à nossa intervenção, que pudesse trazer contributos para

o serviço e para o desenvolvimento das nossas competências, fomentando as aprendizagens profissionais.

Consequentemente, emergiu a necessidade de criar um documento padronizado de avaliação e registos de ER (ver apêndice IV), uma vez que não havia uma colheita de dados sistematizada e informatizada pelos EE e o sistema de informação utilizado no serviço não inclui atividades específicas para o trabalho dos enfermeiros de reabilitação. Assim, o documento permite a monitorização da evolução funcional da pessoa no internamento e espelha o trabalho do EEER, permitindo ao mesmo o registo da sua avaliação e intervenção de forma mais sistematizada e garantindo a continuidade de cuidados. Pessoalmente, numa primeira fase, permitiu-me, enquanto estudante, organizar o pensamento e sistematizar os dados colhidos, bem como a orientar os registos escritos. É de ressaltar que o instrumento elaborado sofreu várias alterações ao longo do tempo, foi submetido à análise por parte dos EE e testado várias vezes ao longo do estágio, pelo que se apresenta a versão final, adaptada ao serviço, a qual foi apresentada formalmente no final do estágio, aos colegas e ao enfermeiro chefe, que se encarregou de a homologar para integrar os documentos do serviço.

Os cuidados de ER necessitam de ser documentados, bem como a tomada de decisão inerente, sendo da responsabilidade dos EEER a produção e gestão da informação que influencia a qualidade e os resultados dos cuidados prestados (OE, 2014b). Assim, a elaboração do documento acima referido, que se pretendeu que não fosse estanque, teve como desígnio impulsionar esta mesma responsabilidade, ambicionando a máxima de contribuir para o desenvolvimento da profissão. Objetivando que os cuidados especializados do EEER podem ser prestados nos diferentes contextos da prática clínica (OE, 2018), e não sendo os sistemas de informação uniformizados, é necessário que tenhamos o primor necessário ao registo, análise e monitorização dos cuidados prestados, para que possamos contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde. Neste sentido, em todos os meus turnos, realizei registos de ER, onde descrevia os planos de intervenção realizados ao longo do turno com os doentes e evidenciava as alterações verificadas, permitindo que o colega, ou quem lesse, se ficasse com alguma dúvida da passagem de turno, pudesse assegurar a continuidade de cuidados. Estes registos eram submetidos em notas gerais nos respetivos sistemas de informação, uma vez que o resumo mínimo de dados em utilização, não possuía intervenções sistematizadas que espelhassem adequadamente o trabalho do EEER.

Em concordância com o mesmo domínio, na obtenção de um ambiente seguro, foram tomadas várias decisões sobre materiais e equipamentos que melhor se adaptavam às pessoas e às situações, transmitindo informações, de forma informal, sobre medidas de segurança aos pares, cuidadores e outros profissionais. É de ressaltar que, para a minha autonomia neste domínio, foi fulcral a presença dos enfermeiros orientadores, que foram corrigindo fatores importantes para a prestação de cuidados num ambiente seguro, nomeadamente sobre a aplicação dos princípios de mecânica corporal. Utilizei, sempre que possível, meios que me permitissem alcançar este fim, nomeadamente, as ajudas técnicas, ou adaptava recursos, possibilitados pela transmissão da experiência dos enfermeiros orientadores. Por exemplo, no hospital, após os cuidados de higiene em cadeira sanitária, dos doentes com AVC (e outros) com equilíbrio estático sentado mantido, realizávamos a transferência dos mesmos para uma cadeira normal, que era facilitador para o treino de vestir e despir. Não existindo cintos de transferência a nível hospitalar, para ajudar a pessoa com equilíbrio em pé instável ou com diminuição da força muscular dos MI a sentar-se na cadeira, com segurança, colocávamos uma toalha de banho (ou lençol) dobrado à volta da cintura, com o mesmo objetivo do cinto, acrescentando a possibilidade de poder imobilizar membros superiores plégicos e impedir a luxação do ombro nas transferências. No mesmo âmbito, numa senhora com paraplegia flácida, por lesão medular (pós-laminectomia descompressiva de L1), utilizei a ajuda técnica da tábua de transferência, na transferência do leito para a cadeira de rodas (e vice-versa) e integrei a família (neto e filha) nos ensinamentos, uma vez que a senhora iria regressar ao seu domicílio após o internamento estimado de três meses.

Realizei ainda a adaptação da pessoa às ajudas técnicas, bem como o seu inverso, adaptando a ajuda técnica às particularidades da pessoa, quer na altura ou características individuais. Por exemplo, atribuí as cadeiras de rodas de condução unilateral, disponíveis no hospital, à pessoa com hemiparesia/hemiplegia, que facilitavam a sua deslocação no serviço e tive necessidade de ajustar a altura dos pedais das mesmas para uma pessoa com paraplegia, assegurando o alinhamento corporal. Do mesmo modo, recomendei a pessoa, ou a família, sobre o calçado a utilizar, de forma a evitar perigos, que deve ser fechado, com atacadores ou velcro resistentes e fáceis de apertar, sola antiderrapante, salto baixo e quadrado, que mantenha a estabilidade, e entressola fina e firme, que permita sentir o chão pisado (Menant, Steele, Menz, Munro, & Lord, 2008).

A nível dos recursos materiais de proteção individual, utilizei sempre calçado fechado, antiderrapante e confortável, evitando possíveis acidentes e utilizei máscara de proteção sempre que se verificava necessário para a Reeducação Funcional Respiratória (RFR). As camas hospitalares e da RNCCI eram ajustáveis em altura, permitindo um melhor ajuste à minha altura e centro de gravidade. No entanto, no domicílio, algumas pessoas não tinham camas articuladas, o que dificultava a nossa intervenção, nomeadamente ao nível das mobilizações no leito e implicava ter de aumentar a base de sustentação e baixar o centro de gravidade.

Nos ensinos à equipa, sensibilizei ainda as assistentes operacionais, em momentos de cuidados, para a importância da utilização dos mesmos equipamentos e dos princípios de ergonomia e mecânica corporal, associados às transferências e levantes, numa lógica de proteção individual e do doente. Dos princípios para uma correta mecânica corporal, referidos pela OE (2013), destaquei alguns com as assistentes operacionais: utilizar equipamento regulável em altura e auxiliares mecânicos sempre que possível; manter a região dorso-lombar direita, fletir os joelhos e colocar a força nos músculos dos membros inferiores; evitar movimentos de rotação e flexão da coluna; colocar a pessoa o mais próximo possível do corpo e repartir os movimentos e o peso com colegas, sempre que acharem necessário e for possível. Princípios estes difundidos às famílias e cuidadores informais, quando estes ficavam responsáveis pelos cuidados em casa.

Do domínio da gestão dos cuidados (C) foco sobretudo a ampla experiência que me foi possibilitada na ótica do meu percurso de estágios, podendo acompanhar o percurso de referenciação e acolhimento de um doente na RNCCI. A nível hospitalar, pude experienciar o processo de referenciação dos doentes pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) e, a nível comunitário, pela ECCI, sendo que, posteriormente, pude receber doentes referenciados por estas mesmas equipas na UMDR, gerindo a sua alta após o tempo de duração de internamento. A referenciação é realizada de acordo com os requisitos definidos no DL n.º101/2006, bem como na Portaria n.º50/2017, aquando do diagnóstico de situação de dependência. O EE, enquanto membro das equipas tem o dever de sinalizar a pessoa com critérios para ingresso na RNCCI, através de uma adequada avaliação de enfermagem e da elaboração da classificação do grau de funcionalidade da mesma, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Assim, fiz parte da intervenção multisectorial e multifacetada do Enfermeiro, nas várias fases do processo da RNCCI, quer na prestação direta de cuidados, ou como elemento referenciador, bem

como na ajuda à realização de objetivos mais específicos de cuidados, como, neste caso, os de reabilitação.

Destaco igualmente a este nível a minha integração nas equipas de enfermagem, em ambos os estágios que, embora progressiva, considero ter sido fácil e promotora de aprendizagem. Embora inicialmente com alguma dificuldade em assumir o papel de EE, todos os contextos foram facilitadores deste processo de transição. Para além disso, alguns colegas, não especialistas, solicitavam já a minha opinião sobre determinados assuntos ou doentes, como, por exemplo, na melhor forma de transferir um doente ou na capacidade que ele tinha de realizar autonomamente as ABVD, de acordo com a minha avaliação, para eles mesmo a pudessem incentivar.

Do mesmo modo, a integração nas equipas multidisciplinares foi igualmente fácil e permeabilizadora de aprendizagens. No segundo estágio, na UMDR, pude participar numa das reuniões multidisciplinares, onde está presente um EEER e que se realizam semanalmente, às quartas-feiras. Nestes momentos, são validados os planos de intervenção dos doentes internados e estabelecidas ou redefinidas metas de atuação, agendando datas possíveis para as conferências familiares. Embora a minha presença apenas tenha sido possível uma vez, foi notória a minha visão global sobre os doentes. Pude intervir em vários momentos, fornecendo pormenores sobre a minha avaliação do estado mental de uma senhora, sobre a função motora (força e tónus) e sensitiva de outra senhora e ainda emitir o meu parecer sobre as alterações cognitivas de uma outra, com leucoaraiose e um *fasekas* de grau 3. Foi uma senhora na qual participei na admissão e, por desconhecer o que se tratava, realizei uma breve pesquisa, o que possibilitou o meu contributo na reunião. A leucoaraiose é até bastante comum, sobretudo em pessoas com AVC, e corresponde à perda de substância branca junto aos ventrículos laterais, sendo responsáveis por défices cognitivos, sintomas depressivos, disfunção urinária e défices motores, que contribuem para perda de independência nas AVD (Baune, Schmidt, Roerler, & Berger, 2009; Smith, 2010). Nesta senhora, de 57 anos de idade, eram evidentes os sintomas depressivos e o humor disfórico, que, embora associados igualmente à área de envolvimento do AVC (o seu diagnóstico de entrada), poderão estar relacionadas também com a doença descrita anteriormente.

A gestão de cuidados, implicitamente, requer a gestão de recursos, quer sejam humanos ou materiais. Em todos os estágios esta gestão foi realizada, mas notei que a mesma tem um papel mais importante ao nível da comunidade. Existindo apenas dois EEER na equipa e estando as visitas domiciliárias agendadas diariamente é

necessária uma boa articulação com as outras equipas, nomeadamente as de apoio domiciliário, que ajudam as pessoas, maioritariamente, nos cuidados de higiene e no vestir/despir ou mesmo com as famílias. Por exemplo, tendo programado realizar treino de marcha no exterior com um utente e o mesmo não estar vestido, poderá condicionar a gestão de tempo, que efetivamente é condicionado.

Faz parte igualmente da gestão de recursos e da otimização dos cuidados a articulação com outros membros da equipa multidisciplinar, que, nem sempre é feita em reuniões multidisciplinares. Em todos os estágios, foi necessário articular com as assistentes sociais, que têm um maior domínio do nível sócio-económico das pessoas e recursos externos. A nível hospitalar, solicitámos ajuda para conhecer o tipo de apoios que algumas pessoas poderiam usufruir na comunidade, quer a nível de institucionalização num local adequado às suas necessidades, quer na possibilidade de obter apoio domiciliário. Num nível comunitário, após a nossa avaliação de equilíbrio e marcha de uma das senhoras, com hemiartroplastia da anca à esquerda, solicitámos a compra de um andarilho, que a filha referiu ser muito difícil de sustentar economicamente no momento. Assim, após articulação com a assistente social de referência, foi possível a sua aquisição através do sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA), criado pelo DL n.º93/2009 e alterado pelo DL n.º42/2011, o qual funciona através de critério específicos, pela prescrição do médico de família, no caso da ECCI, e que se traduz na comparticipação da ajuda técnica a adquirir, dentro de uma listagem específica. Esta ajuda abrange igualmente o hospital, no entanto, necessita de uma prescrição por médicos da respetiva especialidade.

Na mesma lógica de otimização de recursos financeiros, nas intervenções de RFR e RFM, no domicílio, adaptei os instrumentos a produtos que as pessoas tinham em casa, para que não fosse necessário comprar. Por exemplo, para o treino de força, em vez de halteres, utilizei garrafas com água ou areia ou pacotes de arroz. Em vez da ajuda técnica do bastão, para a RFR, utilizava o cabo da vassoura ou da esfregona ou mesmo um guarda-chuva. Para o treino de motricidade fina adotei as massas pequenas (tipo cotovelinhos), que as pessoas poderiam transpor de um copo de vidro ou plástico para outro, ou clips, que poderiam entrelaçar uns nos outros.

A otimização da gestão dos cuidados é transversal a uma boa colheita de dados. O EEER implementa intervenções que visam a independência funcional e a melhoria da qualidade de vida da pessoa. Embora em todos os contextos tenha realizado colheitas de dados que englobassem os ambientes domiciliários, foi muito mais facilitador poder fazer parte do contexto comunitário, para conhecer as reais

dificuldades das pessoas. No estágio na ECCL, pude avaliar adequadamente as condições habitacionais das pessoas e, embora não tenha sido possível realizar grandes adaptações, foi possível verificar que a simples largura de uma porta, para uma pessoa com AVC, que se desloca em cadeira de rodas, condiciona toda a dinâmica familiar e a qualidade de vida do doente. Para além disso, neste contexto, estive mais atenta aos perigos e a como evitá-los e alertei, por exemplo, uma das senhoras com equilíbrio dinâmico instável, para a necessidade de remover tapetes, que propiciam o risco de queda, ou adotar a colocação de antiderrapantes.

Do domínio das aprendizagens profissionais (D), destaco a minha capacidade de análise situacional e de identificação precoce das oportunidades de aprendizagem, nos contextos de estágio. Existindo situações novas e que me possibilitariam novos conhecimentos, planeava sempre as intervenções para essas situações, em conjunto com os enfermeiros orientadores e intervinha. Para além disso, tendo doentes atribuídos, não esgotava a minha intervenção nos mesmos, tentando abranger outras pessoas nos ensinamentos, treinos de marcha, treino de alimentação ou outras atividades. Ao nível ainda deste domínio, destaco a minha necessidade de ir fazendo algumas reflexões escritas, notas de campo e registos diários das atividades realizadas, que facilitaram, não só o meu pensamento crítico e reflexivo e a estruturação do pensamento, como também a sua inclusão no presente relatório de estágio.

A constante interação com a pessoa e sua família permitiu igualmente o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, fomentando uma relação terapêutica e permitindo uma comunicação mais eficaz, na ótica dos cuidados, não desvinculando o trabalho emocional que é necessário fazer em algumas relações.

Outra aprendizagem que considero importante, e não apenas enquanto EEER, é a nossa postura na realização dos cuidados, que apenas é possível ter noção pelo autoconhecimento e pela metacognição. A metacognição implica a capacidade de eu ser capaz de pensar sobre o meu próprio pensamento e produzir um discurso sobre tal. Inicialmente um pouco hesitante em assumir os cuidados e o saber relativo aos cuidados de enfermagem de reabilitação, verifiquei que esta postura trazia consequências à pessoa, nomeadamente sentimentos de insegurança e um clima de pouca confiança. Um exemplo disso foi uma senhora que reusou cuidados de ER no início do primeiro estágio, pois transpareceu a minha inquietude inicial. Refletindo sobre o mesmo, e fazendo um processo de autoanálise, foi possível a mudança de papel, e o assumir o controlo dos cuidados de ER, permitindo, à mesma senhora, em turnos seguintes dizer mesmo: “agora já estou a ganhar mais confiança”, o que

possibilitou a realização de exercícios, mobilizações e outras atividades terapêuticas, que até então tinham sido impossíveis de realizar.

O interesse contínuo no aprofundamento de conhecimentos sobre determinadas práticas, com recurso à bibliografia, permitiu realizar formações à equipa de enfermagem, uma delas sobre a melhoria da função motora da pessoa após um AVC, que se enquadra dentro da problemática em estudo. No âmbito desta formação (ver diapositivos de apresentação em apêndice V), divulguei o resultado da minha pesquisa mais aprofundada sobre as técnicas de reeducação motora utilizadas na reabilitação da pessoa com AVC. Após debater ideias e discutir alguns artigos com o meu orientador, sobre a problemática em estudo, destacámos a terapia de espelho, que não seria do conhecimento de todos os profissionais do serviço. Assim, decidimos que deveria divulgar os dados à equipa de enfermagem, o que foi feito no último dia do final do primeiro estágio, numa curta sessão, com recurso ao método expositivo e demonstrativo (ver plano de sessão em apêndice VI). Após uma introdução teórica, foi simulada a atividade, com uma das enfermeiras do serviço, com um impacto bastante positivo na equipa, que se mostrou bastante interessada, recetiva e participativa na demonstração da atividade.

No domínio das aprendizagens e na procura de uma prática baseada na evidência, como já anteriormente referido, foi privilegiada a pesquisa bibliográfica de artigos científicos, com recurso às bases de dados, e de literatura existente na biblioteca, bem como de normas e circulares informativas atuais e revistas e jornais da área da saúde, nomeadamente os de neurologia.

Em jeito de balanço, considero que, dos objetivos definidos no projeto para o nível de competências comuns do EE, todos foram alcançados com viabilidade, conforme as atividades programadas e os recursos mobilizados, e desenvolvidas competências além das convencionadas inicialmente, como foi sendo descrito neste subcapítulo, podendo mesmo afirmar a prospeção de um grau de perícia nesta área.

2.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O EEER é dotado de conhecimentos específicos e experiência que lhe permite intervir junto da pessoa com necessidades especiais, com vista a maximizar o seu potencial funcional, minimizar as sequelas e melhorar a sua autonomia (OE, 2010b). Neste subcapítulo será explorado o caminho de atividades realizadas na aquisição de competências específicas de ER, as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas para as colmatar. Para este campo, foram definidos inicialmente quatro objetivos específicos (cf. apêndice I), sob os quais será realizado um balanço no final deste subcapítulo, à semelhança do anterior.

A aquisição de competências em ER evidenciou-se como um percurso de exploração de novos caminhos e desafios, que se pautaram como enriquecedores e de extrema importância no trabalho diário de enfermagem com as pessoas cuidadas. Espelhando as realidades encontradas nos contextos em que me inseri, penso que é impreterível fazer uma simples reflexão sobre o panorama dos cuidados de ER, quer a um nível macro de existência ou de recursos humanos, quer a um nível mais micro, de prestação de cuidados e sua real influência na qualidade de vida das pessoas.

A ER remonta às grandes guerras mundiais, derivando da necessidade de recolocar os soldados feridos e deficientes de volta às batalhas ou às suas casas. Em Portugal, o mesmo aconteceu a par dos acontecimentos da Guerra do Ultramar, com o regresso de soldados com várias sequelas físicas e a necessidade de os reintegrar na sociedade e na sua família. A par destes acontecimentos, o governo decide abrir o primeiro centro de reabilitação, integrando enfermeiras cujos estudos foram pagos nos Estados Unidos da América (EUA), sendo a partir daí que se dá início ao ensino de ER nas escolas (Schoeller et al., 2018). Embora com um corpo de competências e legislação específicas no nosso país, a ER ainda não é difundida a nível macro pelo mundo (Schoeller et al., 2018), o que significa que enfrentaremos ainda um vasto percurso de divulgação do nosso trabalho. Tal visão é compatível com o reconhecimento recente da categoria profissional de EE no serviço nacional de saúde.

No caminho de desenvolvimento da especialidade, tem sido notável o esforço dos EEER na divulgação dos seus trabalhos, fundamental para a evidência dos ganhos em saúde e da melhoria da qualidade de vida das pessoas, em várias áreas de intervenção e nas diversas fases do ciclo de vida. Importa assegurar a visibilidade dos cuidados prestados, numa lógica de desenvolvimento e valorização profissional.

Neste sentido, valida-se a existência de bases de dados, como o Repositório de Enfermagem de Reabilitação, onde são agregados e divulgados projetos de investigação científica e comunitários, acrescido ao esforço de participação dos EEER nos Congressos inter/nacionais da Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (APER), onde são igualmente divulgados trabalhos de mérito e qualidade científica. Aqui, dá-se visibilidade à ER, que traz “ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia” (OE, 2018, p. 3).

Na minha experiência de estágios, foi possível verificar que nem sempre os EEER são reconhecidos como tal nas suas instituições de atuação, nem sempre lhes é assegurado tempo de prestação de cuidados de reabilitação, mas também nem sempre os mesmos primam por dar visibilidade à sua intervenção. Os rácios enfermeiro/doente continuam a ser um problema nas nossas instituições, onde, embora existam enfermeiros com competências diferenciadas, muitas vezes, os mesmos estão afetos à prestação de cuidados gerais.

No campo das competências específicas, ressaltam três verbos: cuidar, capacitar e maximizar. Analisando o significado das palavras, posso constatar que: cuidar significa “tratar de alguém, garantindo o seu bem-estar, segurança, etc.; tomar conta de; garantir a preservação de algo; ocupar-se de; responsabilizar-se por; dedicar esforço e tempo (a algo) com determinado objetivo”; capacitar significa “tornar capaz; fazer compreender; convencer, persuadir”; já maximizar significa “dar o mais alto valor possível; levar ao mais alto grau” (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa). Assim, e numa análise breve, posso inferir que o leque de competências do EEER passa pela dedicação e cuidado à pessoa, no sentido de garantir o seu bem-estar e fornecer as ferramentas necessárias, para que a mesma seja capaz de o realizar autonomamente, no sentido do alcance máximo da sua funcionalidade e bem-estar. Explicar a aquisição destas competências separadamente é difícil, pelo que procedo à sua análise de uma forma sequencial, embora muitos dos exemplos dados sejam abrangentes.

O primeiro domínio de competências do EEER diz respeito ao cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica (J1), o que significa que o trabalho não é restrito a um serviço, hospital ou centro de saúde, nem a um grupo de pessoas, de uma determinada faixa etária. Neste processo, cuidar implica a identificação das necessidades de intervenção

especializada da pessoa, que possibilitem a definição de estratégias e a implementação de planos de cuidados especializados.

Ao longo dos estágios, realizei sistematicamente a avaliação funcional da pessoa, com vista à deteção de alterações que limitassem a sua atividade e participação social. Para facilitar e sistematizar este processo, criei, desde o início do estágio, um documento que, embora tenha sofrido alterações, foi facilitador da aprendizagem. Documento este que, como referido anteriormente, foi aceite pela equipa de enfermagem do hospital e, uma vez que o seu intuito foi de ser o mais completo possível, não é restrito às características de uma patologia específica, mas possibilita a avaliação da pessoa na sua generalidade. A nível da avaliação, comparando os contextos, posso inferir que, na comunidade, a grande diferença pauta-se pela gestão de tempo, que implica uma sistematização e priorização da mesma, consoante a nossa avaliação e as expectativas da pessoa e família.

Assim, sistematizei a minha avaliação inicial, começando pela colheita de dados gerais da pessoa, diagnóstico(s) médico(s) e antecedentes pessoais e familiares, consultando o processo clínico do doente e os meios complementares de diagnóstico, quando disponíveis. No sentido de gerir, desde início, o plano de alta, eram questionados os doentes/famílias sobre as condições habitacionais e eventuais barreiras arquitetónicas existentes e sobre o seu suporte sócio-familiar, na tentativa de uma gestão ambiental eficaz. Posteriormente, iniciava a avaliação, que optei por dividir em neurológica (estado mental e pares cranianos), sensório-motora (sensibilidade, tónus, força muscular, amplitude articular, coordenação motora, movimentos involuntários, características da marcha, equilíbrio e transferências), funcional (AVD e escalas) e respiratória. Sempre que existia uma nova entrada nos serviços, ou nos doentes que tinha ao meu cuidado, realizava a sua avaliação integral, para que pudesse ter uma perceção do estado da pessoa, mas também porque facilitava a minha intervenção e o registo da mesma.

O ambiente familiar denota uma extrema importância nos cuidados, onde se inclui quer o contexto e dinâmica familiar, quer os aspetos físicos e a existência de barreiras arquitetónicas, fulcrais em todo o acompanhamento da pessoa no seu processo de reabilitação. Integrar a família nos cuidados, permite que a mesma tenha menos dificuldades no regresso ao domicílio, contribuindo para a redução das incertezas e inseguranças e, conseqüentemente, para a redução dos níveis de *stress* do cuidador (Grant et al., 2014; Akosile et al., 2018). Justifica-se, assim, a importância da avaliação do contexto sócio-familiar da pessoa e sua dinâmica familiar. A relação que as famílias

têm entre os seus membros, o tipo de apoio que lhes podem prestar, o apoio social que possuem e os recursos comunitários existentes, são aspetos que integram a rede de cuidados e influenciam o estado de saúde da pessoa que regressou a casa. Embora nos internamentos seja possível observar a interação familiar, é mais fácil avaliar essa dinâmica em contexto domiciliário. Por exemplo, a senhora A.D., com 86 anos, vivia de forma autónoma, em Santarém, até ter sofrido uma queda no seu domicílio, da qual resultou uma fratura do fémur, submetida a hemiartroplastia esquerda. Após a alta, foi residir para o domicílio da sua filha, nos arredores de Lisboa, integrando a equipa da ECCI onde realizei estágio. Nas visitas, a D.^a A.D. realizava treino de marcha com bengala, subindo e descendo escadas sob supervisão, apresentando equilíbrio estável mesmo na rua. No entanto, apercebemo-nos que a filha manipulava o seu processo de reabilitação, não a incentivando e alterando as ajudas técnicas aconselhadas pelos profissionais de saúde. A relação com a sua mãe era conflituosa, o que implicava resílios familiares e poderia comprometer a estabilidade emocional da mesma. Neste sentido, foi necessário clarificar, junto da filha, as necessidades da D.^a A.D., que nunca admitiu a contrariedade em ser cuidadora da sua mãe. Embora já não tenha acompanhado, foi solicitada a intervenção da psicóloga e assistente social da equipa, com o objetivo de avaliação da situação. Da avaliação de ER, esta senhora não tinha critérios para ser referenciada para uma unidade de internamento da RNCCI, embora fosse essa a vontade manifesta da sua filha, pelo que teriam de ser analisadas outras opções.

A nível da avaliação neurológica realizei de forma sistemática, a vários utentes, a avaliação do seu estado mental e, caso existisse uma lesão cerebral, eram avaliados os pares cranianos. O estado mental fornece indicações sobre a memória, estado de consciência e orientação. Para além disso, era avaliada a linguagem, escrita e verbal. Alterações nos processos mentais geralmente resultam no comprometimento do processo de reabilitação, na medida em que as pessoas não integram as indicações dadas ou podem não reter a informação fornecida, pelo que é necessário a sua contemplação desde o início da abordagem. Na avaliação cognitiva da pessoa foi empregado o *Mini Mental State Examination* (MMSE), que nos fornece dados sobre os processos cognitivos e estado mental, sendo importante para validar a capacidade da pessoa em recolher, interpretar e armazenar as instruções fornecidas.

