



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação na promoção da autonomia da pessoa com
AVC na realização das atividades de vida**

Inês Raquel da Silva Costa Alves

Lisboa

2017





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação na promoção da autonomia da pessoa com
AVC na realização das atividades de vida**

Inês Raquel da Silva Costa Alves

Orientador: Prof. Dr. Miguel Nunes Serra

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

O meu profundo agradecimento à minha família por todo o apoio e compreensão que demonstraram durante este percurso. Sem o vosso apoio teria sido um caminho muito mais árduo.

Agradeço, em especial, às orientadoras de estágio por toda a disponibilidade e carinho com que me trataram e por todos os ensinamentos, apoio e reforço positivo para comigo que serviram de alento neste caminho de desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A todas as amigas e colegas com quem partilhei angústias, momentos de reflexão e discussão e que sempre me incentivaram neste percurso.

Agradeço ainda, ao Professor Miguel Serra pela sua disponibilidade e orientação na elaboração deste relatório.

A todos, o meu muito obrigada!

Lista de abreviaturas e siglas

Abreviaturas

Dr. - Doutor

Prof. – Professor

Sr^a. – Senhora

Sr. – Senhor

Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direcção-Geral da Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

GUSS – *Guggin Swallow Screen*

INE – Instituto Nacional de Estatística

MIF – Medida de Independência Funcional

MMSE – *Mini Mental State Examination*

NIHSS – *National Institutes of Health Stroke Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

Resumo

O AVC assume-se como uma patologia associada a elevados níveis de morbilidade e mortalidade em todo o mundo e, em particular, em Portugal.

São múltiplas as alterações decorrentes do AVC das quais se destacam as alterações da mobilidade que irão influenciar todas as dimensões de vida da pessoa com AVC e o seu sistema familiar. As alterações da mobilidade ganham ainda mais expressão se considerarmos o seu impacto na realização das atividades de vida. Desta forma, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) torna-se essencial na promoção da autonomia e capacitação da pessoa e família na realização das atividades de vida, o que norteou os estágios e a elaboração deste relatório.

No presente documento são descritas e analisadas as atividades realizadas nos locais de estágio com o objetivo de desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: AVC, mobilidade, autonomia, enfermagem de reabilitação e atividades de vida.

Abstract

The stroke is assumed as a condition associated to high levels of morbidity and mortality throughout the world and particularly in Portugal.

There are multiple changes resulting from the stroke of which stands out the changes in mobility that will influence all aspects of life of people with stroke and their family system. The changes in mobility become even more expressive if we consider its impact on the realization of life activities. Thus, the intervention of the Rehabilitation Specialist Nurse becomes essential in promoting the autonomy and empowerment of the person and family in carrying out life activities, which guided the stages and the preparation of this work.

This report describes and analyzes the activities performed at the internship sites with the objective of developing skills of Rehabilitation Nurse Specialist.

Keywords: Stroke, mobility, autonomy, rehabilitation nursing and life activities.

Índice

INTRODUÇÃO.....	8
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA PESSOA COM AVC NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA	13
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	19
2.1 Breve caracterização dos locais de estágio	19
2.2 Desenvolvimento de competências no âmbito da promoção de autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida	21
2.3 Desenvolvimento de competências comuns de Enfermeira Especialista e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

ANEXOS

Anexo I – Manifestações clínicas do AVC de acordo com territórios arteriais e rotura vascular

Anexo II - Instrumento de *follow-up* telefónico da *American Stroke Association*

Anexo III - Fotografia de *dossier* de estimulação sensorial e quadros de motricidade fina

Anexo IV - Instrumentos de registo do EEER existentes no serviço de Neurologia

Anexo V – Certificado de presença no 4^o Simpósio em Enfermagem em Neurologia

APÊNDICES

Apêndice I – Objetivos e atividades propostas no projeto inicial

Apêndice II - Guião de entrevista de *follow-up* telefónico

Apêndice III - Folheto informativo sobre mobilidade no AVC

Apêndice IV - Exemplo de plano de cuidados

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação e tem como finalidade a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas durante os estágios que permitiram o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista.

Correia e Mesquita (2013) referem que o relatório de estágio tem como objetivo dar a conhecer as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos durante um período de estágio. Serrano (1996) refere que o relato do trabalho desenvolvido deverá ser feito de uma