A avaliação sensório-motora é imprescindível na implementação de intervenções adequadas ao estado de saúde da pessoa, aconselhamento de estratégias adaptativas e prescrição de produtos de apoio específicos. Espelhando as alterações

sensorio-motoras, invoco o exemplo da D.^a C.D., no estágio hospitalar, uma jovem de 24 anos, com uma doença periférica neuromuscular, em estudo, que lhe causara alterações na motricidade fina e na marcha. A D.^a C.D. apresentava hipoestesia tátil e hipoalgesia ao nível do terço distal do MSD e uma marcha claudicante, por dor na mobilização da articulação tibio-társica. A mesma, dinâmica e empenhada no regresso ao seu domicílio, foi incentivada a realizar alguns exercícios de fortalecimento muscular periférico, com elásticos de forte resistência, e treino da motricidade fina, com clips (onde o objetivo era encaixar uns nos outros), botões (cujo objetivo era colocar, um a um, num recipiente) e realizar puzzles com a mão mais lesada. Tais exercícios permitiram-lhe a aquisição de maior confiança e desempenho nas AVD. Sendo uma jovem em idade ativa, na alta, o seu objetivo era regressar ao trabalho, como funcionária de caixa num supermercado, o que implicava uma melhoria no seu nível de funcionalidade, que lhe permitisse eficácia a este nível, possível após o internamento hospitalar programado de três meses.

A nível funcional, era realizada uma observação direta da capacidade da pessoa satisfazer as suas necessidades de autocuidado, monitorizando o desempenho e funcionalidade da mesma pela aplicação de escalas, que permitiam uma quantificação da capacidade da pessoa para a realização das AVD. A utilização de escalas e outros instrumentos, na avaliação inicial, evidencia-se como prioritária, na medida em que permite avaliar, com maior precisão, a evolução da pessoa, sendo um indicador indireto da adequação das intervenções realizadas e da necessidade de realizar alterações ao plano de cuidados. Para além disso, permite quantificar e mensurar os resultados obtidos pela nossa intervenção e, assim, justificar a importância da intervenção do EEER (OE, 2016).

Nos estágios, foram utilizados os instrumentos de avaliação disponíveis nos serviços e outros que se mostraram adequados a cada situação. Na avaliação do grau de funcionalidade da pessoa, em Portugal, são utilizados na avaliação das ABVD o Índice de *Barthel*, Índice de *Katz* e a Medida de Independência Funcional (MIF) (Menoita et al., 2012; OE, 2016; Vigia, Ferreira, & Sousa, 2017). A MIF, criada em 1986, tem como objetivo diagnosticar e monitorizar a evolução da funcionalidade da pessoa durante os programas de reabilitação, avaliando os cuidados necessários para a realização de atividades motoras e cognitivas (OE, 2016). Concomitantemente o Índice de *Barthel*, de 1965, validado para a população portuguesa, objetiva a avaliação do nível de independência, mas na realização de dez ABVD (OE, 2016). O Índice de *Katz* não foi utilizado ao longo dos estágios, por não ser o aplicado nos contextos e

dado que a população-alvo são as pessoas idosas ou pessoas com patologias crónicas, o que nem sempre se verificou.

Na avaliação da espasticidade/tónus muscular, foi utilizada a escala modificada de *Ashworth*, sendo identificada como *Gold Standard* neste campo (OE, 2016). Recorreu-se ainda à escala de força da *Medical Research Council* (MRC) na avaliação da força muscular, cuja elaboração data de 1943. A função músculo-esquelética foi igualmente monitorizada, através de goniometria, pela utilização do goniómetro, sempre que disponível, de forma a avaliar a modificação na amplitude articular (OE, 2016).

Concomitantemente, na avaliação da marcha e risco de queda, foram utilizadas a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e o *Timed Up and Go Test* (TUGT). A EEB, datada de 1992, para além de predizer o risco de queda em adultos e idosos, avalia o equilíbrio funcional, estático e dinâmico (OE, 2016). Já o TUGT, de 1991, mais simples de aplicar, reflete a mobilidade, equilíbrio, capacidade de andar, estabilidade na marcha e risco de queda (OE, 2016).

Na UMDR, numa senhora, de 80 anos, que sofreu uma queda no domicílio, da qual resultou uma fratura proximal do úmero esquerdo, submetida a tratamento conservador, e uma fratura pertrocantérica do fémur esquerdo, submetida a encavilhamento, realizei a avaliação de ambas as escalas (EEB e TUGT). Embora o score na EEB tenha sido de 44/56, o que corresponde a um baixo risco de queda e bom equilíbrio, o score do TUGT foi superior a 27s, sendo preditivo de um risco de queda elevado e indicativo de alterações na marcha. Tais valores poderão ser justificados pela natureza multifatorial das quedas (Amann, 2012), daí que, para além da avaliação do risco, também deva ser realizada uma avaliação geral da pessoa, em conjunto com os instrumentos de medida. Neste caso, a senhora conseguia levantar-se da cadeira e realizar marcha, com apoio bipodal, comprimento do passo e passada curto, altura baixa (arrasta por vezes o pé esquerdo) e velocidade de marcha lenta. Apresentava diminuição da força no MIE (4/5 escala de força MRC), nomeadamente a nível dos músculos flexores da coxofemoral e flexores/extensores da tibiotársica; redução da amplitude articular e diminuição da fase de apoio e aumento da fase de balanço, características estas que, em conjunto, lhe conferem um aumento do TUGT. O plano de intervenção com esta senhora passou pelo fortalecimento muscular, no entanto, analisando os dados disponíveis, a mesma realizava marcha sob supervisão.

No internamento hospitalar foi ainda possível ter contacto com o plano inclinado, importante na adoção da posição ortostática de pessoas sem controlo postural e

equilíbrio de tronco ou paraplegia flácida, geralmente decorrente de lesões vertebro-medulares. Embora durante o tempo de estágio nenhum dos utentes tenha necessitado do mesmo, foi possível experimentá-lo com colegas e antecipar eventuais problemas na sua utilização, que se torna simples, quando corretamente aplicada.

A avaliação respiratória, objetiva e subjetiva, foi realizada de forma sistemática no entanto, não foram muitas as vezes que foi possível a aplicação de programas de RFR. Apesar disso, sempre que se justificou, eram implementadas intervenções a este nível. Como exemplo disso, invoco o da Sra. G.C., submetida a laminectomia de C5-C6, que originou um abscesso sequelar e tetraparésia. A senhora, emagrecida, apresentava visível diminuição da massa muscular, pela imobilidade, e, no decorrer do internamento, desenvolveu uma infeção respiratória, tendo sido implementado um programa de RFR, para além das intervenções de RFM. Primeiramente, avalei o padrão respiratório, predominantemente torácico, simétrico mas superficial, com recurso a musculatura acessória e saturação periférica de oxigénio entre 88-90% em ar ambiente. Apresentava reflexo de tosse mantido, mas pouco eficaz, expelindo secreções com dificuldade, espessas e amareladas. À auscultação ântero-posterior evidenciava murmúrio vesicular mantido, mais audível a nível dos lóbulos superiores, com discretos ronos dispersos em ambos os campos pulmonares, mais evidentes nas porções inferiores dos lóbulos pulmonares. A senhora inicia ainda um quadro febril e é medicada com antibioterapia. Nesse dia, tinha realizado telerradiografia do tórax, o qual, embora não estando bem centrado, nem bem inspirado, não evidenciou alterações relevantes. Na RFR da pessoa com tetraparésia, as intervenções principais passam pelo relaxamento geral e respiratório, a orientação respiratória, a coordenação e controlo da respiração, exercícios passivos e localizados e exercícios de fortalecimento muscular respiratório (OE, 2009a). Após pirexia, foi então iniciado programa de RFR com a D.^a G.C., com exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios e de respiração diafragmática, que a senhora tinha dificuldade em adotar. Realizada reeducação costal global, com a ajuda técnica do bastão e reeducação costal seletiva, com abertura costal, direita e esquerda, das porções ântero-superior, lateral e inferior com acompanhamento da dinâmica costal, associando compressões e vibrações e enfatizando o tempo expiratório, com recurso a espirometria de incentivo (seringa sem êmbolo). Foram realizados ensinamentos sobre tosse e, quando necessário, era assistida a mesma. A Sra. G.C. era pouco colaborante e evidenciava cansaço após os exercícios, pelo que as repetições eram curtas. No entanto, após uma primeira intervenção de RFR, a senhora expeliu secreções em

grande quantidade, com saturação periférica de oxigénio de 92% em ar ambiente, embora sem alteração na dinâmica respiratória. As sessões foram sendo realizadas ao longo dos turnos, pelo menos durante uma semana, com ajustes, sendo que se comprovou uma melhoria significativa do estado geral da senhora. Mesmo após evicção da infeção respiratória, foram mantidos os exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios e de reeducação diafragmática, com recurso a espirometria de incentivo (seringa sem êmbolo), bem como a reeducação costal global com ajuda técnica do bastão, no sentido de promover alterações no padrão respiratório da senhora e permitir uma ventilação alveolar mais eficaz (Cordeiro & Menoita, 2012).

Na minha prestação de cuidados, foi possível planear intervenções a pessoas com diagnóstico de síndrome de imobilidade, que se evidenciou como recorrente em ambos os estágios. A imobilidade, decorrente de processos patológicos ou mesmo por necessidade alocada ao tratamento, acarreta consequências ao nível dos vários sistemas fisiológicos, entre elas a perda de massa muscular, decorrente da atrofia por desuso, que se traduz no enfraquecimento generalizado e na diminuição da capacidade das pessoas realizarem as suas atividades de autocuidado autonomamente (OE, 2013). A imobilidade afeta os vários sistemas, pelo que o plano de cuidados contempla um vasto leque de intervenções.

Recordo um doente, o Sr. H.S., que deu entrada na UMDR, para iniciar programa de reabilitação, por síndrome de imobilidade. Este senhor tinha sido submetido a uma hemicolecomia direita, com colocação de ileostomia, sendo que, por várias complicações e choque séptico, ficou com traqueostomia após ventilação médica invasiva prolongada. Era um senhor emagrecido, com perda de massa muscular evidente. Após avaliação de ER, foi possível definir um plano de cuidados, embora o mesmo não tenha sido linear. Na avaliação respiratória, o senhor evidenciava padrão respiratório de predomínio torácico, superficial, simétrico. Eupneico, com traqueostomia com cânula fenestrada *shilley* n.º6, apresentava reflexo de tosse mantido, expelindo secreções amareladas, fluidas, em moderada quantidade, pela traqueostomia. À auscultação ântero-posterior apresentava murmúrio vesicular mantido em ambos os campos pulmonares, com uma oximetria periférica de 90% em ar ambiente. O senhor evidenciava diminuição global da força muscular, mas com movimentos ativos de todos os segmentos corporais, com força de grau 3+/5 nos MI e 3/5 nos MS (escala de força MRC). Apresentava igualmente diminuição da amplitude de movimentos, sobretudo ao nível dos membros superiores.

Iniciado então plano de ER com exercícios de RFR: controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática e reeducação costal global com abertura costal e ajuda técnica do bastão. Tolerava exercícios, mas com necessidade de acompanhamento no final da amplitude do movimento, apresentando igualmente cansaço a médios esforços. No final dos mesmos, sem alteração do padrão respiratório, mas com saturação periférica de oxigénio de 96%. Após um período de descanso, e de acordo com tolerância do senhor, era dada continuidade ao plano. Inicialmente, eram realizadas mobilizações ativas assistidas, no leito, com necessidade de assistência nas mesmas, sobretudo no final da amplitude do movimento. Progressivamente, após levantar, o Sr. H. foi realizando mobilizações ativas e ativas resistidas, com garrafas de água cheias, com boa tolerância ao esforço, bem como mobilizações ativas dos segmentos corporais dos MI na posição ortostática, com supervisão. Ao longo do tempo, foi adotando um padrão respiratório mais eficaz, tolerando períodos de oclusão da traqueostomia, sem sinais evidentes de dificuldade respiratória. Realizava também marcha com apoio de andarilho articulado, com ajuda mínima na adoção de posição ortostática. Embora não corresponda à alta, na última avaliação, o Sr. H. evidenciava força muscular de 4+/5 nos segmentos dos MI e 4/5 nos segmentos dos MS, mantendo traqueostomia, mas com boa tolerância à sua oclusão.

Durante os estágios, foi ainda possível a prestação de cuidados de ER a alguns doentes em cuidados paliativos. A reabilitação em cuidados paliativos tem sido alvo de uma investigação crescente, sendo cada vez mais unânime nos nossos dias e acarretando inúmeras vantagens, sobretudo na manutenção da qualidade de vida da pessoa em fim de vida (Santos, Pêla, Ferreira, & Trindade, 2014). Das situações nas quais pude intervir, uma delas foi com o senhor C.H. no âmbito do estágio na ECCI. Este é um senhor de 60 anos, que se encontrava acamado no domicílio, ao cuidado da esposa e com apoio domiciliário, com o diagnóstico médico principal de Esclerose Lateral Amiotrófica, em fase tardia. Apresentava alguns movimentos ativos nos segmentos proximais dos membros, sobretudo na flexão e abdução da coxofemoral e na abdução da escapulo-umeral, mas com rigidez articular distal, nos membros superiores. Apresentava igualmente afasia global e disfagia, sendo alimentado por PEG. Neste senhor, apesar de a minha abordagem ter sido restrita a um dia, existia um plano de intervenção da EEER já de alguns meses. Nesta fase da doença, as intervenções com o Sr. C.H. passavam por assegurar o seu conforto e qualidade de vida, através de ações preventivas, reduzindo ao máximo eventuais complicações e

instruindo a esposa, na sua atuação ao longo do dia, ao nível dos cuidados básicos (Bello-Haas, 2007). No início da intervenção, era realizada uma massagem de relaxamento da musculatura escapular e cervical, que ajudava a reduzir a tensão exercida nestes músculos e facilitava os exercícios posteriores. Eram depois realizadas mobilizações passivas e ativas assistidas, de todos os segmentos corporais. Sendo esperadas alterações na musculatura respiratória, eram realizados exercícios de respiração diafragmática e abertura costal global, sendo utilizada uma seringa sem êmbolo na tentativa de melhorar ou manter o desempenho da musculatura respiratória. Foram ainda realizados ensinamentos sobre posições de descanso e relaxamento, em caso de dispneia, e ensino da tosse assistida, que a esposa pudesse aplicar em caso de necessidade, e reforçados ensinamentos sobre a importância da alternância de posicionamentos no leito, testando a capacidade da senhora para os realizar autonomamente. Este exemplo espelha a ER como filosofia de prestação de cuidados, que partilha os objetivos e características dos cuidados paliativos, nomeadamente no alcance ou manutenção do seu potencial funcional da pessoa em fim de vida (Santos et al., 2014).

O segundo domínio de competências do EEER diz respeito à capacitação da pessoa com deficiência, limitação de atividades e/ou restrição da participação e sua reinserção na sociedade, pela implementação de intervenções autónomas e/ou interdisciplinares (J2). Neste âmbito, várias foram as estratégias adotadas, para que a pessoa adquirisse um nível de independência, compatível com a possibilidade de participação social e autonomia no autocuidado.

A incapacidade não significa implicitamente restrição da participação social, embora possa limitar a atividade. O que é necessário é que a pessoa seja conhecedora de estratégias que lhe permitam ultrapassar eventuais barreiras e que lhe permitam o pleno uso da sua autonomia na sociedade.

O treino de AVD surge como uma atividade fulcral na restituição da independência funcional da pessoa. Durante os estágios, foi possível delinear alguns planos de cuidados a este nível, com pessoas com patologias diversificadas. Recordo a Sra. F.O., com paraplegia flácida, que apresentava, no início do internamento, um score de 58 na MIF (com 33 na MIF motor), que corresponde a um grau de dependência moderada. Já no final do estágio, aproximadamente 3 meses depois do internamento, a senhora apresentava um score de 80 na MIF (com 55 na MIF motor), que corresponde a um nível de dependência leve. Estes ganhos foram obtidos sobretudo pela melhoria na capacidade de vestir e despir, banho, transferências e mobilidade,

ou seja, na sua capacidade de autocuidado. Para tal, contribuiu muito a intervenção dos EEER da equipa, na qual me inseri, onde realizávamos ensinamentos sobre estratégias adaptativas à utente todas as manhãs. Após uma avaliação precisa da sua capacidade funcional inicial, definimos prioridades de intervenção. Numa primeira fase, foram definidas intervenções para melhoria do seu equilíbrio estático sentada, com a realização de exercícios na extremidade do leito e de força dos MS e tronco. A estabilização do equilíbrio permitiu a realização das transferências, com ajuda técnica da tábua de transferência, de forma mais fácil e segura. Assegurado o equilíbrio e força nos MS e sendo que a D.^a F.O. mantinha a amplitude articular, foi ensinada a vestir-se no leito, após preparação da roupa, que não conseguia obter de forma independente. Na metade superior, com ajuda da elevação do plano da cama, conseguia colocar as camisolas de forma independente. Penteava o cabelo e realizava a higiene oral sem dificuldade. Na metade inferior, após ensinamentos, a D.^a F.O. foi conseguindo, gradualmente, colocar as meias de contenção de forma autónoma (com a utilização de um saco de plástico), vestir as calças e puxá-las para cima (utilizava no internamento as grades da cama para dar impulso para a lateralização).

A Sra. F.O. apresentou, na avaliação inicial, algumas alterações na memória recente (a curto e a longo prazo). No início, os ensinamentos eram difíceis e a senhora não conseguia compreender a informação necessária à realização de uma transferência segura para cadeira de rodas. No entanto, ao longo do tempo, foi evidenciando melhoria significativa na integração das instruções, necessitando de ajuda moderada nas transferências, conseguindo fazer o movimento para alcançar a cadeira, embora não tenha conseguido a colocação da tábua de forma independente. Do mesmo modo, conseguiu integrar a forma correta de conduzir autonomamente a cadeira de rodas, de condução bilateral. Com os ganhos na estabilidade postural e controlo de tronco, a D.^a F.O. deixou de necessitar da faixa de contenção abdominal, colocada quando estava na cadeira de rodas, para prevenir quedas por desequilíbrio. Quando sentada na cadeira, a senhora foi ainda instruída a realizar alguns exercícios, nomeadamente os *push-up*, as lateralizações do tronco, e a flexão anterior, sempre com a segurança necessária aos mesmos.

A nível dos cuidados de higiene, a D.^a F.O. necessitava de ajuda para lavar os MI, que não conseguia alcançar. Não existindo ajudas técnicas disponíveis que lhe permitissem lavar os MI de forma independente, como uma escova de cabo extensível, a mesma manteve a necessidade de ajuda moderada neste autocuidado.

A senhora F.O. realizava treino intestinal com supositório de glicerina, em dias alternados, no entanto, eram frequentes as perdas fecais para a fralda. Assim, foi necessário a articulação com a nutricionista, para que a alimentação da senhora lhe permitisse um aporte equilibrado de fibras, que impedisse as fezes de se tornarem demasiado líquidas e impedisse as perdas fecais para a fralda.

No âmbito hospitalar, foi ainda possível assistir a uma consulta pelviperineal, que é orientada por uma EEER. Na mesma, são realizados treinos da musculatura perineal, com *biofeedback* e electroestimulação, geralmente a pessoas com incontinência de esforço, incontinência fecal e após prostatectomias, sendo ainda o local de execução de estudos urodinâmicos. Nesta consulta, que requer um encaminhamento e avaliação multidisciplinar, o EEER efetua uma colheita de dados gerais e dos hábitos de eliminação da pessoa, contemplando a história de perdas vesicais ou intestinais. Depois, é realizado um exame objetivo da tonicidade muscular e da visualização das perdas e são avaliadas escalas, consoante o problema identificado. Neste domínio, são utilizadas as escalas de *Oxford* modificada (força muscular do pavimento pélvico), a de Jorge e *Wexner* (gravidade da incontinência anal), a de *Rockwood* (qualidade de vida na incontinência fecal) e de *Ditrovie* (qualidade de vida na incontinência urinária). Após esta avaliação, são então realizadas as consultas de reabilitação, cujas intervenções abrangem ensinamentos ao nível da gestão das AVD e minoração do impacto da incontinência nas mesmas, os exercícios de *kegel* e as técnicas de electroestimulação e *biofeedback*, com os cones e equipamento elétrico apropriado, que permita o estímulo e reforço da musculatura.

No internamento hospitalar, foi também possível a realização de ensinamentos sobre a prevenção de comportamentos luxativos, na realização das AVD, sobretudo no vestir e despir, com a Sra. D.^a M.L.P. que tinha sido submetida à colocação de Artroplastia Total da Anca (ATA) à esquerda, após queda no domicílio, que a mesma realizava de forma independente, em segurança, no final do internamento.

Na UMDR, tentei, em conjunto com os orientadores e terapeuta da fala, iniciar um projeto em torno da problemática da disfagia. No entanto, por diversas intercorrências, não foi possível dar continuidade ao mesmo. O projeto incluía o rastreio da disfagia a todos os doentes que entrassem na unidade, através da aplicação do teste de deglutição volume-viscosidade (V-VST), que permitissem a realização de um estudo estatístico da problemática.

Na capacitação da pessoa, importa também a validação da existência de barreiras físicas, que tragam desvantagem social. Relembro o exemplo anterior da D.^a F.O., em

processo de reabilitação no hospital, com paraplegia flácida, por lesão medular (pós-laminectomia descompressiva de L1), cuja alta estava prevista para domicílio, pelo que a família foi integrada nos cuidados sempre que estava presente, tendo sido discutidas eventuais barreiras físicas existentes. Numa primeira abordagem, a família concordou em medir a largura das portas, para perceber se tinham espaço suficiente para a senhora deambular em cadeira de rodas. Uma vez que a sua casa era uma moradia, a legislação implicou a sua construção com medidas adequadas a uma cadeira de rodas, sendo que a única barreira existente eram dois degraus, à entrada, que a família teria de solucionar, à partida, pela colocação de uma rampa. Embora os construtores tenham experiência na área das adaptações arquitetónicas, foi fornecida à família a legislação específica, contemplada no DL n.º 163/2006, de 8 de agosto, que aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais. Para além disso, teriam igualmente de adaptar uma das casas de banho que, entre os membros da família, já teriam combinado que a poderiam adaptar para um polibã, acessível a uma cadeira de banho. Sendo esta uma adaptação que requer tempo e algum gasto monetário, foi sugerida a colocação de uma cadeira de banho rotativa, apoiada nos bordos da banheira, desde que a casa de banho permitisse espaço suficiente para a cadeira de rodas e para a realização da transferência. No sentido de facilitar as mobilizações no leito, e conforme já tínhamos treinado com a senhora no internamento, era importante que a cama fosse articulada e tivesse grades, uma vez que facilitava a autonomia da mesma na alternância de decúbitos. Caso não fosse possível, foi incentivada a colocação de uma toalha ou lençol velho, em cada lado da cama, para que a senhora conseguisse o impulso necessário à mudança de posição, ou no final da cama, permitindo a adoção da posição de sentada.

Embora a colheita de dados, a nível hospitalar, tenha englobado características físicas da casa das pessoas é sempre mais fácil e fidedigna a observação direta. No contexto comunitário, estas questões são mais facilmente visualizadas. Ainda que não tenha sido exequível o acolhimento inicial de um doente na ECCL, foi possível ver as alterações sugeridas pela enfermeira orientadora, nomeadamente a nível das adaptações no domicílio, com a colocação de barras de apoio laterais na sanita, e de um assento aplicado sobre os bordos da banheira, que são de fácil aplicação e custos reduzidos, utilizadas num senhor com equilíbrio instável.

A implicação das famílias nos cuidados também é pautada de uma diferença substancial, entre comunidade e hospital, sobretudo na responsabilização das

mesmas como cuidadores. Na comunidade, verifica-se que as famílias estão mais integradas e colaboram mais facilmente, apresentando-se mais despertas e sensibilizadas para os cuidados a prestar aos seus familiares, demonstrando um maior interesse e preocupação. Já no hospital e outros internamentos, a maioria das famílias não apresenta iniciativa, transpondo a responsabilidade dos cuidados para os profissionais de saúde, necessitando de ser estes últimos a incluí-los nos cuidados e a evidenciar a sua importância nos mesmos. Tal diferença poderá ser justificada pelo tipo de intervenção do enfermeiro, em cuidados de saúde primários, que, como enfermeiro de família, assume a mesma como a sua unidade de cuidados, capacitando a mesma e facilitando as adaptações necessárias ao contexto familiar atual (DL n.º118/2014). Embora seja um dado adquirido, que a capacidade para o autocuidado é multifatorial, é importante que os doentes percebam que necessitam maximizar o seu potencial e otimizar a sua funcionalidade, o que implica a aceitação da responsabilização pelo seu processo de reabilitação (Hoeman, Liszner, & Alverzo, 2011). Importa ainda que o EEER tenha consciência desta problemática e incute o espírito de responsabilização da pessoa/família neste processo, caso contrário, o mesmo poderá ficar comprometido e o regresso a casa pode ser dificultado.

O terceiro domínio de competências diz respeito à maximização da funcionalidade de desenvolvimento das capacidades da pessoa (J3). A este nível, compete a avaliação dos planos implementados e ajustes realizados aos mesmos, no sentido de aumento do desempenho funcional da pessoa.

A maximização do potencial funcional da pessoa depende da evolução da mesma, o que implica a necessidade de existirem dados objetivos, que possam ser comparados e, assim, permitirem o ajuste dos planos de intervenção de ER, caso não se verifique nenhum progresso, ou o mesmo esteja a ser realizado aquém das expectativas. No âmbito da minha intervenção, nos estágios, os resultados foram diferindo de utente para utente. Como já evidenciado em exemplos anteriores, existiram pessoas com melhoria significativa na sua funcionalidade e nível de independência e outras em que tal alteração não foi tão evidente. Por exemplo, a D.^a M.S., no início do internamento apresentava um score de 36 na MIF, que corresponde a um nível de dependência grave. A mesma permaneceu no internamento hospitalar no período correspondente à totalidade desse estágio, sendo que, na última avaliação possível a D.^a M.S. apresentava um score de 65 na MIF (dependência moderada), com evolução mais significativa na realização dos autocuidados. Já a D.^a C.D., por exemplo, apresentou apenas uma evolução de 82 para 90 na MIF, mantendo o grau

de dependência leve na data da alta. Esta senhora não se apresentava motivada para o seu processo de reabilitação, daí que todas as intervenções delineadas para a mesma realizar sozinha não foram cumpridas, pelo que as mesmas iriam ser ajustadas caso o internamento da UMDR fosse prolongado.

Em todos os estágios, o objetivo máximo da pessoa era o regresso ao seu domicílio, com melhoria na sua capacidade funcional, que lhe permitisse independência na realização das AVD. No hospital e na UMDR, em fins-de-semana programados com a família, a pessoa regressava ao seu domicílio, numa lógica de adaptação ao mesmo e gestão das dificuldades encontradas. Coerentemente à perspetiva de responsabilização da pessoa pelos seus cuidados de reabilitação, mas gerindo e avaliando esse processo, foi identificada a necessidade de impedir que, durante esses períodos de regresso a casa, a pessoa cessasse a sua atividade. Assim, foi elaborado um caderno de atividades para realizar em casa (apêndice VII), adaptado aos utensílios normalmente encontrados na mesma. Este caderno de exercícios não teve o propósito de ser restringido a uma patologia, mas o seu objetivo era o de poder ser entregue a qualquer pessoa internada. Antes da ida para casa, o EEER destacava as atividades que a pessoa devia realizar em casa, através do número com que estavam identificadas, sendo aconselhadas duas séries de dez repetições, duas a três vezes por dia. A pessoa poderia escrever as dificuldades encontradas e, no regresso ao internamento, discuti-las com o EEER. Em tempo útil, não foi possível obter o *feedback* deste documento, mas o mesmo ficou no serviço de reabilitação, disponível para aplicação.

Compete também ao EEER a continuidade de cuidados, devendo o mesmo espelhar a sua intervenção e evolução da pessoa. Neste sentido, a nível hospitalar, sendo os internamentos geralmente de três meses, foi possível realizar a transferência de alguns utentes, quer para outras unidades de reabilitação, quer para o domicílio. Como EEER, elaborei as notas de transferência, espelhando a evolução da pessoa ao longo do seu internamento, incluindo as particularidades afetas ao seu cuidado, bem como as suas características funcionais atuais. Com esta informação, é mais fácil que o colega ou familiar adeque as suas intervenções e mantenha o nível atual de independência da pessoa, dando continuidade aos cuidados prestados.

Na minha perspetiva, o que diferencia o EEER é que a sua intervenção não passa apenas pela atuação efetiva nos problemas que determinam alguma incapacidade, mas engloba todas as necessidades imediatas da pessoa, o que foi muito evidente aquando do estágio de observação na ECCI. Para além disso, o EEER possui uma

autonomia profissional em várias áreas de atuação, o que lhe permite ser líderes nos cuidados e intervir de forma global com a pessoa e sua família.

Como balanço global das atividades realizadas, considero que pude experienciar uma série de intervenções, adotando recursos e estratégias, que me permitiram a aquisição de competências como EEER. Embora nos contextos onde me inseri, as patologias do foro respiratório tenham sido restritas, apliquei os meus conhecimentos de RFR sempre que possível, adaptando-os às necessidades de cada pessoa. De uma forma geral, considero que os quatro objetivos definidos inicialmente no projeto foram concretizados com sucesso.

2.4. Competências de Reeducação Funcional Motora na intervenção à Pessoa com AVC

A problemática em estudo refere-se às intervenções do EEER na RFM da pessoa com AVC. Neste subcapítulo, proponho analisar algumas das experiências relativas ao tema escolhido, abordando, de uma forma mais aprofundada, o plano de intervenção delineado, analisando as competências adquiridas neste campo de atuação. Foram inicialmente definidos cinco objetivos para este nível de competências (cf. apêndice I), cujo alcance será analisado no final deste capítulo.

Como já referido anteriormente, a pessoa com diagnóstico médico de AVC tem pela frente um longo caminho de recuperação funcional, maior ou menor, consoante a gravidade do mesmo e a sua motivação para tal. Nos três estágios, arrisco-me a estimar que a prevalência desta patologia ultrapassou os 60%, maioritariamente de etiologia isquémica. Em termos de lateralidade, existiu talvez uma homogeneidade de incidência, sendo que, com as pessoas com AVC do hemisfério direito tinha mais necessidade de repetir constantemente as atividades programadas, por não conseguirem reter a informação necessária à reprodução dos exercícios autonomamente e apresentavam, muitas vezes, hipoprosexia, o que dificultava a colaboração das mesmas. Para além disso, no treino das atividades terapêuticas, o *neglet* era evidente e o risco de lesão daquele membro tornava-se acrescido, pelo risco de movimentos bruscos, associados à distração.

A intervenção do EEER é crucial neste âmbito, uma vez que somos os profissionais de saúde, com autonomia, dotados de um corpo de competências e conhecimentos técnicos e científicos, mais próximos do doente e com a possibilidade de interceder nos três níveis de cuidados, primários (prevenção de recidivas),

secundários (estabilização a doença) e terciários (reabilitação). Embora tenha realizado os estágios, maioritariamente, em internamento, a ECCI permitiu-me verificar aspetos importantes das pessoas com AVC que regressam ao domicílio.

Vários foram os processos de enfermagem elaborados neste âmbito, individualizados com as especificidades de cada pessoa, contemplando a TEDA de Orem. Orem adaptou a sua teoria ao processo de enfermagem, propondo que esta possuísse três etapas distintas: a primeira denomina-se diagnóstico e prescrição, onde a enfermeira tece juízos acerca da situação com que se depara assim como toma decisões sobre a sua atuação; de seguida, são desenhadas e planeadas as intervenções de enfermagem e, por último, são produzidas e controladas as intervenções realizadas (Orem, 2001). Ilustro um deles no estudo de caso em apêndice VIII, onde é possível validar as intervenções e evolução da pessoa cuidada.

Como já anteriormente referido, na prestação de cuidados, iniciava a minha intervenção, pela avaliação integral da pessoa com AVC, sob orientação do padrão documental elaborado. Seguidamente, delineava, com a pessoa, o plano de cuidados e validava-o juntos dos orientadores, fulcrais na orientação inicial deste processo.

A avaliação tinha como foco a validação das sequelas do AVC, bem como o grau de funcionalidade da pessoa e a eventual instalação do padrão espástico. Como recursos foram utilizados o processo clínico e exames complementares de diagnóstico, que pudessem ser úteis na verificação de alterações. A cada pessoa era ajustada a avaliação, por exemplo, nestes casos, em muitos destes doentes, não faria sentido realizar uma avaliação respiratória pormenorizada, a não ser que se identificassem alterações no padrão respiratório, que pudessem influenciar a RFM.

Para a avaliação sistematizada da pessoa, foi necessário um treino intensivo e em larga escala, para que conseguisse aplicá-la de forma mais fluida e rápida e, assim, gerir mais eficazmente o meu tempo. Também contribuiu para a mesma as aulas teóricas e a pesquisa bibliográfica realizada para a elaboração do enquadramento teórico do trabalho atual, alargada a outras áreas profissionais, como forma de expandir o conhecimento. Na avaliação da pessoa, eram incluídas as escalas de avaliação funcional, que permitissem a validação da evolução da pessoa, ou a necessidade de alteração das intervenções, neste caso, o IB e a MIF. Utilizei ainda a escala modificada de *Ashworth*, a escala de força da MRC e a goniometria.

Avaliadas as necessidades da pessoa, eram então formalizadas as intervenções e constituído o plano de cuidados, que registava em notas gerais no sistema de

informação e no documento padrão, permitindo a continuidade de cuidados pelos restantes enfermeiros.

Nos planos de cuidados definidos, incluía sempre, como intervenções iniciais, exercícios de RFR, uma vez que nenhum sistema fisiológico é isolado do outro e, como comprovam os estudos anteriormente referidos, a RFR influencia a RFM. Os exercícios preconizados como importantes foram a consciencialização e controlo dos tempos respiratórios e o ensino da respiração diafragmática. O primeiro, para que a pessoa tome consciência dos tempos respiratórios, os dissocie e tenha a capacidade de os controlar, obtendo uma ventilação alveolar mais eficaz, com menor gasto energético, diminuindo a sobrecarga muscular. O segundo para favorecer a expansão dos lobos pulmonares da base, que estão mais sujeitos a atelectasias e infeções, prevenindo e corrigindo os defeitos ventilatórios e melhorando a distribuição e ventilação alveolar (Cordeiro & Menoita, 2012). Já a respiração costal global, com abertura costal e ajuda técnica do bastão, era introduzida quando verificadas as condições para tal. Por exemplo, se a pessoa tinha hemiplegia ou dor à mobilização do membro parético, eram priorizados outros exercícios.

Numa senhora, a D.^a T.A., com diagnóstico de AVC isquémico e sequelas de hemiparésia do hemicorpo esquerdo, com alterações da sensibilidade (hipoestesia e hipoalgesia dos segmentos do MSE), as intervenções de ER eram sempre iniciadas com uma massagem terapêutica que, para além de estimulação da circulação sanguínea, sensorial e proprioceptiva, promovia um efeito relaxante na mesma. Posteriormente, posicionava a pessoa em padrão anti-espástico, em decúbito dorsal, e iniciava as mobilizações (passivas, ativas, ativas assistidas ou ativas resistidas) pelo membro superior mais lesado, solicitando a que a mesma olhasse para o lado a ser trabalhado, na tentativa de forçar a integração do esquema corporal, bem como os exercícios que estavam a ser realizados. As mobilizações eram realizadas do segmento distal para o proximal, em todos os movimentos possíveis de cada articulação, na amplitude máxima permitida pela articulação ou tolerada pela pessoa. Repetia as mobilizações no membro inferior mais lesado, mantendo o membro anteriormente mobilizado em padrão anti-espástico. Posteriormente, incentivava a pessoa a mobilizar o hemicorpo menos lesado, geralmente com mobilizações ativas ou ativas resistidas, dependendo da força muscular evidenciada. No caso da D.^a T.A. eram instituídas mobilizações ativas resistidas nos segmentos do hemicorpo direito. No domicílio, e mesmo em quartos no internamento em que as pessoas se encontravam em isolamento de contacto, existiu a necessidade de adaptação do

material. Em vez de halteres, ou pesos de areia, utilizei garrafas de 330ml com água, ou material equivalente. No delinear das intervenções, é importante não excluir o lado menos lesado, uma vez que nele existem défices de execução, sobretudo quando o mesmo é o lado não dominante, e com o qual temos de trabalhar para que se adapte a ser o manipulador primário na realização das AVD (Sainburg & Duff, 2006). Nas mobilizações da pessoa com AVC, sempre que possível, foi utilizada uma bola propriocetiva, quer com o membro menos lesado sobre o membro mais lesado, quer apenas com o membro lesado, mobilizando, ativa ou passivamente, o hemicorpo mais lesado, na tentativa de reaquisição das capacidades sensório-motoras perdidas.

Na etapa seguinte, era feito o ensino e treino das atividades terapêuticas, nomeadamente: rolamentos, ponte, oscilações pélvicas, carga no cotovelo e automobilizações, sendo dado ênfase às atividades que a pessoa poderia realizar autonomamente.

A facilitação cruzada era instituída em todas as pessoas com AVC, embora no internamento com mais dificuldade na gestão do espaço físico. A mesa de apoio e todos os objetos de utilização recorrente e estimulação, como a TV, eram dispostos do lado mais lesado e a interação com a pessoa também era realizada por esse mesmo lado. Nas visitas dos familiares, também era incentivado a que permanecessem do lado mais lesado da pessoa, com o mesmo intuito. No domicílio, embora não tenha sido eu a intervir, recordo a D.^a R.J., uma das senhoras que estava em casa, cujo quarto tinha sido remodelado para a receber, tendo existido o cuidado de colocar a cama encostada à parede do hemicorpo menos lesado, o que facilitava a integração do esquema corporal, pela necessidade recorrente de direcionar o olhar para o lado contrário. Sendo uma senhora com diagnóstico de AVC isquémico à direita, apresentava *neglet* do hemicorpo esquerdo, pelo que a entrada de pessoas no quarto, a televisão ligada, a abordagem quando estava deitada e mesmo a luz que entrava pela janela permitia o olhar para o hemicorpo mais lesado.

A estimulação cognitiva acompanhava os restantes exercícios. A pessoa era estimulada a contar o número de repetições e, quando possível, contava de dois em dois, estimulando os processos de cálculo. Era realizada uma retrospectiva relativamente ao exercício anterior, como estímulo à memória recente de curto prazo.

Relativamente ao treino de linguagem, foi possível realizar algumas intervenções e introduzir técnicas de comunicação, em pessoas com sequelas de disartria ou mesmo com afasia. Por exemplo, a D.^a G.C., com sequelas de disartria, foi incentivada a falar pausadamente, com frases curtas e emitindo o discurso com pausas

frequentes. Era encorajada a expressar-se, sendo-lhe dado tempo para tal e não eram valorizados os erros na pronúncia, mas antes considerados normais, sendo estimulada a corrigi-los, gerindo a sua frustração (Marshall et al., 2010; Menoita et al., 2012). A D.^a G.C. foi ainda instruída na realização de exercícios de reeducação dos músculos faciais (assobiar, unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, encher a boca com ar, depressão do lábio inferior (Menoita et al., 2012), como treino de fortalecimento dos músculos do aparelho fonador. Primeiramente, foram explicados os exercícios e treinados, frente ao espelho, e, posteriormente, a senhora foi instruída a realizá-los autonomamente, repetindo dez vezes cada um. Em sessões posteriores, foi utilizada uma espátula de madeira, com a qual a pessoa cerrava os lábios, ou empurrava a língua contra a mesma, cujo objetivo era o aumento de força muscular. No exemplo da D.^a T.A. que, por complicações no serviço de urgência após o AVC, ficou com traqueostomia permanente (não tolerou a sua remoção) e parésia das cordas vocais, era-lhe impossível a produção de voz. Assim, na comunicação com os profissionais e familiares, foi criado um quadro alfabético, no qual a senhora conseguia ir apontando as palavras, soletradas, tornando a comunicação mais eficaz e de fácil compreensão e reduzia também a sua frustração pela dificuldade de se expressar.

O treino de equilíbrio era realizado inicialmente à beira da cama. Primeiro, as pessoas não se podiam apoiar com os MS e, depois, tinham de fechar os olhos. Em muitas delas, a tendência era a inclinação para o lado menos afetado do corpo, dada a hemihipoestesia e hemialgesia do lado contrário. Ainda sentadas, era treinado o equilíbrio dinâmico, introduzindo-se resistências manuais, que causassem desequilíbrio à pessoa, para que a mesma regressasse à posição inicial. Eram também ensinados exercícios de estabilidade do tronco e abdómen, sendo a musculatura implicada no equilíbrio e estabilidade do tronco. Sempre que possível, era utilizado o espelho quadriculado que, na UMDR, tinha rodas, o que o permitia deslocar, para que fosse mais fácil a pessoa corrigir a sua postura e proceder ao alinhamento corporal. Os mesmos exercícios eram realizados em pé, onde, conforme a capacidade da pessoa, foram sendo introduzidas algumas alterações. Por exemplo, em pé, a pessoa ficava apenas com um apoio no chão e ia alternando, realizando este exercício com a supervisão de um profissional e um espaldar, onde se pudesse apoiar, caso existisse alguma instabilidade. Aproveitando a posição da pessoa, eram realizados outros exercícios para os membros inferiores, nomeadamente as mobilizações ativas dos segmentos corporais dos MI e os agachamentos.

Conjuntamente com estas atividades, foi introduzida a bola terapêutica, de tamanho médio, que, para além de favorecer o equilíbrio dinâmico, contribuía para a coordenação motora, podendo a pessoa estar sentada ou em pé e tinha de agarrar a bola que era lançada a uma curta distância e com pouca força. De notar que este último exercício apenas foi possível realizar com um dos senhores com discreta hemiparesia esquerda, no final do seu internamento, cuja amplitude articular e força muscular lhe permitia realizar este tipo de treino.

As transferências eram treinadas em conjunto com a realização de outras atividades. Por exemplo, antes dos cuidados de higiene no wc, a pessoa era treinada na transferência para a cadeira sanitária e, após os mesmos, era instruída a sentar-se numa cadeira normal, para facilitar o vestir, caso possuísse equilíbrio suficiente. Priorizava a transferência pelo lado mais afetado da pessoa, como forma de realizar uma estimulação sensorial e da proprioção (Menoita et al., 2012), no entanto, quando a mesma acarretava mais riscos do que benefícios, optava por realizar pelo lado oposto, sempre assegurando a estabilidade do ombro do lado lesado. Era ainda preconizado que a pessoa estivesse descalça nas transferências, se tal não acrescesse o risco de queda, como forma de estimulação sensorial e proprioceptiva.

A marcha, de forma autónoma, é uma das atividades que a pessoa anseia recuperar mais rapidamente, sendo uma das formas que a mesma sente que está a readquirir a sua autonomia. Em todos os estágios, a maior parte das pessoas que, após um AVC, reuniram condições físicas e cognitivas para a realização do treino de marcha, foram homens. De facto, há estudos que comprovam uma melhor recuperação funcional e motora nos homens, comparativamente com as mulheres, sobretudo se o AVC tiver ocorrido no hemisfério direito (Drača, 2012). Nos estágios, esta foi uma atividade amplamente desenvolvida na pessoa com AVC, com a necessidade de adaptação de ajudas técnicas, disponíveis nos serviços.

No início do internamento, era solicitado à família um calçado fechado, antiderrapante, fácil de calçar e confortável, adequado à marcha. Quando a pessoa possuía a capacidade de integrar o seu esquema corporal e corrigir a sua postura, bem como um equilíbrio em pé eficaz, que a permitisse permanecer em segurança, eram definidas metas, em conjunto, para o primeiro treino de marcha e avaliada a segurança e tolerância da mesma. Era também avaliada a ajuda técnica mais adequada e, se necessário, incorporado o apoio de terceira pessoa. Foram utilizadas como ajudas técnicas, na marcha da pessoa com AVC, as pirâmides (quadripés e tripé) e a bengala. Um problema recorrente na marcha da pessoa com AVC é o *foot*

drop ou pé pendente, causado pela ausência de movimento ativo na dorsiflexão plantar, o que dificulta o apoio correto do pé do membro hemiparético e contribui para o aumento do risco de quedas. Contrariando esta alteração, eram usadas talas de apoio e estabilização da articulação tibiotársica, geralmente previamente prescritas pela fisiatra, que impediam a flexão plantar e diminuía o risco de queda por colocação errada do pé. Foi também realizado treino de marcha em escadas e em piso com declive. No hospital, em piso irregular, no exterior, na UMDR nos simuladores existentes no ginásio e, na ECCI, as pessoas eram acompanhadas no percurso de casa à rua, descendo as escadas do prédio e realizando marcha no exterior, em piso irregular.

No final da intervenção com a pessoa, no internamento hospitalar, a mesma era ajudada a sentar-se numa cadeira de rodas, que lhe permitia a sua deslocação mais fácil e segura ou o descanso por períodos entre exercícios. Sempre que disponível, era atribuída uma cadeira de rodas de condução unilateral, que permitisse a independência na mobilidade da pessoa com AVC, sendo treinada a sua utilização. Era ainda colocada uma mesa de trabalho, de acrílico e transparente, que permitisse que a visualização dos MI, contribuindo para a integração do esquema corporal.

A mobilização da pessoa com AVC deve ser o mais precoce possível, desde que a sua situação clínica esteja estabilizada. Embora não haja concordância científica sobre a intensidade de reabilitação motora, era feito um ensino às pessoas sobre a importância da mobilização do hemicorpo afetado e sobre o tipo de exercícios que as mesmas poderiam realizar autonomamente, quer enquanto deitadas no leito, ou sentadas na cadeira de rodas. Sentadas, por exemplo, eram realizados ensinamentos sobre as automobilizações dos membros superiores, o cruzar o MI menos afetado sobre o mais afetado, a massagem ao membro mais lesado com o menos lesado e o correto posicionamento do membro. Do mesmo modo, as famílias eram dotadas das mesmas capacidades, quando a pessoa não tinha autonomia ou capacidade cognitiva para tal, sobretudo em contexto domiciliário ou na UMDR.

A nível da motricidade fina, esta é uma das capacidades que demora mais a ser recuperada, pelo que foi treinada com poucas pessoas com AVC. No entanto, com um dos senhores com AVC isquémico no hemisfério esquerdo, com uma boa recuperação motora, foi-lhe proporcionado o treino de motricidade fina, enquanto estava em períodos sem atividades no quarto. Foi-lhe fornecido um frasco com massas, pequenas, sendo que o mesmo deveria ir colocando, uma a uma, de volta no recipiente. Para além disso, o senhor foi incentivado a utilizar o telemóvel com o

mesmo intuito, com aplicações que, embora para uma faixa etária inferior, têm o mesmo objetivo prático. Neste senhor, diferenciado e empenhado, estas estratégias tiveram um ótimo impacto na sua funcionalidade e desempenho nas AVD, possibilitando-o, no final do internamento, a apertar os botões da camisa com ajuda da mão do MS mais lesado.

A intervenção a nível sensório-motor tem como objetivo a melhoria dos níveis de dependência, que se traduzem na possibilidade de realizar as atividades de autocuidado. Todos os planos de cuidados definidos para a pessoa com AVC contemplavam igualmente o treino de AVD: alimentação, cuidados de higiene, vestir e despir, eliminação e mobilidade.

A alimentação da pessoa com AVC poderá ser um processo complexo, na medida em que, por envolvimento das sequelas do mesmo, poderá existir um compromisso da deglutição, por alterações do estado de consciência, atenção, perceção, coordenação motora, força muscular, sensibilidade, alterações visuais ou comportamentos impulsivos (Braga, 2017a). Nos estágios, foi possível realizar treino de alimentação com alguns doentes com AVC, tendo, como exemplo, a D.^a L.G., destra, com lesão no hemisfério esquerdo, após AVC isquémico. Inicialmente, foi realizada triagem da disfagia com recurso à *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), datada de 2007 e indicada para o despiste da disfagia na pessoa com AVC, podendo ser transposta para outros contextos (OE, 2016). A GUSS implica uma avaliação indireta da deglutição e, se a mesma for segura, prossegue-se para a avaliação direta (Trapl, et al., 2007). No caso da D.^a L.G., que apresentou um score de 19 na GUSS, correspondente a disfagia ligeira, foi instituída uma dieta mole e a senhora foi instruída a ingerir líquidos muito lentamente (um gole de cada vez) e a realizar flexão cervical, que faz parte das técnicas posturais, utilizadas na abordagem à pessoa com esta alteração. O seu objetivo é o de alterar a postura, para que a gravidade modifique a forma de deslocação do bolo alimentar (Braga, 2017b). Dada a motricidade fina ineficaz da mão direita, e como a senhora não se conseguia alimentar com a mão esquerda, foram introduzidas ajudas técnicas, nomeadamente os talheres com cabo engrossado, que facilitavam a sua alimentação de forma independente. Do mesmo modo, foi adaptado o seu copo de água para um copo recortado, diminuindo a suscetibilidade ao engasgamento por extensão da região cervical. O plano de enfermagem de reabilitação desta senhora incluía também a realização diária dos exercícios de reeducação da musculatura facial, cujo objetivo era o de melhorar a sua força e coordenação, facilitando o processo da deglutição.

O treino dos cuidados de higiene era implementado no wc dos serviços. A pessoa era transferida para a cadeira sanitária, desde que verificada a segurança para os cuidados, sendo promovida a sua autonomia na realização dos mesmos. À D.^a M.S. com hipoalgesia e anestesia tátil do hemicorpo mais lesado (esquerdo) foram realizados ensinamentos sobre o risco de lesões térmicas desse lado, uma vez que a informação que chegava ao cérebro sobre a temperatura da água poderia não ser a correta. Assim, a mesma foi instruída a testar a temperatura da água com o cotovelo ou punho do lado menos lesado. A D.^a M.S. era ainda incentivada e ajudada a usar o MS mais lesado na realização da higiene corporal, como forma de estimulação sensório-perceptiva, tal como outras pessoas com a mesma alteração, no entanto, a maioria só conseguia satisfazer esta necessidade de autocuidado de forma independente com a mão menos lesada. Não existindo outras ajudas técnicas para o banho, apenas pude explicar o que a pessoa poderia utilizar em casa, como as esponjas de cabo extensível que lhe permitissem alcançar a região dorsal ou os membros inferiores. No domicílio, as pessoas tinham já realizado alterações na banheira, para que se pudessem sentar para a realização dos cuidados de higiene, tendo geralmente ajuda do familiar ou de apoio domiciliário para tal. Foi ainda realizado o alerta sobre outros perigos, como o caso do chão molhado, ou para a remoção de tapetes não aderentes, que levassem ao aumento do risco de queda.

No vestir e despir, efetivamente, é necessário que a pessoa tenha uma boa capacidade cognitiva, que poderá estar afetada em lesões cerebrais do hemisfério direito. No treino desta AVD eram realizados os ensinamentos sobre o vestir e despir, quer a metade superior do corpo, quer a metade inferior, e treinadas estratégias adaptativas, de posicionamento da roupa. O mais difícil para as pessoas nesta AVD são as meias e os sapatos, uma vez que estes requerem uma maior coordenação motora e mobilidade. No domicílio, algumas famílias tiveram de ser incentivadas a não substituir a pessoa, na justificação que, sem o devido treino, não é possível a reaquisição da independência perdida. Foram ainda sugeridas alterações na roupa, à pessoa com AVC com dificuldade moderada a máxima nesta AVD, nomeadamente a introdução de velcro, em vez do fecho *éclair*, de botões grandes e casas maiores, o uso de calçado com velcro ou elástico e não atacadores, ou a forma de os poderem apertar apenas com uma mão. No internamento, a família era também aconselhada a adquirir um fato de treino por ser mais confortável e prático, caso a pessoa concordasse na alteração dos seus hábitos de vestir.

Muitas das pessoas com AVC poderão acarretar uma incontinência, transitória ou instalada, mas multifatorial, com repercussões na sua qualidade de vida física e psicológica. Nos primeiros dias de internamento hospitalar, conforme o nível de independência funcional, a pessoa com AVC era instruída a chamar ajuda para urinar no urinol/arrastadeira ou no WC. A eliminação na arrastadeira de metal, para além de permitir a eliminação, proporciona um estímulo sensorial, imposto pelo metal da mesma. Embora muitas vezes associado à patologia em si, existiram pessoas em que a incontinência já estaria instalada antes do diagnóstico de AVC. Assim, na recolha de dados era contemplada esta característica, junto da pessoa ou família, para que se pudesse realizar uma avaliação situacional mais adequada e, assim, iniciar as intervenções corretas. A gestão da incontinência urinária poderá requerer uma intervenção interdependente, no entanto, a maioria das pessoas evidencia melhorias significativas após técnicas comportamentais, nomeadamente através do treino de hábitos e treino vesical, intervenções independentes do EEER (Stevens, 2011). No internamento, foi mais fácil realizar estas intervenções, uma vez que podemos controlar de perto os hábitos da pessoa e treiná-los. Uma das senhoras com diagnóstico de AVC, A D.^a M.S., apresentava uma bexiga neurogénica desinibida, agravada pela dificuldade na transferência para o WC, que causava perdas de urina para a fralda recorrentes. Optei então por iniciar o treino de hábitos, antecipando a micção e controlando a ingestão hídrica no final do dia, para que não ocorresse nictúria. Após um período de observação, foi possível identificar os períodos em que ocorriam as perdas, o que facilitou a estimulação da micção num horário regular. A D.^a M.S. era então incentivada a urinar nos cuidados de higiene, ou na arrastadeira, ou em cadeira sanitária; após o almoço, onde era colocada a arrastadeira, no leito; antes do lanche e após o jantar, antes do regresso ao leito. No início, foi difícil controlar as perdas, pelos constrangimentos decorrentes de um serviço hospitalar, onde nem sempre era fácil adotar um horário regular e dadas as intervenções multidisciplinares implícitas no internamento. Era ainda controlada a ingestão hídrica da senhora, evitando bebidas diuréticas, que aumentassem em demasia o volume urinário e proporcionassem a ocorrência de perdas urinárias. Após a regularidade dos treinos, ao longo do internamento, e melhoria funcional, a D.^a M.S. foi conseguindo conter a urina, solicitando ajuda para ir ao wc urinar e permanecendo seca, pelo que era elogiada por tal.

A definição dos planos de cuidados de ER implica a abordagem à pessoa na sua globalidade e deve contemplar todas as características e antecedentes da mesma,

visionando-a como um ser holístico. A D.^a I.S., com diagnóstico médico de AVC do hemisfério direito, tinha como antecedentes pessoais, entre outros, ATA esquerda, há 7 anos, tendo dado entrada na UMDR para reabilitação. No entanto, após alta hospitalar, a mesma regressou ao domicílio, onde permaneceu cerca de três meses a aguardar vaga na RNCCI, com a sua família. Neste caso concreto, como já referido anteriormente, não só a senhora apresentava *neglet* do hemicorpo lesado, como apresentada défices de atenção consideráveis, o que dificultava a realização das intervenções planeadas sem a mesma se distrair. Para além disso, a existência da ATA, do lado mais lesado, implicava um cuidado acrescido na mobilização do membro, pelo risco da mesma ser luxada, pelo que, nas mobilizações, eram evitados a rotação externa e interna da articulação coxofemoral, a flexão superior a 90° e a adução para além da linha média corporal, crescendo o facto da mesma apresentar hipoalgesia e hipoestesia tátil no mesmo membro. Foi também necessário trabalhar com o marido desta senhora, que previamente, no domicílio, e sem orientação de profissionais, tinha instituído algumas medidas de reabilitação, desajustadas, nomeadamente a colocação de um rolo na mão do hemicorpo mais lesado (que o mesmo tinha feito), cuja utilização traz mais desvantagens do que benefícios a nível funcional, estimulando a instalação do padrão espástico.

A pessoa com AVC está sujeita a alguns perigos, quer por alterações da sensibilidade, quer por alterações motoras, que aumentam a sua suscetibilidade para algumas lesões, como é o ombro doloroso. Esta alteração, incapacitante e dolorosa, poderá acarretar consequências funcionais e de qualidade de vida graves, sobretudo na realização das AVD, sendo uma consequência recorrente na pessoa com AVC. Na D.^a M.S., anteriormente referida, foi identificada esta lesão, que lhe causava bastante dor e desconforto. A intervenção a este nível passa, sobretudo, pela prevenção de processos luxantes, possível pelo posicionamento e mobilização adequada do membro, uma vez que a articulação escapulo-umeral, do hemicorpo mais lesado, está menos protegida, por debilidade sensório-motora, muscular e sensorial. A prevalência desta síndrome é frequente e pode surgir entre 2 semanas a 4 meses após a doença. As intervenções mais eficazes passam pela estimulação elétrica funcional, a mobilização articular suave, massagem, acupressão e aromoterapia e bloqueio do nervo supraescapular (Neves & Barbosa, 2016). Do meu interesse nesta problemática e após participação no congresso internacional de enfermagem de reabilitação da APER, foi possível aprofundar conhecimentos sobre a aplicabilidade das ligaduras funcionais e das bandas neuromusculares. Embora já sem tempo de propor a sua

aplicação à pessoa identificada com síndrome do ombro doloroso, foi possível identificar estudos que comprovam a eficácia das bandas neuromusculares na pessoa com AVC, na redução da dor e subluxação do ombro e na melhoria da funcionalidade (pelo aumento da amplitudes articulares e aumento da atividade muscular), após 3 semanas de aplicação das mesmas (Huang, et al., 2017; Yang, Yang, & He, 2018).

O regresso ao domicílio da pessoa com AVC pode ser um fator stressante, implicando a alteração da rotina familiar e interferindo na autogestão da dinâmica. Por muito que os profissionais se esforcem pelo sucesso da alta, na realização dos ensinamentos e intervenções adequadas, nem sempre as famílias e os doentes estão em sintonia com a equipa, podendo não mostrar disponibilidade para acarretar informação pertinente ou ter consciência dos exatos problemas com que se irão deparar. Na UMDR, existia um seguimento após a alta. Após uma semana, os doentes eram contactados, obtendo-se um *feedback* da permanência no domicílio e as necessidades não satisfeitas. Assim, era possível filtrar o que não tinha corrido dentro das expectativas e encontrar soluções ou alternativas. Já no domicílio, era mais fácil lidar com a incapacidade da pessoa, podendo solucionar, presencialmente, eventuais dificuldades ou encaminhar, se necessário.

Sabe-se que, para uma melhor adaptação da família como cuidadora, no regresso a casa, o enfermeiro deve desenvolver estratégias educacionais aos familiares, que passem, sobretudo, pela demonstração das intervenções ou pela observação direta do desempenho dos familiares. O mesmo fá-los sentir mais seguros e confiantes, reduzindo o *stress* e ansiedade, melhorando a sua qualidade de vida e mesmo incrementando o processo de reabilitação (Serra, 2010; Grant et al., 2014; Costa et al., 2015).

Embora possamos fornecer informação, os cuidadores muitas vezes não se recordam da mesma, pelo que deve ser fornecida num formato escrito (Grant et al., 2014), de fácil acesso e leitura. Assim, e tendo em conta que, no processo de internamento na UMDR, a pessoa com AVC ia a casa durante os fins-de-semana, para se adaptar ao ambiente, surgiu a necessidade de elaborar um folheto informativo sobre posicionamentos, onde se explica a importância de um posicionamento correto e como o mesmo deve ser feito (apêndice IX).

A gestão da incapacidade na pessoa com AVC é complexa, intensa e, por vezes, geradora de *stress* e alguma frustração, quando não são alcançados os resultados desejados rapidamente. A mesma e sua família devem ser, desde o início, responsabilizados pelo processo de reabilitação, uma vez que sem a força de vontade

e empenho nas atividades diárias, os objetivos poderão dissipar-se. O EEER, com o seu vasto leque de conhecimentos e competências, é o profissional melhor qualificado para, dentro de uma equipa multidisciplinar, dar resposta às necessidades da pessoa e família, como unidade de cuidados, valorizando as suas expectativas e intervindo na redução da sua incapacidade e maximização da funcionalidade e autonomia. Assim, e tendo em conta os cinco objetivos definidos para este campo de competências, para o qual contribuíram os estágios realizados e experiência dos enfermeiros orientadores, considero que os mesmos foram alcançados com sucesso, fundamentando-o no balanço positivo das atividades realizadas nesta área e descritas ao longo deste subcapítulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para facilitar a integração dos conceitos deste trabalho, poderá consultar-se o mapa conceitual elaborado em apêndice X, que relaciona o conteúdo teórico e as intervenções do EEER, numa lógica de conclusão e visualização macro da problemática em estudo.

O AVC é uma das doenças incapacitantes da atualidade e um problema mundial, que deriva da evolução científico-tecnológica e do conseqüente incremento da esperança média de vida, existindo mais pessoas com AVC. A maximização do potencial funcional da pessoa implica a conjugação de vários fatores, mas é inequívoca a importância da intervenção do EEER. A reabilitação deve começar no contacto inicial com o doente na restauração da sua funcionalidade e nível de independência, sendo que este processo ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida, com dignidade e melhor auto-estima, onde a mesma é ajudada a adaptar-se à sua incapacidade, aprendendo a usar os seus recursos e a focalizar as capacidades existentes (Ventura, 2002).

A atuação do EEER perante a pessoa com AVC é ampla e demanda uma avaliação integrativa do seu estado geral, funcional e emocional, o que implica o conhecimento da pessoa, a inclusão da sua família no processo e a gestão do ambiente. É impossível que a intervenção do EEER na pessoa com AVC passe apenas pela reeducação motora, mas esta constitui-se como fulcral no desempenho da mesma ao nível da sua independência na satisfação das suas necessidades de autocuidado. A este nível, várias técnicas e intervenções foram desenvolvidas, a par da evolução tecnológica, algumas com bons resultados ao nível da funcionalidade da pessoa com AVC, embora, em Portugal, não se encontrem ainda disseminadas ou requeiram uma intervenção interdependente. No seu plano de RFM, o EEER deverá incluir uma combinação de técnicas e métodos de intervenção, que deverão ser personalizados para cada doente, não havendo evidência de que um seja melhor do que o outro. Espera-se assim, a restauração da funcionalidade perdida e de maior independência na realização das AVD, que trará, decerto, uma melhor auto-estima, auto-imagem e qualidade de vida. Decerto que as sequelas de um AVC poderiam ser minoradas se todas as pessoas tivessem acesso a cuidados de reabilitação, num limite temporal próximo à ocorrência da doença e antes mesmo da alta hospitalar, o que justifica a pertinência dos EEER nas diferentes equipas multidisciplinares.

De uma forma geral, considero que o que diferencia o trabalho de EE é a simplicidade com que o mesmo pode adaptar determinados exercícios e técnicas, às capacidades das pessoas e ao seu dia-a-dia, no seio do seu domicílio, ou num contexto mais controlado, de internamento, que permitem uma ampla integração e estimulação da pessoa com necessidades especiais.

Posso afirmar que a minha formação em enfermagem de reabilitação não culminará com este relatório. Pelo contrário, é um longo caminho a percorrer e que, como refere Hesbeen (2001) começou desde o início da prestação de cuidados como enfermeira generalista e caminha agora sobre o presente curso de formação. No entanto, a mesma não se encontra terminada, pois embora as competências tenham sido adquiridas de uma forma geral, é necessário fortificar a prática no domínio da ER, para que possa ser alcançado o nível de perícia (Hesbeen, 2001). Assim, e para que tal seja possível, num futuro próximo, espero poder integrar a equipa de EEER da minha instituição e ser reconhecida como tal. Para além disso, equaciono a continuidade da investigação na área e a eventualidade de publicar um artigo, que possa ser integrado numa edição da revista portuguesa de enfermagem de reabilitação. Concomitantemente, a formação aos pares e outros profissionais de saúde fará, decerto, parte dos meus objetivos pessoais, a serem integrados nos meus objetivos profissionais.

Finalmente, considero que o EEER não deverá circunscrever a sua intervenção ao domínio da ER, devendo, pelo contrário, ser capaz de alargar o seu olhar de enfermeiro generalista e acrescentar os conhecimentos de EE adquiridos a uma visão mais abrangente, evidenciando um foco de atuação mais amplo, que lhe permita expandir as suas capacidades profissionais. Deste modo, ambiciono que essa mesma visão esteja espelhada neste relatório de atividades, esperando que a mesma faça igualmente parte do meu futuro enquanto EEER.

Na retrospectiva deste relatório e com o que acima foi descrito, reforço, assim, o alcance das competências previstas para a aquisição do título profissional de EEER, que se harmonizam com os descritores de Dublin de qualificação para o segundo ciclo de estudos, desenvolvidos pelo *Joint Quality Initiative Group*, para facilitar a comparação de ciclos de formação à escala europeia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akosile, C., Banjo, T., Okoye, E., Ibikunle, P., & Odole, A. (2018). Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16 (1), 1-7. Acedido em: 10-12-2018. Doi:10.1186/s12955-018-0885-z.
- Alexandrov, A. (2010). What is a stroke. In J. Williams, L. Perry, & C. Watkins (Eds.), *Acute Stroke Nursing* (pp. 33-65). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Amann, G. P. (2012). *Programa nacional de prevenção de acidentes. Projeto: Com mais cuidado. Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas. Manual de apoio e formulário*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE.
- Baune, B., Schmidt, W., Roerler, A., & Berger, K. (2009). Functional consequences of subcortical white matter lesions and MRI-defined brain infarct in elderly general population. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 22 (4), 266-273. Acedido em 01-12-2018. Doi:10.1177/0891988709342722.
- Bello-Haas, V. D. (2007). Amyotrophic lateral sclerosis. In S. O'Sullivan, & T. Schmitz, *Physical Rehabilitation* (pp. 819-852). Philadelphia: E.A. Davis Company.
- Benjamin, E., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M., Callaway, C., Carson, A., Chamberlain, A., ... (2019). Heart disease and stroke statistics - 2019 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139, e56-e528. Acedido em: 13-04-2019. Disponível em: <http://ahajournals.org>.
- Billinger, S., Coughenour, E., MackKay-Lyons, M., & Ivey, F. (2012). Reduced cardiorespiratory fitness after stroke: Biological consequences and exercise-induced adaptations. *Stroke Research and Treatment*, 1-11. Acedido a: 20-04-2018. Doi:10.1155/2012/959120.
- Bobath, B. (1978). *Hemiplegia no adulto: Avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole.
- Borella, M., & Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista neurociências*, 17 (2), 161-169. Acedido em 10-04-2018. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2002/14.pdf>
- Bowden, M., Woodbury, M., & Duncan, P. (2013). Promoting neuroplasticity and recovery after stroke: Future directions for rehabilitation clinical trials. *Current opinion in neurology*, 26 (1), 37-42. Acedido em 10-04-2018. Doi: 10.1097/WCO.0b013e32835c5ba0.

- Braga, R. (2017a). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2017b). Reeducação da deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Burres, S., & Richards, E. (2016). Incorporating pets into acute inpatient rehabilitation: A case study. *Rehabilitation Nursing*, 41 (6), 336-341. Acedido em: 24-03-2018. Doi:10.1002/rnj.260.
- Carmo, J., Morelato, R., Pinto, H., & Oliveira, E. (2015). Incapacidade após acidente vascular cerebral: Uma revisão sistemática. *Fisioterapia em Movimento*, 28 (2), 407-418. Acedido em 01-03-2018. Doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.028.002.AR02>.
- Chaves, C. J. (2011). Ischemic stroke. In H. R. Jones, J. Srinivasan, G. J. Allam, & R. A. Baker (Eds.), *Netter's Neurology* (pp. 497-577). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Cordeiro, M. C., & Menoita, E. (2012). Reeducação funcional respiratória. In M. C. Cordeiro, & E. Menoita, *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Loures: Lusociência.
- Costa, T., Costa, K., Fernandes, M., Martins, K., & Brito, S. (2015). Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: Associação com características e sobrecarga. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 49 (2), 245-252. Acedido em 30-09-2018. Doi:10.1590/S0080-623420150000200009.
- Decreto-Lei n.º161/1996, de 4 de setembro (1996). Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série A (N.º205 de 04-09-1996), 2959-2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho (2006). Cria a rede nacional de cuidados continuado integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 109 de 06-06-2006), 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei n.º163/2006, de 8 de agosto (2006). Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, revogando o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio. Ministério do

Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República*, I Série A (N.º152 de 08-08-2006), 5670-5689. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/163/2006/08/08/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei n.º93/2009, de 16 de abril (2009). Aprova o sistema de atribuição de produtos de apoio a pessoas com deficiência e a pessoas com incapacidade temporária. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República*, I Série (N.º74 de 16-04-2009), 2275-2277. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/93/2009/04/16/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei n.º42/2011, de 23 de março (2011). Define um regime transitório do financiamento dos produtos de apoio a pessoas com deficiência e da identificação da lista desses produtos e altera o Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de Abril, que cria o sistema de atribuição de produtos de apoio a pessoas com deficiência e a pessoas com incapacidade temporária. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República*, I Série (N.º58 de 23-03-2011), 1617-1617. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/42/2011/03/23/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º149 de 05-08-2014), 4069-4071. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho (2015). Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º145 de 28-07-2015), 5081-5091. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/136/2015/07/28/p/dre/pt/html>.

Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa (s.d.). Porto: Porto Editora. Acedido em janeiro de 2019, de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>.

D'Ippolito, M., Aloisi, M., Azicnuda, E., Silvestro, D., Giutini, M., Verni, F., . . . Bivona, U. (2018). Changes in caregivers lifestyle after severe acquired brain injury: A preliminary investigation. *Biomed Research International*, 1-14. Acedido em: 30-09-2018. Doi:10.1155/2018/2824081.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2010). *Acidente vascular cerebral: Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel.

- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). Norma n.º 54/2011 - Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e reabilitação. Acedido em: 01-05-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>.
- Drača, S. (2012). Gender and stroke lateralization: Factors of functional recovery after the first-ever unilateral stroke? *Neurorehabilitation*, 30 (3), 247-254. Doi:10.3233/NRE-2012-0752.
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2010). Avaliação familiar: Do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9 (3), 552-559. Acedido em 31-03-2018. Doi:10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559.
- Fricke, J. (2010). Activities of daily living. New York: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1959.9/378259>.
- Grant, J., Hunt, C., & Steadman, L. (2014). Common caregiver issues and nursing interventions after a stroke. *Stroke*, 45, e151-e153. Acedido em: 30-09-2018. Doi:10.1161/STROKEAHA.114.005094.
- Hatem, S., Saussez, G., Faille, M., Prist, V., Zhang, X., Dispa, D., & Bleyenheuft, Y. (2016). Rehabilitation of motor function after stroke: A multiple systematic review focused on techniques to stimulate upper extremity recovery. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 1-22. Acedido em 29-04-2018. Doi:10.3389/fnhum.2016.00442.
- Hesbeen, W. (2001). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade funcional das actividades de vida diária. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 209-270). Loures: Lusodidata.
- Huang, Y.-C., Chang, K.-H., Liou, T.-H., Cheng, C.-W., Lin, L.-F., & Huang, S.-W. (2017). Effects of kinesio taping for stroke patients with hemiplegic shoulder pain: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 49 (3), 208-215. Acedido em: 13-04-2019. Doi:10.2340/16501977-2197.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019). *Estatísticas oficiais: Causas de morte 2017*. Lisboa: INE.
- International Council of Nurses (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Isaac, V., Stewart, R., & Krishnamoorthy, E. (2011). Caregiver burden and quality of life of older persons with stroke: A community hospital study in south India. *Journal of Applied Gerontology*, 30 (5), 643-654. Acedido em: 30-09-2018. Doi:10.1177/0733464810369340.
- Jam, J. G. (2017). Reorganização da rede familiar após Acidente vascular encefálico. *Revista Cubana de Enfermeria*, 33 (3), pp. 1-12. Acedido em: 30-03-2018. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/918/281>.
- Johnstone, M. (1978). *Restoration of motor function in the stroke patient: A physiotherapist's approach*. London: Churchill Livingstone.
- Johnstone, M. (1979). *O paciente hemiplégico: Princípios de reabilitação*. São Paulo: Manole.
- Kilbride, C., & Kneafsey, R. (2010). Management of physical impairments post-stroke. In J. Williams, L. Perry, & C. Watkins (Eds.), *Acute Stroke: Nursing* (pp. 152-183). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Kleim, J. (2011). Neural plasticity and neurorehabilitation: Teaching the new brain old tricks. *Journal of communication disorders*, 44 (5), 521-528. Acedido em: 10-04-2018. Doi:10.1016/j.jcomdis.2011.01.006.
- Laver, K., Lange, B., George, S., Deutsch, J., Saposnik, G., & Crotty, M. (2018). Virtual reality for stroke rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, 11, 1-183. Acedido em: 29-04-2018. Doi:10.1002/14651858.CD008349.pub4.
- Legge, S., Saposnik, G., Nilanont, Y., & Hachinski, V. (2006). Neglecting the difference: Does right or left matter in stroke outcome after thrombolysis? *Stroke*, 37, 2066-2069. Acedido em: 01-05-2018. Doi:10.1161/01.STR.0000229899.66019.62.
- Lessmann, J., & Borenstein, M. (2011). Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (1), 198-202. Acedido em 01-05-2018. Doi:10.1590/S0034-71672011000100030.
- Marshall, J., Hilari, K., & Cruice, M. (2010). Communication. In J. Williams, L. Perry, & C. Watkins (Eds.), *Acute Stroke: Nursing* (pp. 184-204). United Kingdom: Wiley-Blackwell.

- Mauk, K. (2006). Nursing interventions within the Mauk model of poststroke recovery. *Rehabilitation Nursing*, 31 (6), 257-264. Acedido em: 01-05-2018. Doi:10.1002/j.2048-7940.2006.tb00022.x.
- Mauk, K., Lemley, C., Pierce, J., & Schmidt, N. (2011). The Mauk model for poststroke recovery: Assessing the phases. *Rehabilitation Nursing*, 36 (6), 241-247. Acedido em: 01-05-2018. Doi:10.1002/j.2048-7940.2011.tb00089.x.
- Mehrholz, J., Thomas, S., & Elsner, B. (2017). Treadmill training and body weight support for walking after (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, 8. Acedido em: 29-04-2018. Doi:10.1002/14651858.CD002840.pub4.
- Menant, J., Steele, J., Menz, H., Munro, B., & Lord, S. (2008). Optimizing footwear for older people at risk of falls. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45 (8), 1167-1182. Acedido em: 03-02-2019. Doi:10.1682/JRRD.2007.10.0168.
- Menezes, K., Nascimento, L., Ada, L., Polese, J., Avelino, P., & Teixeira-Salmela, L. (2016). Respiratory muscle training increases respiratory muscle strength and reduces respiratory complications after stroke: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 62, 138-144. Acedido a: 01-05-2018. Doi:10.1016/j.jphys.2016.05.014.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Neves, A. F., & Barbosa, A. C. (2016). Ombro doloroso do hemiplégico: Da prevenção ao tratamento. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e reabilitação*, 28 (2), pp. 29-34. Acedido a: 03-02-2019. Doi:<http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.232>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe_guiavertebro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Rede nacional de cuidados continuados integrados: Referencial do enfermeiro*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem do Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNC_CI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Parecer n.º 12/2011 - parecer sobre atividades de vida diária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2014a). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2014b). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 01-04-2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (5ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Pedersen, M., Bundgaard, T., Zeeman, P., Jørgensen, J., & Sørensen, P. (2016). Action research in rehabilitation with chronic stroke recovery: A case report with a focus on neural plasticity. *NeuroRehabilitation*, 39, 261-272. Acedido em: 29-04-2018. Doi:10.3233/NRE-161356.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (2ª ed., pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Pollock, A., Baer, G., Campbell, P., Choo, P., Forster, A., Morris, J., . . . Langhorne, P. (2014). Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, 4, 1-422. Acedido em: 29-04-2018. Doi:10.1002/14651858.CD001920.pub3.
- Pollock, R., Rafferty, G., Moxham, J., & Kalra, L. (2013). Respiratory muscle strength and training in stroke and neurology: A systematic review. *International Journal of Stroke*, 8, 124-130. Acedido em: 29-04-2018. Doi:10.1111/j.1747-4949.2012.00811.x.
- Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro (2017). Procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 24 de 02-02-2017), 608-629. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/50/2017/02/02/p/dre/pt/html>.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (3), 157-164. Acedido a 01-05-2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.
- Rothgangel, A., & Braun, S. (2013). *Mirror therapy: Practical protocol for stroke rehabilitation*. Munich: Pflaum Verlag. Doi:10.12855/ar.sb.mirrortherapy.e2013.

- Sainburg, R., & Duff, S. (2006). Does motor lateralization have implications for stroke rehabilitation? *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 43 (3), 311-322. Acedido em: 01-05-2018. Doi:10.1682/JRRD.2005.01.0013.
- Santos, A., Pêla, J., Ferreira, M. F., & Trindade, N. (2014). O papel da enfermagem de reabilitação nos cuidados paliativos. In A. Costa, & M. Othero (Coord.), *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 163-178). Loures: Lusodidacta.
- Santos, R., & Oliveira, C. (2015). Contributos da intervenção do Enfermeiro de reabilitação na evolução da independência funcional do doente após acidente vascular cerebral. In A. Morais, A. Cruz, & C. Oliveira, *Enfermagem de Reabilitação - Percursos de Investigação. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 17-33). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Schoeller, S., Martins, M. M., Ribeiro, I., Lima, D., Padilha, M., & Gomes, B. (2018). Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (1), pp. 7-13. Acedido em 28-01-2019. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERn0.pdf>.
- Serra, M. (2010). O regresso a casa do doente com AVC: Um desafio de reabilitação para a enfermagem e para a família. *Enformação*, 13, pp. 20-25.
- Silva, S., Borges, L., Santiago, L., Lucena, L., Lindquist, A., & Ribeiro, T. (2018). Motor imagery for gait rehabilitation after stroke (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2018*, 5, 1-13. Acedido em: 29-04-2018. Doi:10.1002/14651858.CD013019.
- Smith, E. (2010). Leukoaraiosis and stroke. *Stroke*, 41 (10), S139-S143. Acedido em 10-12-2018. Doi:10.1161/STROKEAHA.110.596056.
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) (2016). *O essencial sobre acidente vascular cerebral (AVC): Guia prático para a população*. Lisboa: Raio X. Acedido em: www.spavc.org.
- Stevens, K. (2011). Eliminação e continência urinária. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 351-385). Loures: Lusodidacta.
- Stewart, J., & Cramer, S. (2017). Genetic variation and neuroplasticity: Role in rehabilitation after stroke. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 47, S17-S23. Acedido em: 10-04-2018. Doi:10.1097/NPT.0000000000000180.

- Stroke Association (2018). *State of the nation: Stroke Statistics*. Londres: Stroke Association. Acedido em: <https://www.stroke.org.uk/>.
- Takase, E. (2005). Neurociência do esporte e do exercício. *Neurociências*, 2 (5), 1-7. Acedido em 01-05-2018. Disponível em: <http://www.educacaocerebral.com/soft/takase.pdf>.
- Thieme, H., Morkisch, N. M., Pohl, M., Behrens, J., Borgetto, B., & Dohle, C. (2018). Mirror therapy for improving motor function after stroke (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2018*, 7. Acedido em: 29-04-2018. Doi:10.1002/14651858.CD008449.pub3.
- Trapl, M., Enderle, P., Noworny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*, 38 (11), 2948-2952. Acedido em: 01-12-2018. Doi:10.1161/STROKEAHA.107.483933.
- Ventura, M. C. (2002). Independência funcional em doentes com AVC: Influência do hemisfério afetado. *Revista Referência*, n.º9, 31-40.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de atividades de vida diária. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (2ª ed., pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.
- Vitor, A., Lopes, M., & Araujo, T. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14 (3), 611-616. Acedido em: 01-05-2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025>.
- Warraich, Z., & Kleim, J. (2010). Neural plasticity: The biological substrate for neurorehabilitation. *Physical Medicine and Rehabilitation Journal*, 2, S208-S219. Acedido em: 10-04-2018. Doi:10.1016/j.pmrj.2010.10.016.
- World Health Organization (WHO) (1978). *Cerebrovascular disorders: A clinical and research classification*. Geneva: WHO. Acedido em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37194>.
- World Stroke Organization (2011). *World stroke campaign*. Geneva: World Stroke Organization. Acedido em: <https://www.worldstrokecampaign.org/>.
- Yang, L., Yang, J., & He, C. (2018). The effect of kinesiology taping on the hemiplegic shoulder pain: A randomized controlled trial. *Journal of Healthcare Engineering*, 2018, 1-7. Acedido em:20-02-2019. Doi:doi.org/10.1155/2018/8346432.

APÊNDICES

APÊNDICE I – OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Atividades referentes às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos
<p>1. Desenvolver processos de tomada de decisão e práticas de cuidados, suportados em princípios éticos, valores e normas deontológicas, que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação de parceria com a pessoa cuidada, incluindo-a nas decisões sobre a sua saúde - Identificar as necessidades da pessoa alvo de cuidados - Tomar decisões de cuidados com base no respeito pelos princípios éticos e deontológicos - Participar em reuniões, formais ou informais, de tomada de decisão, em equipa multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelece uma relação de parceria com a pessoa cuidada, incluindo-a nas decisões sobre a sua saúde - Identifica as necessidades da pessoa alvo de cuidados - Toma decisões de cuidados com base no respeito pelos princípios éticos e deontológicos - Respeita os valores, convicções, crenças pessoais e religiosas da pessoa - Participa em reuniões, formais ou informais, de tomada de decisão, em equipa multidisciplinar 	<p><u>Humanos</u>: EEER, profissionais da equipa multidisciplinar, docente orientador, cliente e família</p> <p><u>Materiais</u>: código deontológico; legislação reguladora da praxis; regulamentos de competências</p> <p><u>Físicos</u>: hospital e UCCI</p> <p><u>Temporais</u>: Setembro a Fevereiro</p>
<p>2. Colaborar com a equipa de saúde na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reunir informalmente com o EEER orientador, enfermeiro chefe e outros membros da equipa multidisciplinar - Usar os resultados da evidência científica e de normas de boas práticas nos cuidados efetuados - Partilhar conhecimentos sobre evidência científica e de boas práticas com a equipa 	<ul style="list-style-type: none"> - Integra a equipa multidisciplinar - Usar os resultados da evidência científica e de normas de boas práticas nos cuidados efetuados - Partilha conhecimentos sobre evidência científica e de boas práticas com a equipa - Elabora registos de enfermagem que traduzam a qualidade dos cuidados prestados 	<p><u>Humanos</u>: EEER, profissionais da equipa multidisciplinar, docente orientador, cliente e família</p> <p><u>Materiais</u>: normas de qualidade e de boas práticas; regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar registos de enfermagem que traduzam a qualidade dos cuidados prestados - Colaborar com a equipa de saúde no planeamento e desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora com a equipa de saúde no planeamento e desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade 	<p>sistema de informação em enfermagem</p> <p><u>Físicos:</u> hospital e UCCI</p> <p><u>Temporais:</u> Setembro a Fevereiro</p>
<p>3. Contribuir para a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar necessidades físicas e ambientais da pessoa cuidada/família/grupo - Observar o ambiente psicossocial que envolve a pessoa cuidada/família/grupo - Modificar as características ambientais prejudiciais - barreiras arquitetónicas, produtos de apoio, ergonomia - Envolver a família nos cuidados, assegurando necessidades culturais e espirituais - Colaborar na identificação e gestão de recursos físicos, materiais e humanos dos locais de estágio - Adotar comportamentos seguros na prestação de cuidados e difundi-los 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoriza necessidades físicas e ambientais da pessoa cuidada/família/grupo - Observa o ambiente psicossocial que envolve a pessoa cuidada/família/grupo - Modifica as características ambientais prejudiciais - barreiras arquitetónicas, produtos de apoio, ergonomia - Envolve a família nos cuidados, assegurando necessidades culturais e espirituais - Colabora na identificação e gestão de recursos físicos, materiais e humanos dos locais de estágio - Adota comportamentos seguros na prestação de cuidados e difundi-los 	<p><u>Humanos:</u> EEER, profissionais da equipa multidisciplinar, docente orientador, cliente e família</p> <p><u>Materiais:</u> produtos de apoio, outros</p> <p><u>Físicos:</u> hospital e UCCI</p> <p><u>Temporais:</u> Setembro a Fevereiro</p>

<p>4. Cooperar na tomada de decisão da equipa multidisciplinar, na otimização do processo de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a equipa de pares e multidisciplinar - Observar a dinâmica e organização da equipa - Intervir nas tomadas de decisão, através da otimização da informação disponível e da avaliação específica dos cuidados especializados - Referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Integra a equipa de pares e multidisciplinar - Observa a dinâmica e organização da equipa - Intervém nas tomadas de decisão, através da otimização da informação disponível e da avaliação específica dos cuidados especializados - Referencia para outros prestadores de cuidados de saúde 	<p><u>Humanos</u>: EEER, profissionais da equipa multidisciplinar, docente orientador, cliente e família</p> <p><u>Materiais</u>: reuniões multidisciplinares e de equipa; sistema de informação em enfermagem; computador</p> <p><u>Físicos</u>: hospital e UCCI</p> <p><u>Temporais</u>: Setembro a Fevereiro</p>
<p>5. Favorecer as aprendizagens nos contextos de trabalho, com vista ao desenvolvimento de habilidades e competências profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as oportunidades de aprendizagem nos contextos de estágio/trabalho, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista - Identificar as necessidades formativas nos contextos de trabalho - Colaborar em ações formativas, formais ou informais, desenvolvidas nos contextos de trabalho, no âmbito das equipas ou da prestação de cuidados à pessoa e família - Avaliar o impacto da formação realizada, com questionários ou validação da informação retida 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica as oportunidades de aprendizagem nos contextos de estágio/trabalho, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista - Identifica as necessidades formativas nos contextos de trabalho - Colabora em ações formativas desenvolvidas em contextos de trabalho, no âmbito das equipas ou da prestação de cuidados à pessoa e família - Avalia o impacto da formação realizada 	<p><u>Humanos</u>: EEER, profissionais da equipa multidisciplinar, docente orientador, cliente e família</p> <p><u>Materiais</u>: pesquisa bibliográfica, questionários</p> <p><u>Físicos</u>: hospital, UCCI e local de trabalho</p> <p><u>Temporais</u>: Setembro a Fevereiro</p>

Atividades referentes às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos
<p>6. Avaliar a funcionalidade da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida</p> <p>7. Conceber planos de intervenção ao nível das alterações sensório-motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, de alimentação e eliminação, com vista à promoção das capacidades adaptativas e de autocuidado</p> <p>8. Avaliar as intervenções planeadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher informação pertinente do processo clínico - Utilizar escalas de avaliação da funcionalidade (escala de força MRC, índice de <i>Barthel</i>, escala modificada de <i>Ashworth</i>, MIF) e outras existentes nos serviços - Avaliar a existência e impacto de alterações neurológicas, cardiorrespiratórias, sensório-motoras, cognitivas, de alimentação e eliminação (consulta do processo clínico, exames complementares de diagnóstico, exame físico da pessoa) - Identificar as prioridades de recuperação da pessoa, resultados esperados e expectativas - Implementar intervenções de reeducação funcional respiratória e motora - Ensinar técnicas específicas para melhoria do desempenho funcional da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais de recuperação 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolhe informação pertinente do processo clínico - Utiliza escalas de avaliação da funcionalidade (escala de força MRC, índice de <i>Barthel</i>, escala modificada de <i>Ashworth</i>, MIF) e outras existentes nos serviços - Avalia a existência e impacto de alterações neurológicas, cardiorrespiratórias, sensório-motoras, cognitivas, de alimentação e eliminação (consulta do processo clínico, exames complementares de diagnóstico, exame físico da pessoa) - Identifica as prioridades de recuperação da pessoa, resultados esperados e expectativas - Implementa intervenções de reeducação funcional respiratória e motora - Ensina técnicas específicas para melhoria do desempenho funcional da 	<p><u>Humanos:</u> EEER, profissionais da equipa multidisciplinar, docente orientador, cliente e família</p> <p><u>Materiais:</u> processo clínico, escalas de avaliação, instrumentos de avaliação da funcionalidade, produtos de apoio, exames auxiliares de diagnóstico</p> <p><u>Físicos:</u> hospital e UCCI</p> <p><u>Temporais:</u> Setembro a Fevereiro</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar à pessoa e cuidador, técnicas específicas de autocuidado - Selecionar produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) adequados às necessidades de cada pessoa - Consultar bibliografia específica - Avaliar o impacto das intervenções planeadas, pela reaplicação das escalas e ganhos em saúde 	<p>pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais de recuperação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensina à pessoa e cuidador, técnicas específicas de autocuidado - Seleciona produtos adequados às necessidades de cada pessoa - Consulta bibliografia específica - Avalia o impacto das intervenções planeadas 	
<p>9. Orientar a pessoa para a eliminação das barreiras que limitem a sua atividade ou participação social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar recursos da pessoa e comunidade (apoios externos, recursos comunitários) que podem facilitar a sua integração - Orientar para a existência de barreiras arquitetónicas e para a sua eliminação - Assegurar a articulação com estruturas e equipamentos sociais da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica recursos da pessoa e comunidade (apoios externos, recursos comunitários) que podem facilitar a sua integração - Identifica a existência de barreiras arquitetónicas e fornece orientação para a sua eliminação - Assegura a articulação com estruturas e equipamentos sociais da comunidade 	<p><u>Humanos:</u> EEER, profissionais da equipa multidisciplinar, docente orientador, cliente e família</p> <p><u>Materiais:</u> recursos da comunidade, produtos de apoio</p> <p><u>Físicos:</u> hospital e UCCI</p> <p><u>Temporais:</u> Setembro a Fevereiro</p>

Atividades referentes às Competências Específicas do Projeto de Formação

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos
<p>10. Conhecer as intervenções do EEER, bem como técnicas alternativas e recentes, na área da reeducação motora da pessoa com AVC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar pesquisa bibliográfica sobre a problemática, alargando a pesquisa a outras áreas profissionais - Ler sobre intervenções inovadoras e recentes na reabilitação motora da pessoa com AVC - Observar, criticamente, as intervenções do EEER orientador do local - Realizar momentos de partilha e discussão dos resultados de pesquisa nos locais de estágio e com docente orientador - Selecionar os dados relevantes, a incluir no relatório de estágio 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta dados de pesquisa bibliográfica (artigos, livros, revistas) - Procura oportunidades de aprendizagem - Partilha resultados de pesquisa - Inclui os dados recolhidos no relatório de estágio 	<p><u>Humanos:</u> EEER, profissionais da equipa multidisciplinar, docente orientador e enfermeiro orientador</p> <p><u>Materiais:</u> livros, artigos científicos, revistas de enfermagem ou outras áreas profissionais, computador (sites de pesquisa), escalas de avaliação, instrumentos de medida, produtos de apoio disponíveis, processo clínico</p>
<p>11. Avaliar a pessoa com AVC ao nível da funcionalidade e alterações sensório-motoras e perceptivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher informação relevante do processo clínico - Realizar um exame físico e neurológico completo à pessoa com AVC - Aplicar escalas de avaliação da funcionalidade (escala de força MRC, índice de <i>Barthel</i>, escala modificada de <i>Ashworth</i>, MIF) e outras existentes nos serviços - Utilizar adequadamente instrumentos de medida da amplitude articular (goniómetro) 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolhe informação pertinente - Realiza um exame físico e neurológico à pessoa com AVC - Utiliza adequadamente escalas de avaliação da funcionalidade (escala de força MRC, índice de <i>Barthel</i>, escala modificada de <i>Ashworth</i>, MIF) e outras existentes nos serviços - Utiliza adequadamente instrumentos de medida da amplitude articular (goniómetro) 	<p><u>Físicos:</u> biblioteca, hospital e UCCI</p> <p><u>Temporais:</u> Setembro a Fevereiro</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar, criticamente, exames auxiliares de diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta o processo clínico e exames complementares de diagnóstico 	
<p>12. Desenvolver técnicas de reeducação motora que maximizem o desempenho a nível motor e cardio-respiratório da pessoa com AVC</p> <p>13. Operacionalizar treinos específicos de AVD, utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), com vista à maximização da capacidade funcional da pessoa com AVC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar programa(s) de reeducação funcional motora da pessoa com AVC - Ensinar técnicas específicas de treino motor com a pessoa com AVC e seu cuidador - Selecionar produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) adequados às necessidades de cada pessoa - Realizar treinos específicos de AVD, utilizando produtos de apoio - Reformular o programa, de acordo com as necessidades específicas da pessoa com AVC 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementa programa(s) de reeducação funcional motora da pessoa com AVC - Ensina técnicas específicas de treino motor com a pessoa com AVC e cuidador - Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) adequados às necessidades de cada pessoa - Realiza treinos específicos de AVD, utilizando produtos de apoio - Reformula os programas implementados, sempre que se justifique 	
<p>14. Promover a mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa com AVC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar recursos da pessoa e comunidade (família, amigos, apoios externos, recursos comunitários, que podem facilitar a sua integração) - Identificar a existência de barreiras arquitetónicas - Orientar a pessoa/família para a eliminação das barreiras arquitetónicas existentes - Assegurar a articulação com estruturas e equipamentos sociais da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica recursos da pessoa e comunidade (família, amigos, apoios externos, recursos comunitários, que podem facilitar a sua integração) - Identifica a existência de barreiras arquitetónicas - Orienta a pessoa/família para a eliminação das barreiras arquitetónicas existentes - Assegurar a articulação com estruturas e equipamentos sociais da comunidade 	

**APÊNDICE II – RESUMO DO MODELO DE MAUK DE
RECUPERAÇÃO PÓS-AVC**

Tabela 5 – Resumo do Modelo de Mauk de Recuperação pós-AVC

Fase	Subtema – sentimentos e relatos associados à fase	Tarefa do doente	Tarefa do Enfermeiro
Agonizing (agonizante)	Choque, medo, pensamentos sobre morte, perda, solidão, questionamento	Sobrevivência	Providenciar conforto, proteção e cuidado físico; ajudar na distinção de medos reais e fantasiados
Fantasizing (fantasia)	Ilusão, miragem de recuperação	Proteção do ego	Orientação para a realidade e suporte emocional; encorajar sem oferecer falsas esperanças; promover boa auto-imagem
Realizing (compreensão)	Realidade, depressão, raiva, exaustão	Encarar realidade	Suporte emocional e psicossocial; encorajar expressão de sentimentos; estar alerta para tentativas de suicídio e depressão; maximizar energia disponível através de técnicas de conservação da mesma
Blending (harmonização)	Esperança, aprendizagem, conflito, lidar com as mudanças (auto e hetero-percepção)	Adaptação	Ensino; envolver família; explicar propósito de dispositivos de adaptação e como usá-los; explicar complicações do AVC
Framing (enquadramento)	Relatos referem: fazer o “luto”; tentar descobrir porque teve um AVC; analisar a sua experiência; estar contente por ter sobrevivido; encontrar nova alegria na vida; refletir sobre possíveis influências formativas	Reflexão	Ouvir; providenciar uma razão medicamente válida para o AVC; ajudar a refletir sobre experiência de AVC para prevenir recidivas
Owning (pertença)	Controlo, aceitação, determinação, auto-ajuda (grupos)	Seguir em frente	Reforçar recursos internos e da comunidade; encorajar exercício regular e retorno às atividades anteriores

Reabilitação

Adaptado de: Easton (1999); Mauk (2006); Mauk, Lemley, Pierce & Schmidt (2011)

APÊNDICE III – GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Recursos

1. Recursos humanos do serviço
2. Recursos físicos e materiais do contexto

Cuidados

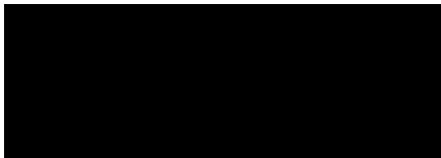
3. Tipologia de doentes (patologias predominantes e necessidades)
4. Circuito de doentes na unidade
5. Desempenho do Enfermeiro de Reabilitação (número de horas de cuidados de enfermagem de reabilitação)
6. Dificuldades do Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados
7. Escalas de avaliação utilizadas

Projetos

8. Projetos específicos do contexto relacionados com Enfermagem de Reabilitação
9. Aspetos particulares que se cruzem com o interesse pessoal do estudante

Obrigada!

**APÊNDICE IV – DOCUMENTO PADRONIZADO DE AVALIAÇÃO E
REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**



REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Data de admissão _____	Processo nº _____	Profissão _____
Resumo de internamento/Diagnóstico clínico _____		

Antecedentes Pessoais e Limitações _____		

Informação sócio-familiar _____		

Condições habitacionais _____		

1. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESTADO MENTAL		
MMSE = _____		
Consciência	Vigil, Sonolento, Estuporoso	
Orientação	(P, E, T)	
Atenção	Hipoproxexia	
Memória	Recente/de Fixação	
	Remota/de Evocação:	Declarativa
		Não declarativa
Linguagem	Fonação e ressonância - <i>aaah</i>	
	Função dos lábios - <i>pa pa pa</i>	
	Função da língua - <i>ta ta ta</i>	
	Função da laringe posterior - <i>ca ca ca</i>	
	Fluência verbal (N=120 palavras)	
	Compreensão (ordens simples/complexas)	
	Nomeia (5 objetos)	
	Repete	
	Parafasia	
	Lexia	
Grafia		
Calculia		

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PARES CRANIANOS						
		Data Avaliação	___/___/___		___/___/___	
Par craniano	Avaliação		Dta	Esq	Dta	Esq
I – Olfativo	Parosmia					
	Anosmia					
	Hiposmia					
	Normal					
II – Óptico	Acuidade visual	Amaurose				
		Ambliopia				
		Normal				
	Campo Visual	Escotomas				
		Hemianopsia homónima/bitemporal/nasal				
		Quadrantanopsia				
Normal						
III – Oculomotor comum	Pupilas	Tamanho (miose=1-2mm; normal=3-5mm; midríase=6-9mm)				
		Isocória				
		Anisocória				
		Diplopia				
	Ptose palpebral					
	Movimentos conjugados	↖ ↗ ↘ ↙ ↠ ↡ ↢ ↣				
	Nistagmo					
IV – Patético	Movimentos conjugados	↘ ↙				
V – Trigêmeo	R1-oftálmico, R2-maxilar, R3-mandibular					
	Sensibilidade termo-álgica					
	Sensibilidade táctil					
	Reflexo córneo-palpebral					
	Movimentos de mastigação e abertura mandíbula					
VI – Oculomotor externo	Movimentos conjugados	↔ →				
VII – Facial	Parésia facial central					
	Parésia facial periférica					
	Digeusia (2/3 anteriores língua)					
	Ageusia (2/3 anteriores língua)					
	Sem alteração do paladar					
	Glândulas submaxilares, sublinguais e lacrimais					
VIII – Estado-Acústico	Equilíbrio	Sentado	Estático			
			Dinâmico			
	Audição	Posição de pé	Estático (Teste Romberg)			
			Dinâmico			
	Teste de Rinne					
Teste de Weber						
IX – Glossofaríngeo	Digeusia (1/3 posterior da língua)					
	Ageusia (1/3 posterior da língua)					
	Sem alteração do paladar					
X – Vago	Reflexo do vômito					
	Desvio da úvula					
	Hipofonia					
	Disfonia					
	Sem alteração da voz					
XI - Espinhal	Rotação da cabeça contra resistência					
	Elevação dos ombros contra resistência					
XII – Grande Hipoglosso	Desvio da língua					
	Atrofia da língua					
	Acumulação de saliva fossa piriforme					
	Sem alterações					
Rúbrica do EEER						
Observações:						

Legenda: **S** – Sim, **N** – Não, **NA** – Não avaliado, **D** – Diminuída, **A** – Aumentada, **M** – mantida

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2. AVALIAÇÃO SENSÓRIO-MOTORA

	Segmento	Movimento	SENSIBILIDADE				TÓNUS (escala de Ashworth modificada)	FORÇA MUSC. (MRC)	AMPLITUDE ARTICULAR	
			Exteroceptiva		Proprioceptiva					
			Táctil	Termo-álgebra	Pressão	Postural				
		Data:								Normal
M S D	Escapulo-umeral	Flexão								0-180°
		Extensão								0-50°
		Adução								0-30/45°
		Abdução								0-180°
	Cotovelo	Flexão								0-160°
		Extensão								160-0°
	Punho	Flexão								0-90°
		Extensão								0-70°
Dedos	Flexão								0-110°	
	Extensão								0-10°	
M S E	Escapulo-umeral	Flexão								0-180°
		Extensão								0-50°
		Adução								0-30/45°
		Abdução								0-180°
	Cotovelo	Flexão								0-160°
		Extensão								160-0°
	Punho	Flexão								0-90°
		Extensão								0-70°
Dedos	Flexão								0-110°	
	Extensão								0-10°	

	Segmento	Movimento	SENSIBILIDADE				TÓNUS (escala de Ashworth modificada)	FORÇA MUSC. (MRC)	AMPLITUDE ARTICULAR	
			Exteroceptiva		Proprioceptiva					
			Táctil	Termo-álgebra	Pressão	Postural				
		Data:								Normal
M I D	Coxo-femoral	Flexão								0-100° / 125°
		Extensão								0-10°
		Adução								0-15°
		Abdução								0-45°
	Joelho	Flexão								0-140°
		Extensão								140-0°
Tibio-tarsica	Dosiflexão								0-20° / 30°	
	Extensão								0-45° / 50°	
M I E	Coxo-femoral	Flexão								0-100° / 125°
		Extensão								0-10°
		Adução								0-15°
		Abdução								0-45°
	Joelho	Flexão								0-140°
		Extensão								140-0°
Tibio-tarsica	Flexão								0-20° / 30°	
	Extensão								0-45° / 50°	

Legenda: SA – Sem alterações, D – Diminuída, A – Ausente, NA – Não Avaliada

Escala de força MRC:

- 0 – Sem contração muscular palpável ou visível
- 1 – Contração palpável ou visível mas sem movimento do membro
- 2 – Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade amplitude articular
- 3 – Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
- 4 – Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
- 5 – Força normal

Escala de Ashworth modificada:

- 0 – Sem aumento do tónus muscular
- 1 – Leve aumento do tónus muscular manifestado por uma tensão momentânea ou resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
- 1+ - Leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante
- 2 – Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente
- 3 – Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil
- 4 – Parte afetada rígida em flexão ou extensão

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Índice de Barthel

ITENS	DATA					
Intestino						
Controlo perfeito	10					
Problemas ocasionais	5					
Problemas habituais	0					
Bexiga						
Controle perfeito	10					
Problemas ocasionais	5					
Problemas habituais	0					
Higiene Pessoal						
Barba/dentes/cabelo/face	5					
Dependente	0					
Uso da sanita						
Independente	10					
Ajuda parcial	5					
Totalmente dependente	0					
Alimentação						
Independente	10					
Com ajuda (para cortar)	5					
Impossível	0					
Transferência Leito-CR						
Independente	15					
Ajuda minor/verbal	10					
Ajuda maior	5					
Dependente	0					
Mobilidade						
Independente	15					
Com ajuda	10					
Independente em CR	5					
Impossível	0					
Vestir						
Independente	10					
Ajuda moderada	5					
Impossível	0					
Escadas						
Independente	10					
Ajuda/supervisão	5					
Impossível	0					
Banho						
Independente	5					
dependente	0					
TOTAL						
Rúbrica do EEER						

Classificação:

100 – independência total; >60 – dependência leve; >40 e ≤60 – dependência moderada; ≥20 e ≤40 – dependência severa; <20 – dependência total

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Medida de Independência Funcional (MIF)

NÍVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA						
	<u>Dependência modificada</u> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) <u>Dependência completa</u> 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	AJUDA						
Data:								
AUTOCUIDADOS								
A. Alimentação								
B. Higiene pessoal								
C. Banho (lavar corpo)								
D. Vestir metade superior								
E. Vestir metade inferior								
F. Utilização da sanita								
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES								
G. Bexiga								
H. Intestino								
MOBILIDADE								
Transferências:								
I. Leito, cadeira, CR								
J. Sanita								
K. Banheira, duche								
LOCOMOÇÃO								
L. <u>Marcha/CR</u>	<u>M</u>							
	<u>CR</u>							
M. Escadas								
COMUNICAÇÃO								
N. Compreensão	A							
	V							
O. Expressão	V							
	NV							
COGNIÇÃO SOCIAL								
P. Interação social								
Q. Resolução dos problemas								
R. Memória								
TOTAL	M= C= T=							
Rúbrica do EEER								

Classificação:

100 – independência total; **99-76** – dependência leve; **75-51** – dependência moderada; **50-26** – dependência grave; **≤25** – dependência total

5. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Avaliação objetiva	Data:				
	SpO2				
	Inspeção	Sinais de dificuldade respiratória, profundidade, frequência, simetria, padrão respiratório, deformidades			
	Percussão		Macicez <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Timpanismo <input type="checkbox"/>	Macicez <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Timpanismo <input type="checkbox"/>	Macicez <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Timpanismo <input type="checkbox"/>
	Auscultação	Estridor Roncos Sibilos Fervores crepitantes Fervores subcrepitantes Atrito pleural Murmúrio vesicular (mantido, diminuído, ausente) Observações:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Tosse				
	Características das secreções				
	MCDT's		RX		
			GA		
	Dispneia	De esforço Paroxística Noturna Ortopneia Platipneia Trepopneia			
<p>Medical Research Council:</p> <p>Data: ___/___/___ Score: _____</p> <p>Data: ___/___/___ Score: _____</p> <p>Data: ___/___/___ Score: _____</p>		<p>Medical Research Council:</p> <p>0 - Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. "Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</p> <p>1 - Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. "Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</p> <p>2 - Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no meu passo normal. "Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</p> <p>3 - Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. "Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".</p> <p>4 - Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despirm. "Estou sem fôlego para sair de casa".</p>			

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Este é um documento padrão cujo objetivo é adaptar-se às necessidades do serviço e de cada doente. Assim, o processo deverá ser elaborado consoante a necessidade, sendo que os capítulos correspondem a grupos de intervenção. Os grupos de avaliação e intervenção presentes neste documento são:

1. Avaliação neurológica
2. Avaliação sensório-motora
3. Avaliação funcional
4. Reeducação funcional motora (RFM)
5. Avaliação respiratória
6. Reeducação funcional respiratória (RFR)

Imaginando que um dos doentes internados não necessita de cuidados do foro respiratório, o processo de enfermagem de reabilitação apenas irá até ao capítulo 4.

1. Avaliação neurológica:

Inclui a avaliação do estado mental e avaliação dos pares cranianos. Deverá ser realizada a avaliação do MMSE, na entrada, e registar o valor. Nos pares cranianos, evidenciar a alteração (marcador, cor vermelha, etc.).

2. Avaliação sensório-motora

Encontra-se dividida na avaliação dos membros superiores e membros inferiores. Deverá registar-se a avaliação da sensibilidade, tónus (escala modificada de *Ashworth*), força muscular (escala MRC) e amplitude articular, incluindo a data da avaliação. Caso se efetuem mais avaliações, deverá juntar-se uma nova folha do capítulo 2. O verso da folha inclui a avaliação da coordenação motora, a existência de movimentos involuntários, a avaliação da marcha e equilíbrio/transferências.

3. Avaliação funcional

Proceder ao preenchimento do *índice de Barthel* e da Medida de Independência Funcional (MIF).

4. RFM

Corresponde ao registo das atividades realizadas no âmbito da reeducação funcional motora, quer as mobilizações articulares, plano inclinado e atividades terapêuticas. No final surge um espaço que possibilita a escrita de texto livre

5. Avaliação respiratória

Inclui a avaliação objetiva da respiração, onde se deverá preencher, caso se verifique dispneia, a escala da *Medical Research Council*.

6. RFR

Corresponde ao registo das atividades realizadas no âmbito da reeducação funcional respiratória, incluindo o uso de dispositivos auxiliares.

**APÊNDICE V – DIAPOSITIVOS DE APRESENTAÇÃO DA SESSÃO
DE FORMAÇÃO**



Mirror Therapy

- Melhorar a Função Motora após um AVC -

Enf.ª Patrícia Castanheira

Novembro de 2018



Sumário

- Enquadramento
- Intervenção do EEER na reeducação motora da Pessoa com AVC
- *Mirror Therapy*
 - Protocolo de implementação
- Referências Bibliográficas

2

Enquadramento Teórico

AVC

- Caracterizado pela existência de sinais de alteração da função cerebral, focais ou globais, de desenvolvimento rápido, com a duração de mais de 24h, ou que levam à morte e cuja origem é vascular (*World Health Organization, 1978*)

- A gravidade dos *deficits* decorrentes do AVC varia conforme a localização e extensão da lesão, o tempo entre o aparecimento dos sintomas, o tratamento da fase aguda e a existência de circulação colateral

Stroke Association, 2018

- **Sequelas:** Motoras, Sensório-percetivas, cognitivas, comportamentais, sociais, comunicacionais e auto-perceção.

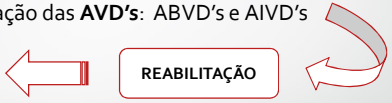
SPAVC, 2016; Stroke Association, 2018

3

Enquadramento Teórico

- Alterações motoras são comuns após um AVC → cerca de ¾ população com AVC (*Stroke Association, 2018*)
- Acarretam dificuldades na realização das **AVD's**: ABVD's e AIVD's
- O mais precoce possível
- Processo complexo: envolve a interação de diversos fatores, como a idade, a severidade da doença, fatores individuais e tipo de tratamento

(Stewart & Cramer, 2017)



4

Enquadramento Teórico

- Fulcral na reaquisição da funcionalidade e atividade motora (Bowden, Woodbury, & Duncan, 2013)

- TREINO MOTOR** → neurogênese, sinaptogênese, angiogênese e modulação sináptica, que contribuem para uma melhor recuperação funcional

Borella & Sacchelli, 2009

5

Intervenção do EEER na reeducação motora da Pessoa com AVC

Técnicas convencionais	Técnicas de representação do movimento	Técnicas suportadas na tecnologia	Técnicas adjuvantes
<ul style="list-style-type: none"> Atividades terapêuticas Posicionamento em padrão anti-espástico Mobilização dos segmentos corporais Levante precoce Andar e/ou ficar em pé Facilitação cruzada Exercícios de fortalecimento e suporte muscular Terapia de movimento induzido por restrição 	<ul style="list-style-type: none"> Motor imagery Mirror therapy Action observation 	<ul style="list-style-type: none"> Treadmill training Realidade virtual Movimento assistido por robots Terapia suportada pela música 	<ul style="list-style-type: none"> Pet therapy Estimulação nervosa periférica Estimulação magnética transcranial repetitiva

6

Mirror Therapy

- Usada para promover a função motora da pessoa após um AVC
- Funcionamento:** posiciona-se um espelho no plano mediano sagital, que refletirá os movimentos do lado não parético como sendo o lado parético
- Benefícios:**
 - Redução da dor
 - Melhoria da função motora e da capacidade de realização das AVD
 - Redução do neglect
 - Redução das alterações sensoriais
 - Redução da espasticidade – curto prazo
- Efeitos adversos possíveis:**
 - Reações emocionais, tonturas, náuseas, suores

Fonte: <https://www.amazon.com/OPTP-NDI-Mirror-Box-Triangle/dp/B03JXROK8K>

Rothgangel e Braun, 2013;
Thieme, et al., 2018

7

Protocolo de Implementação (Rothgangel e Braun, 2013)

Critérios necessários à Implementação - Doente

Capacidades Motoras	Capacidades Cognitivas	Visão	Função Cardiopulmonar
<ul style="list-style-type: none"> Paresia grave ou plegia MS Controlo de tronco suficiente para estar sem supervisão sentado numa cadeira, durante o tratamento Membro não afetado deverá, idealmente, ter uma amplitude articular normal e sem dor 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidades cognitivas e verbais suficientes para manter a concentração pelo menos 10min no reflexo do espelho e seguir instruções dadas Menos adequadas pessoas com défices neuropsicológicos severos, neglect grave ou apraxia Menor aplicabilidade na fase aguda do AVC 	<ul style="list-style-type: none"> Em casos de défices visuais (hemianopsia) é necessário validar a correta visualização de todo o membro no espelho Neglect visuoespacial: pessoa deve ser capaz de virar a cabeça e manter a atenção na imagem do espelho por pelo menos 10min 	<ul style="list-style-type: none"> São excluídas pessoas com alterações cardiopulmonares que não consigam permanecer sentadas durante o tratamento

8

Protocolo de Implementação (Rothgangel e Braun, 2013)

Características do Ambiente

Ambiente

- Ambiente livre de ruídos ou outros estímulos que possam distrair

Jóias e outras marcas

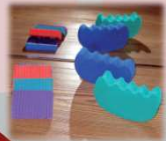
- Remover jóias, pulseiras, anéis, etc.
- Tatuagens e marcas de nascença devem ser camufladas

ESPELHO

- Grande o suficiente para cobrir a totalidade do membro afetado e permitir os movimentos completos
- MS: 63.5 x 50.8cm
- MI: 88.9 x 63.5cm
- Imagem deve ser coerente e sem distorções

Materiais

- Bacia de plástico ou banheiras cheias de areia ou ervilhas
- Bola de ouriço
- Estímulos de temperatura (quente, frio)
- Pincéis diferentes
- Luvas de banho
- Papel de areia



9

Protocolo de Implementação (Rothgangel e Braun, 2013)

Características do Tratamento

Frequência e Duração

- Uma vez por dia, com um mínimo de 10min
- Duração aproximada de 30min
- 10-15min com intervalo no meio

Posição do membro afetado

- Mesa ajustável em altura
- Posição segura e confortável atrás do espelho
- No caso de espasticidade grave deve ser mobilizado o membro para facilitar o seu posicionamento

Posição do membro não afetado

- Deve facilitar uma "ilusão de espelho" vivida (imagem espelhada percebida como o membro afetado) combinando a posição e a imagem do membro não afetado com o lado afetado

Posição do espelho

- Em frente à linha média do doente (membro afetado totalmente coberto e reflexo do membro não afetado seja completamente visível)
- Negligência visuoespacial ou espasticidade muscular grave no membro afetado: posição do espelho pode ser ajustada

10

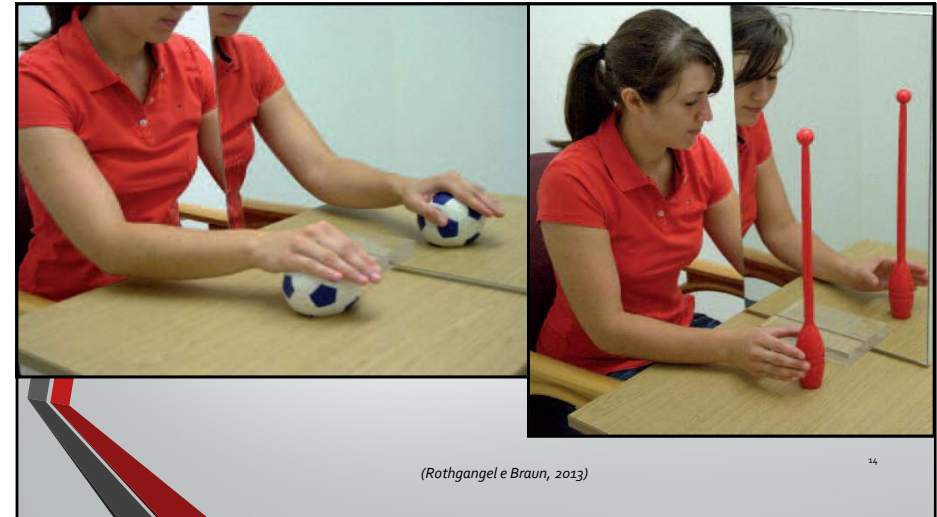
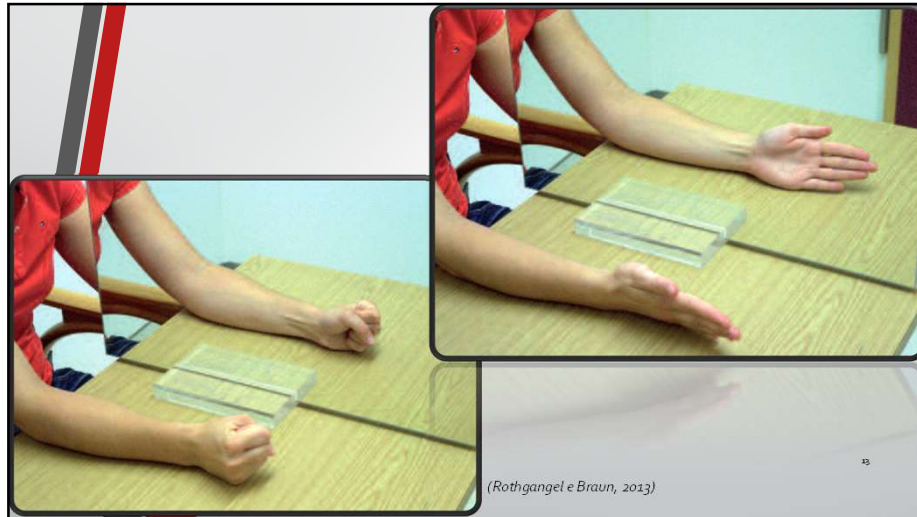


(Rothgangel e Braun, 2013)

11



(Rothgangel e Braun, 2013)



Referências Bibliográficas

- Borella, M. & Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista neurociene*, 17 (2), 161-169. Obtido em maio de 2018
- Bowden, M., Woodbury, M. & Duncan, P. (2013). Promoting neuroplasticity and recovery after stroke: future directions for rehabilitation clinical trials. *Current opinion in neurology*, 26 (1), 37-42. Obtido em Maio de 2018, de www.co.neurology.com.
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) (2016). *O essencial sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa: SPAVC. Obtido de www.spavc.org.
- Stewart, J. & Cramer, S. (Julho de 2017). Genetic Variation and Neuroplasticity: Role in Rehabilitation After Stroke. *JNPT*, 47, 517-523.
- Stroke Association (2018). *State of the nation: Stroke Statistics*. Londres: Stroke Association. Obtido de stroke.org.uk.
- Thieme, H., Morkisch, N. M., Pohl, M., Behrens, J., Borgetto, B. & Dohle, C. (2018). *Mirror therapy for improving motor function after stroke (review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Wiley.
- World Health Organization (WHO) (1978). *Cerebrovascular Disorders: a clinical and research classification*. Geneva: WHO. Obtido de World Health Organization.

15



Mirror Therapy

- Melhorar a Função Motora após um AVC -

Enf.ª Patrícia Castanheira

Novembro de 2018



**APÊNDICE VI – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO REALIZADA
EM CONTEXTO DE ESTÁGIO**

PLANO DE SESSÃO

Tema: MIRROR THERAPY - Melhorar a Função Motora após um AVC

Formador: Enfermeira Patrícia Castanheira

Data: 23/11/2018

Duração: 30 minutos

Destinatários: enfermeiros

Pré-requisitos: conhecimentos teóricos sobre AVC

Objectivos:

⇒ Gerais:

- Expor informação sobre a "Mirror Therapy"

⇒ Específicos:

Que no final da sessão os profissionais de saúde possam:

- Conhecer os princípios básicos da Mirror Therapy
- Enquadrar a sua aplicabilidade no doente com AVC e outras patologias
- Despoletar o interesse por uma pesquisa mais aprofundada

PLANO DE SESSÃO

ETAPAS	CONTEÚDOS / ACTIVIDADES	MÉTODOS	MATERIAL TÉCNICO-PEDAGÓGICO	TEMPO	AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA
<u>Introdução</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Sumário • Enquadramento teórico 	Expositivo	Projetor Computador <i>Powerpoint</i>	6'	Avaliação diagnóstica
<u>Desenvolvimento</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mirror Therapy</i> – o que é? • Condições da sua aplicabilidade – apresentação de um protocolo de intervenção 	Expositivo Demonstrativo		20'	Avaliação formativa
<u>Conclusão</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas • Avaliação da sessão (formal) 	Interrogativo		4'	Avaliação formativa Avaliação sumativa

**APÊNDICE VII – CADERNO DE ATIVIDADES PARA REALIZAR EM
CASA**

16. Flexão da anca e joelho

A) Repetir o exercício anterior mas elevando cada uma das pernas de cada vez, esticadas



Ou



B) No caso de uma perna com menos força, realizar este exercício elevando a perna com menos força em cima da outra

17. Fazer o 4 (sentado)

⇒ Sentado numa cadeira, com os pés paralelos e assentes no chão, dobrar uma perna para cima da outra de forma a que o seu tornozelo apoie no joelho contrário, fazendo o "4"



18. Pés

⇒ Pode realizar estes exercícios sentado ou deitado

⇒ Cruze a perna. Suba e desça, alternadamente, o pé que não esta assente no chão. Se necessário, utilize a ajuda de uma toalha para dobrar o pé para cima.

⇒ Finalmente., desenhe um circulo imaginário com o seu pé



O sucesso da sua recuperação depende, primeiramente, de si. Por isso, é importante que mantenha alguma atividade, mesmo no seu domicílio.

Sabia que...

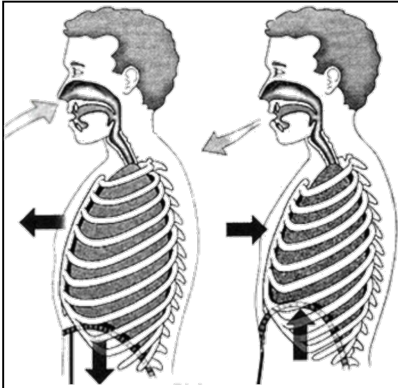
O que adquire neste internamento em 3 meses poderá perder em 3 dias?

De seguida, são apresentados alguns exercícios que pode realizar no conforto do lar, com a ajuda da família e enquanto faz algo que goste.

O seu enfermeiro irá aconselhá-lo sobre os que mais se adequam à sua situação e às suas necessidades.

Quando os realizar, deverá registar na tabela da primeira página e, no regresso ao internamento, poderá transmitir as dificuldades que sentiu.

**DEVE REALIZAR 2 SÉRIES DE 10 REPETIÇÕES CADA,
2 A 3 VEZES POR DIA**



RESPIRAÇÃO

0. Controlo da respiração

- ⇒ Inspirar pelo nariz como se estivesse a cheirar uma flor
- ⇒ Expirar pela boca como se apagassemos uma vela E/OU
- ⇒ Pegar numa toalha/vassoura à largura dos ombros e elevar os braços, inspirando. Descer os braços, expirando.

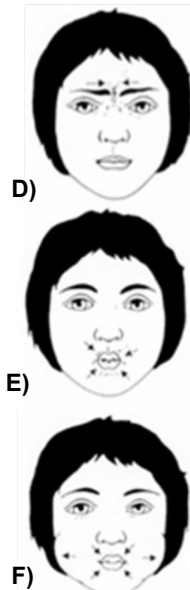
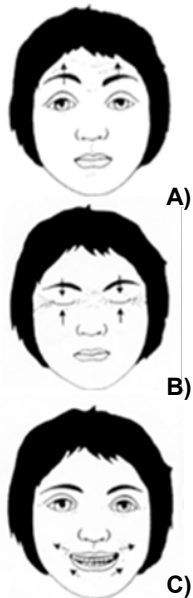
<http://explorasciencias.yolasite.com/6%C2%BA-ano-cn-sistema-respirat%C3%B3rio.php>

BOCA E FACE

1. Exercícios músculos faciais

- A) Levantar as sobrancelhas
- B) Fechar os olhos com força
- C) Sorrir
- D) franzir as sobrancelhas
- E) Assobiar
- F) Encher as bochechas com ar

Fonte imagem: <https://www.acbgbrazil.org/fisioterapia-pos-operatoria-ccp/>



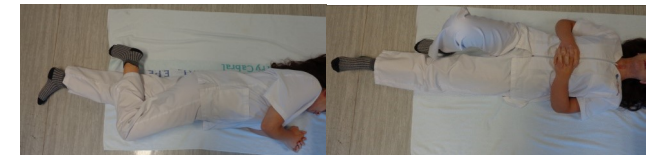
12. Oscilações Pélvicas

- ⇒ Deitado na cama, de barriga para cima, braços ao longo do corpo e com os joelhos fletidos, colocar uma almofada entre as pernas e inclinar as pernas contra a cama, para um lado e para o outro



13. Rolamentos

- ⇒ Deitado na cama, de barriga para cima, com um dos joelhos fletidos, rodar o corpo para o lado do joelho estendido. Repetir o procedimento para o lado contrário.



14. Adução/abdução da anca

- ⇒ Sentado numa cadeira, com os pés assentes no chão e braços apoiados na cadeira, afastar uma das pernas para o lado, voltar à posição inicial e repetir para o lado contrário

15. Flexão da anca e joelho

- ⇒ Sentado numa cadeira, com os pés assentes no chão e braços apoiados na cadeira, levar a perna ao peito, ajudando com as mãos, se necessário. Regressar à posição inicial e alternar a perna



TRONCO

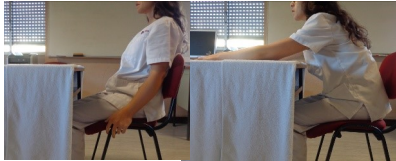
8. Rotação lateral do tronco

⇒ Sentado, com os pés assentes no chão, rodar o tronco para um lado e para o outro



9. Flexão anterior do tronco

⇒ Sentado, com os pés assentes no chão e uma mesa à frente, inclinar o tronco para a frente e para trás



10. Inclinação lateral do tronco

⇒ Sentado, com os pés assentes no chão, apoiar os braços na cadeira e inclinar o tronco para um lado e para o outro, alternadamente



MEMBROS INFERIORES

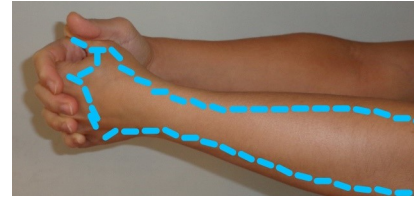
11. Ponte (deitado na cama)

⇒ Deitado na cama, de barriga para cima, braços ao longo do corpo e com os joelhos fletidos, colocar uma almofada entre as pernas e subir a bacia, fazendo uma pausa até descer.



MEMBROS SUPERIORES

2. Automobilizações



A



B

A) Entrelaçar os dedos (ter em atenção para que o polegar da mão mais afetada esteja entre o polegar e indicador da mão menos afetada)

B) Levantar os braços acima da cabeça

C) Com os braços à altura da cabeça, levar as mãos ao ombro esquerdo e ao ombro direito

D) Fletir os pulsos para ambos os lados

E) Numa mesa, rodar as mãos de um lado para o outro



C



E

3. Flexão/extensão do cotovelo

- ⇒ Com um pacote de arroz na mão (1Kg) alternar o movimento de estender e fletir o cotovelo (esticar e encolher o braço)



4. Flexão/extensão do ombro

- ⇒ Com um pacote de arroz na mão (1Kg), alternadamente, elevar o braço para a frente e para trás, no máximo de movimento que conseguir realizar



5. Abdução/adução do ombro

- ⇒ Com um pacote de arroz na mão (1Kg) abrir e fechar os braços lateralmente



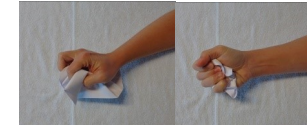
6. Push-up

- ⇒ Sentado com os braços apoiados na cadeira
- ⇒ Elevar o corpo do assento da cadeira com a ajuda dos braços



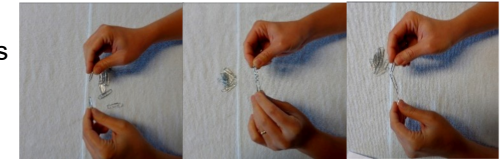
7. Motricidade Fina

- ⇒ Amachucar papel

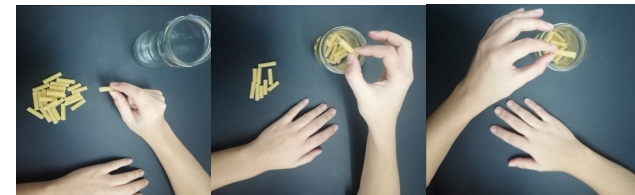


- ⇒ Colocar um elástico à volta dos dedos da mão
- ⇒ Abrir e fechar os dedos da mão, contrariando a força do elástico

- ⇒ Pegar em clips com ambas as mãos e ir entrelaçando um a um, até formar um cordão de clips



- ⇒ Utilize massinhas ou botões e, pegando num de cada vez, desloque-as de uma mesa para um saco/frasco



**APÊNDICE VIII – ESTUDO DE CASO REALIZADO EM CONTEXTO
HOSPITALAR**



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO
Serviço de Reabilitação

Patrícia Sofia Tomás Castanheira

Docente orientador: Professor Miguel Serra

Enfermeiro Orientador: Enfermeiro C. D.

Lisboa

Outubro de 2018



SIGLAS E ABREVIATURAS

AO – abertura ocular

AVC – Acidente Vascular Cerebral

EEER – enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

EMA – Escala modificada de *Ashworth*

IB – Índice de *Barthel*

MSD – membro superior direito

MSE – membro superior esquerdo

MID – membro inferior direito

MIE – membro inferior esquerdo

MIF – Medida de Independência Funcional

RM – resposta motora

RV – resposta verbal

ÍNDICE

1. Colheita de Dados	4
1.1. Dados Pessoais	4
1.2. História de Doença Atual.....	4
1.3. Antecedentes de Saúde	5
2. Exame Físico e Avaliação Funcional (04/10/18)	5
2.1. Exame físico geral.....	5
2.2. Sinais vitais:	6
2.3. Avaliação da função respiratória (14/10/18).....	6
2.4. Avaliação neurológica (04/10/18 – 11h).....	6
2.5. Avaliação sensório-motora	7
2.6. Avaliação do grau de dependência	11
2.7. Impacto no autocuidado	11
2.8. Síntese dos principais problemas	12
3. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	13
4. Referências Bibliográficas	
Apêndices	
Apêndice I – Instrumento de Avaliação e implementação do Programa de Reabilitação	

1. COLHEITA DE DADOS

1.1. Dados Pessoais

Nome: M.J.O.S.	Data Nascimento: 06/06/1948	Idade: 60 anos
Estado civil: solteira	Nacionalidade: Brasil (S. Paulo)	Profissão: ajudante familiar
Escolaridade: cumpriu ensino obrigatório no Brasil (SIC)	Residência: Lisboa	
Agregado familiar: sem filhos ou família próxima		
Condições habitacionais: desconhecidas		
Suporte familiar: sem apoio familiar.		

A D.^a M.S., natural do Brasil, veio para Portugal há cerca de 3 anos, desconhecendo-se motivo (não refere), sendo cuidadora de um idoso, residindo no seu domicílio, em Lisboa. Tem visto de residência em Portugal até 2020.

1.2. História de Doença Atual

Utente de 60 anos, previamente autónoma na satisfação das suas necessidades de autocuidado. A 12 de setembro, é encontrada na cozinha, inconsciente, pelo idoso que cuidava, tendo sido ativada a via verde de AVC pelo INEM. Deu entrada no SU e foi então transferida para o serviço de medicina de outro hospital a 23 de setembro, integrando, desde 28 de setembro o serviço de reabilitação. Até ao internamento sem antecedentes pessoais conhecidos, que a senhora também não refere.

Tem como diagnóstico médico: AVC hemorrágico nucleocapsular esquerdo, de etiologia hipertensiva, com sequelas de disartria moderada a grave (agravada pela falta de peças dentárias), discurso de difícil perceção, com uso recorrente de estrangeirismos, desvio oculocefálico para a direita, hemiplegia direita e hemihipostesia tátil à direita.

Ao longo do internamento, a senhora tem mantido estado de consciência e orientação auto e alopsíquica, ficando progressivamente mais participativa nos cuidados, embora com necessidade de incentivo. Por se aperceber do seu estado de saúde atual, nomeadamente após avaliações de enfermagem de reabilitação, tem períodos curtos de choro e ansiedade. Apresenta melhoria significativa da disartria e diplopia evidenciada, bem como da força muscular, embora com agravamento do grau de espasticidade.

Atualmente (22/10/2018) com o seguinte esquema de medicação:

Medicamento / Hora	8h	12h	17h	20h	21h
Sinvastatina 20mg				1	
Enalapril 20mg	1				
Nifedipina 30mg	2			2	
Fluoxetina 20mg	1				
Paracetamol 1000mg		1		1	
Gabapentina 300mg				1	
Metamizol magnésico 575mg	1		1		
Bisacodilo retal	(SOS)				
Olanzapina 2,5mg	(SOS)				
Captopril 25mg	(SOS)				

Na alta, será referenciada para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação, da RNCCI para continuidade de cuidados, necessitando de referência pela assistente social, uma vez que a senhora não possui família em Portugal.

1.3. Antecedentes de Saúde

A senhora refere não ter hábitos aditivos de álcool ou de outras substâncias. Refere hábitos tabágicos há muitos anos atrás. Sem medicação anterior ao internamento. Desconhecem-se alergias ou doenças diagnosticadas anteriormente. Não controlava regularmente a sua saúde, frequentando os serviços de saúde apenas em caso de necessidade.

2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL (04/10/18)

(ver Apêndice I para avaliação e intervenção completa)

2.1. Exame físico geral

Utente apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Pele íntegra, sem edemas visíveis. Abdómen mole, depressível e indolor à palpação. Sem cicatrizes.

Com perda ponderal aparente e um peso atual de (59,5Kg) e altura de 1,65m, que corresponde a um IMC=21,85 (peso normal). Possui apenas 1/3 das peças dentárias na arcada dentária inferior, sendo que possui prótese dentária que se encontra danificada, o que a impossibilita de mastigar adequadamente, pelo que a alimentação foi ajustada para uma dieta de consistência mole. Agendada consulta interna de estomatologia para reparação da prótese.

2.2. Sinais vitais:

A D. M.S. apresenta-se hemodinamicamente estável. Na última semana (22 a 28 outubro) tendencialmente hipertensa, por aparente ansiedade face ao seu estado de saúde. No dia 04/10/18 com a seguinte avaliação dos parâmetros vitais: TA=146/80mmHg; FC=76bpm; T^o(timpânica)=36,8°C; SpO2=98%; FR=14cpm. No início do internamento, a utente apresentava dor descontrolada (dor=0-5 na escala numérica), sendo que à mobilização do hemitorço mais lesado apresentava dor de grau 5 na escala numérica, pelo que se registaram alterações do esquema terapêutico, com efeito.

2.3. Avaliação da função respiratória (14/10/18)

Avaliação objetiva	Inspeção	Sem cianose periférica. Tórax simétrico, sem deformidades visíveis. <u>Estática</u> : tórax normolíneo. <u>Dinâmica</u> : frequência respiratória de 14cpm, ritmo normal, padrão misto, amplitude superficial e simétrica.	
	Palpação	Traqueia na linha média. Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior. Frémido tóraco-vocal normal.	
	Percussão	Som claro pulmonar.	
	Auscultação	Murmúrio vesicular mantido.	
	Tosse	Reflexo da tosse mantido.	
	Características das secreções	Sem secreções.	
	Exames complementares de diagnóstico	Não realizados	

2.4. Avaliação neurológica (04/10/18 – 11h)

Estado Mental		
		Data
Avaliação		01/10/18
Estado de Consciência		Utente vigil ao longo do internamento. Sem alteração no estado de consciência. Score de 15 na Escala de Coma de Glasgow.
Estado de Orientação		Utente orientada auto e alopsiquicamente.
Atenção		Atenção mantida, com ligeira alteração no estado de concentração.
Memória	A curto prazo	Mantida. Refere o que comeu ao pequeno-almoço.
	A longo prazo	Mantida. Sabe dizer o nome da pessoa que cuidava e do seu filho.
	Declarativa	Mantida. Diz a sua data de nascimento.
	Não declarativa	Mantida. Sabe como se pentear e o que utiliza para o fazer.
Linguagem	Discurso espontâneo	Mantido. Teste de fonação e ressonância, função dos lábios, língua e laringe posterior mantidos. Ligeira disartria, mas discurso perceptível.
	Fluência verbal	Discurso não fluente. Incapaz de produzir 120 palavras.

	Compreensão	Compreende e cumpre ordens simples e complexas.
	Nomeação	Nomeia 5 objetos.
	Repetição	Repete a frase “ <i>brilhante brigada de artilheiros</i> ”.
	Leitura/acuidade visual	Lê sem problema frases simples, com oclusão de um dos olhos (diplopia).
	Linguagem elaborada	Sem alterações. Dificuldade por incapacidade de compreensão da língua portuguesa.
	Linguagem escrita	Dificuldade na escrita por hemiparésia direita.
	Parafasia, grafia, calculia	Sem parafasia. Incapaz de evidenciar grafia por ser destra. Alguma dificuldade no cálculo de operações de subtrair, aparentemente relacionadas com grau de escolaridade e não com alterações neurológicas.
Participação Cuidados	Participativo Não participativo	Participativa nos cuidados, apesar das limitações funcionais.

Pares Cranianos	
Par Craniano	Avaliação
I – Olfativo	Sem alteração.
II - Ótico	Sem alteração.
III – Oculomotor comum	Pupilas de tamanho normal, isocóricas. Apresenta diplopia, mais acentuada à esquerda, pelo que se realiza oclusão ocular alternada. Sem ptose palpebral. Sem nistagmo ou alteração nos movimentos conjugados.
IV – Patético	Movimentos conjugados sem alterações.
V – Trigêmeo	Sensibilidade termo-álgica e dolorosa abolida nos três ramos do trigêmeo ao nível da hemiface direita. Reflexo córneo-palpebral intacto. Movimentos da mastigação e abertura mandibular mantida.
VI – Oculomotor externo	Movimentos conjugados sem alterações.
VII – Facial	Sem alteração.
VIII – Estato-Acústico	Equilíbrio estático e dinâmico mantidos quando sentada. Não faz posição ortostática, pelo que foi impossível avaliação do teste de <i>Romberg</i> . Impossível a realização do Teste de <i>Rinne</i> e Teste de <i>Weber</i> .
IX - Glossofaríngeo	Sem alterações.
X – Vago	Sem alterações.
XI - Espinhal	Sem alterações. Impossível elevação do ombro direito por hemiparésia.
XII – Grande Hipoglosso	Sem alterações.

2.5. Avaliação sensório-motora

Avaliação da Sensibilidade								
Data:			01/10/2018		04/10/2018		14/10/2018	
Hemicorpo			Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
Membro Superior	Extero-cetiva	Tátil	A	N	A	N	A	N
		Termo-álgica	D	N	D	N	D	N
	Proprio-cetiva	Pressão	A	N	A	N	A	N
		Postural	A	N	A	N	A	N

Avaliação:
A D. MS apresenta anestesia tátil e hipoalgesia no hemicorpo direito. Barestesia, palestesia e batiestesia abolidas.

Membro Inferior	Extero- cetiva	Tátil	A	N	A	N	A	N	
		Termo-álgica	D	N	D	N	D	N	
	Proprio- cetiva	Pressão	A	N	A	N	A	N	
		Postural	A	N	A	N	A	N	

Legenda: **D** – Diminuída, **A** – Ausente, **N** – normal

Avaliação da Força Muscular e Tónus Muscular										
Data: 04/10/2018										
Segmento Movimento	Cabeça e pescoço	Membro Superior Direito					Membro Inferior Direito			
		Escapulo- umeral	Cotovelo	Antebraço	Punho	Dedos	Coxo- femoral	Joelho	Tibiotársica	Dedos
Flexão	5/5 0	1/5 1	0/5 1			0/5 1	0/5 1	1/5 0	0/5 0	0/5 0
Extensão	5/5 0	0/5 1	0/5 1+			0/5 1+	0/5 1+	0/5 0	0/5 0	0/5 0
Flexão lateral esquerda	5/5 0									
Flexão lateral direita	4/5 0									
Rotação externa / esq.	5/5 0	0/5 1+					0/5 0			
Rotação interna / dta.	4/5 0	0/5 1					0/5 1			
Adução		0/5 0				0/5 0	0/5 0			0/5 0
Abdução		0/5 1+				0/5 0	0/5 1+			0/5 0
Supinação				0/5 1+						
Pronação				0/5 1						
Dorsiflexão									0/5 1+	
Flexão plantar									0/5 1+	
Desvio cubital					0/5 1					
Desvio radial					0/5 1					
Circundação		0/5 1			0/5 1	0/5 0				
Oponência do polegar						0/5 0				
Inversão									0/5 1	
Eversão									0/5 1	
Elevação		0/5 0								
Depressão		0/5 0								

Legenda: **Força** – canto superior esquerdo – escala de força MRC; **Espasticidade** – canto inferior direito - escala modificada de Ashworth

Avaliação da Força Muscular e Tônus Muscular										
Data: 22/10/2018										
Segmento Movimento	Cabeça e pescoço	Membro Superior Direito					Membro Inferior Direito			
		Escapulo-umeral	Cotovelo	Antebraço	Punho	Dedos	Coxo-femoral	Joelho	Tibiotársica	Dedos
Flexão	5/5 0	1/5 1	0/5 1			0/5 1	1/5 1	3/5 1	3/5 0	0/5 0
Extensão	5/5 0	0/5 1	0/5 1+			0/5 2	0/5 2	3/5 1+	3/5 2	0/5 0
Flexão lateral esquerda	5/5 0									
Flexão lateral direita	4/5 0									
Rotação externa / esq.	5/5 0	0/5 2					0/5 0			
Rotação interna / dta.	4/5 0	0/5 1					0/5 1			
Adução		0/5 0				0/5 0	1/5 0			0/5 0
Abdução		0/5 1+				0/5 0	1/5 1+			0/5 0
Supinação				0/5 2						
Pronação				0/5 1						
Dorsiflexão									0/5 0	
Flexão plantar									0/5 0	
Desvio cubital					0/5 1					
Desvio radial					0/5 1					
Circundação		0/5 1			0/5 1	0/5 0				
Oponência do polegar						0/5 0				
Inversão									0/5 1	
Eversão									0/5 1	
Elevação		0/5 0								
Depressão		0/5 0								

Legenda: Força – canto superior esquerdo –escala força MRC; Espasticidade – canto inferior direito - escala modificada de Ashworth

Escala de força MRC:
 0 – Sem contração muscular palpável ou visível
 1 – Contração palpável ou visível mas sem movimento do membro
 2 – Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade amplitude articular
 3 – Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
 4 – Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
 5 – Força normal

Escala de Ashworth modificada:
 0 – Sem aumento do tônus muscular
 1 – Leve aumento do tônus muscular manifestado por uma tensão momentânea ou resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
 1+ - Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante
 2 – Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente
 3 – Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
 4 – Parte afetada rígida em flexão ou extensão

A utente apresentava inicialmente força de grau 0 em todo o hemicorpo direito, no entanto com contração muscular visível no primeiro segmento proximal do MSD e MID. Mantém força 5/5 no hemicorpo esquerdo. Ao longo do internamento com aquisição de força, sobretudo ao nível do MID (coxo-femoral e joelho), como evidenciado nas tabelas anteriores. Atualmente com hemiparésia direita, de predomínio braquial.

No início do internamento, já com esboço de espasticidade no hemicorpo direito, mais acentuada no ombro, cotovelo e punho, com instalação progressiva da mesma, mais acentuada na supinação do antebraço, extensão do punho e dedos da mão, bem como na extensão da anca e joelho, como evidenciado anteriormente. Verifica-se maior incidência nos músculos extensores.

Planeadas mobilizações passivas do hemicorpo direito em cada turno, com pouca tolerância inicial da doente por dor. Atualmente já são realizadas mobilizações passivas do MSD e ativas/ativas resistidas do MID. Realizado ainda plano de mobilizações ativas resistidas do hemicorpo esquerdo.

Avaliação da Coordenação Motora

Sem dismetria ou descoordenação sensitiva, avaliada pela coordenação motora facial e dos membros superior e inferior esquerdo, conseguindo realizar a prova dedo-nariz, prova calcanhar-joelho e prova da indicação de *barany* sem alterações. À direita, provas condicionadas pela hemiparésia.

Avaliação da Amplitude Articular

Avaliada a amplitude articular nos segmentos do hemicorpo esquerdo que se encontram no padrão normal estipulado. No MSD e MID avaliados apenas os movimentos nos quais se evidencia força, pelo que se apresentam de seguida os resultados.

Avaliação da Amplitude Articular				
Data: 21/10/2018				
Segmento Movimento	Membro Superior Direito		Membro Inferior Direito	
		Dedos	Coxo-femoral	Joelho
Flexão		10° (N=90°)	100° (N=120°)	110° (N=140°)
Extensão			10° (N=20°)	160° (N=180°)
Adução			10° (N=40°)	
Abdução			30° (N=50°)	

Avaliação do Equilíbrio – Escala de Berg modificada

Utente tem equilíbrio estável sentada (estático e dinâmico), com bom alinhamento corporal, mas não é capaz de adotar o ortostatismo de forma independente, pelo que não é possível fazer a avaliação da escala de Berg.

Categorias funcionais da marcha (escala)

Utente não realiza marcha. No levantar e transferências não apoia adequadamente o pé direito (por espasticidade no joelho), mas realiza rotação da anca, com muita dificuldade. Necessita de ajuda máxima nas transferências.

2.6. Avaliação do grau de dependência

Utente dependente total no início do internamento, com evolução para uma dependência severa/moderada. No Índice de *Barthel* verifica-se evolução mais significativa a nível do controlo de esfíncteres, higiene pessoal e utilização do wc (ver apêndice I), com um score de 25 (01/10/18) na admissão e atualmente de 50 (22/10/18). Na admissão, apresentava score 36 na MIF (01/10/18) – ver apêndice I. Na data de 14/10/18 apresenta score de 50 na MIF, com evolução mais evidente no autocuidado e controlo de esfíncteres. Atualmente (27/10/18) apresenta um score de 65 na MIF.

2.7. Impacto no autocuidado

Alimentar-se

No autocuidado alimentar-se a senhora requer atualmente supervisão. Alimenta-se autonomamente, de dieta mole, após preparação dos alimentos. Tem falta de peças dentárias. Possuía uma prótese dentária que se encontra danificada. Sem disfagia para líquidos finos. Acumulava alimentos do lado lesado da boca, pelo que foram realizados ensinamentos sobre estratégias de alimentação, que a doente cumpre, requerendo algum tempo na alimentação.

Higiene pessoal

Utente com necessidade de ajuda mínima na higiene pessoal. Consegue lavar os dentes desde que fornecido e preparado o material. Escova o cabelo com pente, com mão menos lesada.

Banho

Utente com necessidade de ajuda máxima no banho. Incapaz de se deslocar autonomamente para o WC e de lavar MSE, membros inferiores e região posterior do corpo.

Vestir e despir

Utente com necessidade de ajuda máxima no vestir e despir. Consegue vestir a parte superior após orientação e preparação da roupa. Incapaz de vestir metade inferior direita, mesmo após ensino de estratégias de adaptação. Não consegue calçar os sapatos nem as meias.

Usar a sanita

Utiliza a sanita com ajuda moderada para as transferências.

Controlo de esfíncteres

Independente no controlo de esfíncteres. Urina e evacua na arrastadeira/wc.

Mobilidade

Dependência moderada nas transferências do leito para a cama ou cadeira de rodas, sanita e duche. Ajuda mínima na utilização da cadeira de rodas de condução unilateral. Não realiza marcha.

2.8. Síntese dos principais problemas

A D. MS necessita de treino para reacquirir a força muscular do hemicorpo parético e do reflexo de controlo postural, para que consiga adquirir independência na realização das atividades de autocuidado bem como na melhoria do seu equilíbrio, que lhe permita a diminuição do grau de dependência nas transferências e o início da marcha. Neste momento, com um grau de dependência moderada a máxima na satisfação das atividades de autocuidado, com necessidade de estímulo da sua capacidade.

3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O seguinte plano de cuidados foi elaborado de acordo com a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Orem, recorrendo a linguagem NANDA para formulação de diagnósticos e intervenções.

Data	Diagnóstico de Enfermagem Reabilitação	Plano de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Registos / Avaliação
01/10/2018	<p>Mobilidade física comprometida, relacionada com AVC hemorrágico, manifestada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemiparésia direita [força grau 0 no MSD e grau 1 no MID] - aumento da espasticidade [grau 1 na flexão e 1+ na extensão da coxofemoral; grau 2 na extensão do joelho] - alteração do equilíbrio postural [estático e dinâmico em pé] - ajuda máxima nas transferências [score 2 na MIF] 	<p>Meta: recuperação gradual da mobilidade da Sra. M.S.</p> <p>Objetivo: promover a recuperação das capacidades sensório-motoras e adaptativas da Sra. MS que lhe permitam adquirir autonomia na mobilidade</p> <p>Sistema(s) de Enfermagem: Apoio-educação, parcialmente compensatório</p> <p>Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a dor no hemicorpo mais lesado com a escala numérica da dor - Administrar medicação analgésica em esquema e em SOS - Monitorizar a força e tónus muscular do hemicorpo direito [escala de força MRC/escala modificada de <i>Ashworth</i>] - Incentivar a senhora para a realização das atividades planeadas - Executar mobilizações passivas em todos os segmentos do MSD [escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos] e mobilizações passivas dos dedos do pé e tibio-társica, e ativas/ativas resistidas do joelho e coxofemoral do MID - Treinar a realização de mobilizações ativas e ativas resistidas em todos os segmentos do MSE e MIE 	<p><u>01/10/18:</u> Senhora recusa intervenção do EEER.</p> <p><u>04/10/18:</u> realizada avaliação neurológica e motora. Apresenta força grau 0 no hemicorpo direito e grau 5 nos segmentos do hemicorpo esquerdo (escala força MRC). Esboça espasticidade na flexão do cotovelo, punho e joelho (grau 1+ na escala modificada de <i>Ashworth</i>). Dor 5 à mobilização do MSD, pelo que se administra medicação em SOS, com efeito. Foram realizadas mobilizações passivas dos segmentos do MSD e MID e ativas dos segmentos do hemicorpo esquerdo. Utente mais participativa.</p> <p>Realiza automobilizações e ponte. Instituída facilitação cruzada.</p> <p>Utente sem equilíbrio estático/dinâmico em pé, por não trancar o joelho, nem apoiar o pé direito adequadamente, pelo que foi corrigida postura.</p> <p>No leito, posicionada em padrão anti-espástico.</p> <p>Realizado ensino sobre dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática, associada aos exercícios anteriores.</p> <p><u>06/10/18:</u> Maior colaboração da doente na realização dos exercícios. Sem dor.</p>

[Requisito de AC: por desvio de saúde]	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar contrações isométricas dos glúteos, ísquio-tibiais e quadricípites - Treinar equilíbrio estático e dinâmico em pé - Treinar atividades terapêuticas que facilitem a reativação do mecanismo de controlo postural (ponte, rolar, automobilizações, ...) - Treinar transferências cama/cadeira de rodas - Posicionar a doente em padrão anti-espástico - Incentivar o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, associado aos exercícios anteriores 	<p>Realizadas mobilizações dos segmentos corporais do lado mais afetado, conforme o turno anterior.</p> <p>Realizado treino de ponte, rolamentos, oscilações pélvicas e carga no cotovelo. Realiza automobilizações de forma autónoma, ao longo do dia.</p> <p>Realizado treino de transferências CR-cama, com necessidade de ajuda máxima: não apoia o MID.</p> <p><u>10/10/18</u>: sem dor. Realizadas mobilizações passivas do MIE e MSD. Treinadas atividades terapêuticas (automobilizações, rolamentos, ponte, oscilações pélvicas, carga no cotovelo). Mais participativa nos cuidados.</p> <p><u>14/10/18</u>: treinado controlo e dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática. Sem alteração na sensibilidade e espasticidade. Esboça início de movimento na flexão da coxofemoral (força 1 na escala força MRC). Realizado plano de mobilizações passivas no MSD e MID. Doente posicionada em padrão anti-espástico. Realizado treino de transferências, ainda com necessidade de ajuda máxima.</p> <p><u>18/10/2018</u>: evidencia aumento da espasticidade na extensão do punho, flexão do cotovelo, abdução do ombro e flexão do joelho (grau 2 na escala modificada de Ashworth - EMA). Realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos do MSD, com ênfase na correção dos defeitos do padrão espástico. Realizado treino de transferências, com dificuldade</p>
--	---	---

				<p>em cumprir, mas melhoria significativa no cumprimento de ordens e coordenação motora.</p> <p><u>21/10/18</u>: espasticidade evidenciada no joelho (2 EMA) revertida facilmente com mobilização passiva do membro. Evidencia aumento de força de grau 0 para 3 (EL) na flexão da coxofemoral e joelho. Realizado treino de atividades terapêuticas (ponte, oscilações pélvicas com livro entre as pernas, rolamentos e carga no cotovelo). Realiza contrações isométricas dos glúteos, ísquio-tibiais e quadricípite. No leito, posicionada em padrão anti-espástico.</p> <p>Realizado treino de transferências, com necessidade de ajuda moderada: melhor equilíbrio estático em pé, apoia o MID, necessitando que lhe seja trancado o joelho. Melhoria na coordenação de movimentos.</p> <p><u>22/10/18</u>: utente mais ansiosa e lábil. Iniciado treino de mobilizações resistidas do MID, que tolera. Repetido treino de atividades terapêuticas. Incentivada na realização de automobilizações do MSD e MID.</p> <p><u>AVALIAÇÃO</u>: utente com boa evolução ao nível de controlo postural, equilíbrio e força do MID, embora com aumento de espasticidade. Atualmente com necessidade de ajuda moderada nas transferências e utilização da sanita, movendo-se de forma independente na CR de condução unilateral.</p>
01/10/2018	Comunicação alterada , relacionada com AVC hemorrágico, manifestada	Meta : recuperação gradual da comunicação verbal da Sra. M.S.	- Treinar exercícios de reeducação dos músculos faciais	<p><u>01/10/18</u>: senhora recusa intervenção do EEER.</p> <p><u>04/10/18 e 05/10/18</u>: realizados exercícios de reeducação dos músculos da face</p>

	<p>por alteração da fluência do discurso [incapaz de manter discurso com 120 palavras, mas nomeia, repete, compreende e cumpre ordens simples e complexas]</p> <p>[Requisito de AC: por desvio de saúde]</p>	<p>Objetivo: melhorar a comunicação verbal da Sra. M.S.</p> <p>Sistema(s) de Enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método: orientar e direcionar; ensinar.</p>	<p>- Otimizar comunicação [falar pausadamente com frases simples; dar tempo para a pessoa se expressar]</p> <p>- Gerir ambiente físico [diminuir focos de distração]</p> <p>- Acalmar a pessoa em períodos de frustração por incapacidade de comunicar adequadamente</p> <p>- Articular com terapia da fala</p>	<p><u>10/10/18:</u> melhoria considerável na comunicação. Discurso mais perceptível e mais fluente.</p> <p><u>AVALIAÇÃO:</u> a D. MS consegue expressar-se calmamente, articulando as palavras de forma adequada (MIF 5 - O), compreendendo discurso (MIF 6 - N). Mantem não fluência no discurso e uso de estrangeirismos, o que dificulta, por vezes, a perceção. Realiza sessões de TF diariamente durante a semana.</p>
01/10/2018	<p>Défice no Autocuidado: banho, relacionado com hemiparésia do hemicorpo direito, manifestado por incapacidade de lavar MSE, região posterior do corpo e MI de forma autónoma [score de 2 na MIF – ajuda máxima]</p> <p>[Requisito de AC: por desvio de saúde]</p>	<p>Meta: recuperação gradual da capacidade de autocuidado para o banho da Sra. M.S.</p> <p>Objetivo: promover a recuperação das capacidades sensório-motoras e adaptativas da Sra. MS que lhe permitam adquirir autonomia na satisfação do autocuidado: banho</p> <p>Sistema(s) de Enfermagem: Apoio-educação, parcialmente compensatório</p> <p>Método: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro.</p>	<p>- Avaliar aprendizagens para o autocuidado: banho</p> <p>- Motivar para o autocuidado: banho</p> <p>- Providenciar material para o banho</p> <p>- Treinar o autocuidado: banho</p> <p>- Estimular para o uso do lado mais afetado, nomeadamente a passar o gel de duche pelo corpo</p> <p>- Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: banho [cadeira sanitária, escova para banho, barras de apoio]</p>	<p><u>04/10/18 e 05/10/18:</u> realizado treino de autocuidado (banho): Utente toma banho em cadeira sanitária no wc. Consegue lavar parte de cima do corpo (do lado direito), mas necessita de ajuda máxima para lavar a cabeça, região posterior, metade inferior e esquerda do corpo. Utiliza a mão direita (com ajuda total) para realizar a higiene da metade esquerda do corpo e estimulação sensório-motora. Necessita de ajuda máxima no banho.</p> <p><u>18/10/18:</u> realizado treino para o autocuidado: banho. Evidencia maior orientação a lavar o corpo. Consegue lavar metade inferior esquerda, necessitando de ajuda moderada na metade inferior direita e metade superior esquerda.</p> <p><u>AVALIAÇÃO:</u> utente dependente a nível moderado (MIF 3) no banho. Não consegue lavar região posterior, MSE e MID de forma autónoma.</p>

01/10/2018	<p>Défi ce no Autocuidado vestir/despir, relacionada com hemiparesia do hemicorpo direito, manifestado por incapacidade de se vestir e despir autonomamente [score de 2 na MIF – ajuda máxima – vestir metade superior/ inferior]</p> <p>[Requisito de AC: por desvio de saúde]</p>	<p>Meta: recuperação gradual da independência no autocuidado para vestir/despir</p> <p>Objetivo: promover a recuperação das capacidades sensório-motoras e adaptativas da Sra. MS que lhe permitam adquirir autonomia na satisfação do autocuidado: vestir/despir</p> <p>Sistema(s) de Enfermagem: Apoio-educação, parcialmente compensatório</p> <p>Método: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro.</p>	<p>- Motivar a doente para o autocuidado: vestir/despir</p> <p>- Treinar estratégias adaptativas de vestir e despir o hemicorpo mais lesado</p> <p>- Assistir a doente no vestir/despir</p>	<p><u>04/10/18:</u> utente com muitas dificuldades em vestir a parte superior do corpo. Pouca tolerância à frustração mesmo depois de incentivada. Necessita de ajuda máxima no vestir a parte superior e inferior do corpo. Não consegue fazer flexão do membro mais lesado sobre o membro menos lesado.</p> <p><u>14/10/18:</u> não foi possível treinar o autocuidado: vestir/despir.</p> <p><u>21/10/18:</u> melhoria na autonomia no autocuidado: vestir/despir. Consegue vestir a parte superior com ajuda moderada. Mantém necessidade de ajuda máxima na metade inferior do corpo.</p> <p><u>AVALIAÇÃO:</u> dependência moderada no vestir a metade superior (MIF 3) e máxima no vestir a metade inferior (MIF 2).</p>
01/10/2018	<p>Percepção sensorial comprometida, relacionada com AVC hemorrágico, manifestada por alterações da sensibilidade [tátil, termal e proprioceptiva] do hemicorpo à direita e alteração do III par craniano (diplopia)</p>	<p>Meta: recuperação gradual da percepção sensorial</p> <p>Objetivo: promover a segurança e prevenção de acidentes</p> <p>Sistema(s) de Enfermagem: Apoio-educação, parcialmente compensatório</p> <p>Método: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro.</p>	<p>- Monitorizar a sensibilidade</p> <p>- Validar com a doente as suas alterações, para que a mesma seja capaz de evitar perigos</p> <p>- Promover estimulação sensorial [oferecer objetos para a pessoa tocar ou segurar com diferentes texturas e a tocar no membro lesado]</p> <p>- Remover estímulos externos, nomeadamente temperaturas altas [água do banho]</p>	<p><u>04/10/18 e 05/10/18:</u> utente com alteração da sensibilidade extero e proprioceptiva do hemicorpo direito. Realizados ensinamentos sobre a sensibilidade e exercícios que promovam a reintegração do lado mais afetado. Incentivada a usar o lado mais afetado e a olhar para o corpo.</p> <p>Alertada para o perigo de estímulos nocivos, como a temperatura da água do banho, e a necessidade de não usar o lado mais afetado para a testar.</p> <p>Instituída facilitação cruzada, na disposição da unidade do doente, quer quando sentada na CR.</p>

[Requisito de AC alterado: por desvio de saúde]		<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a pessoa a olhar para os pés - Treinar exercícios que cruzem o lado afetado sobre a linha média do corpo [cruzar as pernas, levar a mão afetada ao ombro] - Instruir sobre facilitação cruzada - Realizar oclusão alternada dos olhos, que reduza a diplopia 	<p>Realizada estimulação sensorial, com aplicação de creme no corpo após o banho, com lado menos afetado e aplicação de gel de banho com lado mais afetado.</p> <p><u>14/10/18:</u> realizada estimulação sensorial com objetos de diferentes texturas.</p> <p><u>AVALIAÇÃO:</u> a D. MS apresenta anestesia tátil e hipoalgesia no hemicorpo direito. Barestesia, palestesia e betiestesia abolidas. Sem lesões provenientes de estímulos externos nocivos. Realiza oclusão alternada de um dos olhos, diariamente.</p>
---	--	---	--

Perspetivas Futuras

A D. M.S. tem evidenciado maior ansiedade face ao seu estado de saúde atual, eventualmente pela consciencialização das sequelas do AVC. É uma senhora emigrante, sem rede familiar próxima e sem habitação permanente, pelo que a alta se evidencia como um processo complicado. Sendo o internamento de aproximadamente 3 meses no serviço de reabilitação, a técnica de serviço social encontra-se a agilizar o processo para que a senhora seja referenciada e transferida para uma UMDR da RNCCI. No internamento, mantêm-se as atividades de treino para reacquirição da força muscular do hemicorpo parético e do reflexo de controlo postural, para continuar a reduzir o seu grau de dependência, bem como o incentivo para a realização das atividades de autocuidado.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cordeiro, M. d., & Menoita, E. (2014). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Tomey, A., & Alligood, M. (1998). *Nursing Theorists and Their Work*. St Louis: Mosby.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO
DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO**

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Data de admissão 01/12/18 Processo nº — Profissão Ajudante familiar

Resumo de internamento/Diagnóstico clínico AVC hemorrágica subcortical ex. de etiologia hipertensiva e sequelas de disfunção motora à grave, distúrbio de dif. percepção, desvio postural para dtr, hemiplegia dtr e hemiparesia total à dtr.

Informação sócio-familiar sempre si família, vive em Portugal há 3A

Condições habitacionais desconhecidas.

Antecedentes Pessoais e Limitações desconhecido AP e alergias.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESTADO MENTAL		
MMSE =		
Consciência	Vigil, Sonolento, Estuporoso	Vigil
Orientação	(P, E, T)	Orientado auto e do que acontece
Atenção	Hipoproxia	Atenção mantida.
Memória	Recente/de Fixação	Mantida
	Remota/de Evocação: Declarativa e Não Declarativa	Mantida
	Amnésia de fixação/ anterógrada	Mantida
	Amnésia de evocação /retrógrada	Mantida.
Linguagem	Fonação e ressonância - aaah	SI alt.
	Função dos lábios - pa pa pa	SI alt.
	Função da língua - ta ta ta	SI alt.
	Função da laringe posterior - ca ca ca	SI alt.
	Fluência verbal (N=120 palavras)	Discurso não fluente. N. produz 120 p.
	Compreensão (ordens simples/complexas)	Segue ordens simples/complexas
	Nomeia (5 objetos)	Nomeia 5 objetos.
	Repete	Repete
	Parafasia	SI parafasia.
	Lexia	Impossível de avaliar adequadamente
Grafia	—	
Calculia	Dificuldade no cálculo de op. de subtração	

PARES CRANIANOS						
		Data Avaliação		01/10/2018		
Par craniano	Avaliação		Dta	Esq	Dta	Esq
I – Olfativo	Parosmia					
	Anosmia					
	Hiposmia					
	Normal		S	S		
II – Óptico	Acuidade visual	Amaurose				
		Ambliopia				
		Normal	S	S		
	Campo Visual	Escotomas				
		Hemianopsia homônima/bitemporal/nasal				
		Quadrantanopsia				
Normal		S	S			
III – Oculomotor comum	Pupilas	Tamanho (miose=1-2mm; normal=3-5mm; midríase=6-9mm)	2	2		
		Isocória				
		Anisocória				
		Diplopia	S	S		
	Ptose palpebral					
	Movimentos conjugados ↗↘↙↖↗↘↙↖		I	I		
Nistagmo		I	I			
IV – Patético	Movimentos conjugados ↘↙		I	I		
V – Trigêmeo			R1-oftálmico, R2-maxilar, R3-mandibular			
	Sensibilidade termo-álgica		S	S		
	Sensibilidade táctil		S	S		
	Reflexo córneo-palpebral					
	Movimentos de mastigação e abertura mandíbula					
VI – Oculomotor externo	Movimentos conjugados ↔		I	I		
VII – Facial	Parésia facial central		I	I		
	Parésia facial periférica		I	I		
	Digeusia (2/3 anteriores língua)					
	Ageusia (2/3 anteriores língua)					
	Sem alteração do paladar					
	Glândulas submaxilares, sublinguais e lacrimais					
VIII – Estato-Acústico	Equilíbrio	Sentado	Estático	I	I	
			Dinâmico	I	I	
		Posição de pé	Estático (Teste Romberg)	I	I	
	Dinâmico		I	I		
	Audição	Teste de Rinne		I	I	
Teste de Weber		I	I			
IX - Glossofaríngeo	Digeusia (1/3 posterior da língua)					
	Ageusia (1/3 posterior da língua)					
	Sem alteração do paladar					
X – Vago	Reflexo do vômito					
	Desvio da úvula					
	Hipofonia					
	Disfonia					
	Sem alteração da voz					
XI - Espinhal	Rotação da cabeça contra resistência		I	I		
	Elevação dos ombros contra resistência		I	I		
XII – Grande Hipoglosso	Desvio da língua					
	Atrofia da língua					
	Acumulação de saliva fossa piriforme					
	Sem alterações					
Rúbrica do EEER						
Observações: _____						

Legenda: S – Sim, N – Não, NA – Não avaliado, D – Diminuída, A – Aumentada, M – mantida

AValiação SENSÓRIO-MOTORA

	Segmento	Movimento	SENSIBILIDADE				TÓNUS (escala modificada de Ashworth)	FORÇA MUSC. (escala de Lower)	AMPLITUDE ARTICULAR		
			Exteroceptiva		Proprioceptiva						
			Táctil	Termo-álgica	Pressão	Postural					
MEMBRO SUPERIOR DIREITO	Ombro	Flexão	Anestesia	Hipoalgia	Burstos burstos	Burstos e burstos burstos	1	1	0/10	0/10	180°
		Extensão					1	1	0	0	50°
		Adução					1	1	0	0	30-45°
		Abdução					1	1+	0	0	180°
	Cotovelo	Flexão					1	1	0	0	160°
		Extensão					1+	1+	0	0	0°
	Punho	Flexão					1	1	0	0	90°
		Extensão					1+	2	0	0	70°
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	Ombro	Flexão	Mantida	1	1	1	0	5	2	180°	
		Extensão					0	5	2	50°	
		Adução					0	5	2	30-45°	
		Abdução					0	5	2	180°	
	Cotovelo	Flexão					0	5	2	160°	
		Extensão					0	5	2	0°	
	Punho	Flexão					0	5	2	90°	
		Extensão					0	5	2	70°	

	Segmento	Movimento	SENSIBILIDADE				TÓNUS (escala modificada Ashworth)	FORÇA MUSC. (escala de Lower)	AMPLITUDE ARTICULAR		
			Exteroceptiva		Proprioceptiva						
			Táctil	Termo-álgica	Pressão	Postural					
MEMBRO INFERIOR DIREITO	Anca	Flexão (joelho extensão)	Anestesia	Hipoalgia	Burstos, burstos e burstos burstos	Burstos e burstos burstos	0	1	0/10	0/10	100°
		Flexão (joelho flexão)					1	1+	0	3	120°
		Adução					0	0	0	3	10°
		Abdução					1+	1+	0	3	30°
	Tibio-tarsica	Flexão					0	0	0	0	30°
		Extensão					0	0	0	0	50°

Flexão joelho (120°)
Extensão (160°)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	Anca	Flexão (joelho extensão)	normal	1	2	3	0	5	2	N100°
		Flexão (joelho flexão)					0	5	2	N120°
		Adução					0	5	2	N30°
		Abdução					0	5	2	N45°
	Tibio-tarsica	Flexão					0	5	2	N30°
		Extensão					0	5	2	N50°

Legenda: N – Normal, D – Diminuída, A – Ausente, NA – Não Avaliada

<p>Escala de Lower:</p> <p>5/5 – movimento normal contra gravidade e contra resistência</p> <p>4/5 – raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força</p> <p>3/5 – raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência</p> <p>2/5 – tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade</p> <p>1/5 – observa-se contração palpável e/ou visível, sem movimento</p> <p>0/5 – sem contração muscular e sem movimento</p>	<p>Escala de Ashworth modificada:</p> <p>0 – sem aumento do tônus muscular</p> <p>1 – leve aumento do tônus muscular manifestado por uma tensão momentânea ou resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão</p> <p>1+ – leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante</p> <p>2 – aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente</p> <p>3 – considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil</p> <p>4 – parte afetada rígida em flexão ou extensão</p>
---	--

COORDENAÇÃO MOTORA				MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS		
Avaliação	Dismetria		Normal	Descoord. sensitiva	Tipo	Localização
	Hipometria	Hipermetria				
Prova dedo-nariz			x		Tremor intencional	
					Coreia	
Prova calcanhar-j Joelho			x		Contrações fasciculares	x
					Mioclonias	

ci alterações pela hemiparêse etc

MARCHA					
Tipo		Características		Nível independência	
Parética com steppage		Velocidade (rápida, lenta, normal)		Autônomo com meio auxiliar de marcha (que meio)	
Parética espástica				Autônomo com CR (que CR)	
Hemiplégica		Comprimento (passo e passada)		Autônomo	
Atáxica					
Miopática		Largura		Meio auxiliar com ajuda	
Parkinsonica					
De pequenos passos		Altura		CR com ajuda	
Outra				Outro	

EQUILÍBRIO / TRANSFERÊNCIAS								
Data	Estático sentado	Estático em pé	Dinâmico sentado	Dinâmico em pé	Realiza rotação dos MI e anca	Apoia os pés	Levanta-se da cama	Levanta-se da cadeira
04/10	x		x					
18/10	x		x				x	

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Índice de Barthel

ITENS	DATA	01/10/18	14/10/18	22/10/18		
Intestino						
Controlo perfeito	10					
Problemas ocasionais	5	5	10	10		
Problemas habituais	0					
Bexiga						
Controle perfeito	10					
Problemas ocasionais	5	5	5	10		
Problemas habituais	0					
Higiene Pessoal						
Barba/dentes/cabelo/face	5	0	5	5		
Dependente	0					
Uso da sanita						
Independente	10					
Ajuda parcial	5	0	0	5		
Totalmente dependente	0					
Alimentação						
Independente	10					
Com ajuda (para cortar)	5	5	5	5		
Impossível	0					
Transferência Leito-CR						
Independente	15					
Ajuda minor/verbal	10	0	5	5		
Ajuda maior	5					
Dependente	0					
Mobilidade						
Independente	15					
Com ajuda	10	0	5	5		
Independente em CR	5					
Impossível	0					
Vestir						
Independente	10					
Ajuda moderada	5	5	5	5		
Impossível	0					
Escadas						
Independente	10					
Ajuda/supervisão	5	0	0	0		
Impossível	0					
Banho						
Independente	5					
dependente	0	0	0	0		
TOTAL		20	40	50		
Rúbrica do EEER		Ⓡ	Ⓡ	Ⓡ		

Classificação:

100 – totalmente independente; 99-76 – dependência leve; 75-51 – dependência moderada; 50-26 – dependência severa; ≤25 – dependência total

Medida de Independência Funcional (MIF)

NÍVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	SEM AJUDA					
	6 Independência modificada (ajuda técnica)	AJUDA					
	<u>Dependência modificada</u>						
	5 Supervisão						
4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)							
3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)							
<u>Dependência completa</u>							
2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)							
1 Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)							
Data:		4/10	14/10	20/10			
AUTOCUIDADOS							
A. Alimentação		3	4	5			
B. Higiene pessoal		3	4	4			
C. Banho (lavar corpo)		2	2	3			
D. Vestir metade superior		2	2	3			
E. Vestir metade inferior		1	2	2			
F. Utilização da sanita		1	2	3			
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES							
G. Bexiga		3	4	6			
H. Intestino		3	4	6			
MOBILIDADE							
Transferências:							
I. Leito, cadeira, CR		2	2	3			
J. Sanita		2	2	3			
K. Banheira, duche		2	2	3			
LOCOMOÇÃO							
L. <u>Marcha/CR</u>	M	1	3	3	3		
	CR	1	3	3	4	3	
M. Escadas		1	1	1			
COMUNICAÇÃO							
N. Compreensão	A	4	6	6	6	6	
	V	4	6	6	6	6	
O. Expressão	V	2	3	3	4	5	
	NV	2	3	3	5	5	
COGNIÇÃO SOCIAL							
P. Interação social		2	2	2			
Q. Resolução dos problemas		1	2	3			
R. Memória		1	3	4			
TOTAL	M=	26	34	45			
	C=	10	16	20			
	T=	36	50	65			
Rúbrica do EEER		e	e	e			

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA

MOBILIZAÇÕES ARTICULARES													
Data:		4/10/18		06/10		10/10		14/10		18/10		21/10	
Segmentos		Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
Cabeça e pescoço		P	A	AA	AR	AA	AR	AA	AR	AA	AR	AA	AR
Membro Superior	Ombro	P	A	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR
	Cotovelo	P	A	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR
	Antebraço	P	A	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR
	Punho	P	A	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR
	Dedos	P	A	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR
Membro Inferior	Anca	P	A	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR	AR	AR
	Joelho	P	A	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR	AR	AR
	Tornozelo	P	A	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR
	Dedos	P	A	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR	P	AR
Rubrica do EEER:		☞	☞	☞	☞	☞	☞	☞	☞	☞	☞	☞	☞

Legenda: P – Passiva, A – Ativa, AA – Ativa Assistida, AR – Ativa Resistida, NE – Não Executado

PLANO INCLINADO							
Data	Duração	Inclinação	Sinais Vitais				

ATIVIDADES TERAPÊUTICAS						
Data:	04/10/18	06/10/18	10/10/18	16/10/18	18/10/18	21/10
Estimulação cognitiva						
Treino de linguagem	x	x	x			
Estimulação sensorial				x	x	
Posicionamento padrão anti-espástico	x	x	x	x	✓	x
Rolamentos	x	x	x			
Ponte	x	x	x	x	x	x
Automobilizações	x	x	✓	x	x	x
Carga no cotovelo			x	x	x	
Facilitação cruzada	x	x	✓	✓	x	x
Oscilação pélvica		x	x	✓	x	
Treino de Equilíbrio (estático/dinâmico e sentado/em pé)	x	x	x	x	x	x
Plano inclinado						
Transferência	x	x	✓	x	x	x
Correção postural (espelho)						
Treino de C.Higiene, Vestir/Despir	x	x	x	x	x	x
Treino de alimentação	x	x	x			
Treino de controlo de esfíncteres	x	x	x			
Treino de marcha						
Treino de motricidade fina						
Treino de exercícios faciais	x	x				
Exercícios terapêuticos com bola suíça						
Exercícios terapêuticos com halteres						x
Ensinos (especificar)						
Exercícios para casa (especificar)	Exercícios para casa naoivos ludo etc.					
Rubrica do EEER	ⓔ	ⓔ	ⓔ	ⓔ	ⓔ	ⓔ

Data	Observações

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TA= 146/80 mmHg

FC= 76 bpm

T= 36,8 °C

FR= 16 cpm

SpO₂= 98 %

Fatores de Risco:

Avaliação objetiva	Inspeção	Sinais de dificuldade respiratória <u>ns</u> Ritmo <u>normal</u> Profundidade <u>normal</u> Frequência <u>16cpm</u> Simetria <u>simétrica</u> Padrão ^{resp.} de ventilação <u>resp. tipo simétrico, toracodorsal</u> Deformidades da parede torácica <u>φ</u>		
	Palpação	Elasticidade <input checked="" type="checkbox"/> <u>Fremto toraco-vascular normal.</u> Rigidez <input type="checkbox"/>		
	Percussão	Maciez <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Timpanismo <input type="checkbox"/>		
	Auscultação	Estridor <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Fervores crepitantes <input type="checkbox"/> Fervores subcrepitantes <input type="checkbox"/> Atrito pleural <input type="checkbox"/> Murmúrio vesicular <input checked="" type="checkbox"/> (mantido, diminuído, ausente)		
	Tosse	<u>φ</u>		
	Características das secreções		<u>φ</u>	
	Exames complementares de diagnóstico		<u>φ</u>	
	Dispneia	De esforço <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/>	Paroxística <input type="checkbox"/> Noturna <input type="checkbox"/>	Platipneia <input type="checkbox"/> Treponeia <input type="checkbox"/>
	<p>Medical Research Council:</p> Data: ___/___/___ Score: _____ Data: ___/___/___ Score: _____ Data: ___/___/___ Score: _____			
	<p>0 - Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. <i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i></p> <p>1 - Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i></p> <p>2 - Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no meu passo normal. <i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</i></p> <p>3 - Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".</i></p> <p>4 - Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>"Estou sem fôlego para sair de casa".</i></p>			

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

Programa de Reabilitação Funcional Respiratória					
Data:	04/10/18	06/10/18	10/10/18	13/10/18	21/10/18
Técnicas de descanso e relaxamento					
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios	x	x	x	x	x
Reeducação diafragmática (porção anterior, posterior, hemicúpula dta e esq.) com/sem resistência	x (p. posterior)	x			
Reeducação diafragmática global	x	x	x	x	x
Reeducação costal (porção antero-lateral esq/dta, postero-lateral esq/dta, lateral dta/esq, inferior, abertura costal seletiva (esq/dta))					
Reeducação costal global (com e sem bastão)					
Drenagem postural clássica ou modificada (lobo superior, lobo inferior, lobo médio)					
Manobras acessórias (percussão, vibração, compressão)					
CATR (RA-ER-HUFF-TEF)					
Tosse assistida					
Tosse dirigida					
Tosse modificada/Huff					
Drenagem postural clássica/modificada					
Terapêutica de posição					
Técnicas de correção postural (espelho quadriculado)					
Aspiração de secreções					
Atmosfera húmida/hidratação/Aerossoloterapia					
Dispositivos técnicos (flutter, espirómetro de incentivo, acapella)					
Ensino de técnicas de gestão do esforço					
Ensino sobre utilização de inaladores e terapêutica de SOS					
Rubrica EEER:	@	@	@	@	@

Data	Observações

**APÊNDICE IX – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE
POSICIONAMENTOS DA PESSOA COM AVC**

3. Posição para o lado são



(Fonte: Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques Vieira, C., 2012, p.84)

a) A almofada de cabeça deve ser o mais baixa possível (ou não ter).

a) O braço afetado fica sobre uma almofada de modo a que fique a esticado, com a palma da mão para baixo, e na direção do olhar. Os dedos devem estar afastados.

a) A perna afetada fica apoiada numa almofada à frente da sã e ligeiramente encolhida. A perna que está em contacto com o colchão pode ficar ligeiramente dobrada para conforto.

Conselhos sobre a posição de Sentado em cadeirão ou em cadeira de rodas

- Assegure-se que a pessoa está bem sentada e direita, com as costas apoiadas (usar uma almofada se necessário)
- Os braços devem estar apoiados ao longo do corpo e o braço afetado deve estar afastado do corpo, com punho e dedos esticados e abertos
- Se tiver uma mesa de apoio, coloque-a
- Os pés devem estar apoiados num banco ou numa superfície, nunca pendurados

DICAS...

Coloque os objetos que a pessoa necessita de alcançar do lado afetado, para promover a estimulação desse mesmo lado. Por exemplo, a televisão, a mesa ou o copo de água.

Referências Bibliográficas:

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2017). *Estatísticas oficiais: causas de morte 2015*. Lisboa: INE.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

(Nota: documento redigido com linguagem adaptada ao público em geral)



Elaborado por:

Enf.ª Patrícia Castanheira (estudante do CMER)

Sob Orientação de:

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Janeiro de 2019

AVC: Guia de Posicionamentos



(Fonte: <https://wellian.com/wellview/symptom/hemiparesis>)

Em 2016
ocorreram 11.778
óbitos por AVC em
Portugal (INE,2017)

O AVC

O **Acidente Vascular Cerebral (AVC)** ocorre quando uma região do cérebro deixa de ser irrigada pelo sangue, por oclusão de uma artéria (AVC Isquémico) ou por rutura da mesma (AVC hemorrágico), gerando sintomas que duram mais de 24h.

As sequelas do AVC variam conforme a localização e extensão da lesão. Lesões cerebrais na metade direita do cérebro geram lesões do lado esquerdo do corpo e vice-versa.

A recuperação e manutenção da funcionalidade dependem de si e do seu familiar doente!

Neste folheto encontrará informação sobre os posicionamentos corretos do doente com AVC.

Estes posicionamento são específicos e visam prevenir a instalação do padrão espástico.

Os posicionamentos corretos são o primeiro passo de uma boa recuperação.

Informe-se junto do seu enfermeiro caso tenha alguma dúvida!

Como pode ajudar o doente?

- ✓ Abordá-lo pelo lado afetado
- ✓ Incentivar o movimento com o lado afetado

POSICIONAMENTOS NA CAMA

Se o doente não conseguir mudar de posição sozinho deverá ajudá-lo, com frequência, de forma a evitar problemas de pele (úlceras de pressão) e alterações musculares, articulares, cardiorrespiratórias e de tónus muscular.

Durante o internamento, deverá treinar os vários tipos de posicionamentos.

Considerações Gerais:

Nunca puxe a pessoa pelo braço afetado!

Evite permanecer na posição dorsal durante muito tempo

1. Posição dorsal (deitado de costas)

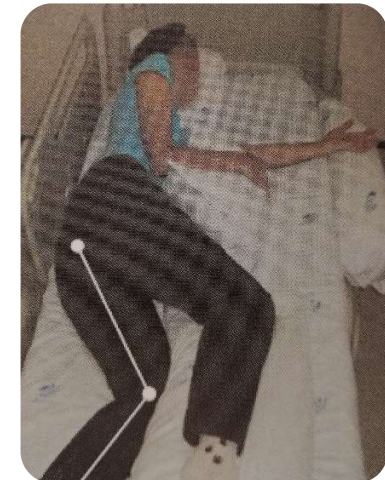
- Coloque uma almofada na cabeça da pessoa, que deve chegar até às omoplatas. A cabeça deve inclinar para o lado sã.
- Coloque outra almofada a apoiar todo o braço lesado. O braço lesado deve ficar aberto, esticado e a palma da mão virada para cima (se possível).
- Se a perna lesada rodar para fora, coloque uma almofada pequena na anca.
- Não apoie os pés numa almofada.

(Fonte: Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques Vieira, C., 2012, p.81)



2. Posição para o lado afetado

- Colocando a mão debaixo da omoplata, ajeite o ombro afetado para a frente para que não fique sob o peso do corpo
- Coloque uma almofada na cabeça, de preferência mais alta
- O braço afetado fica esticado no colchão com a palma da mão virada para cima e a mão aberta. O outro braço pode ficar sem almofada.
- A perna afetada deve ficar ligeiramente dobrada. A outra perna deverá ficar apoiada numa almofada, para conforto.



(Fonte: Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques Vieira, C., 2012, p.83)

**APÊNDICE X – MAPA CONCEPTUAL INTEGRATIVO DA
PROBLEMÁTICA EM ESTUDO**

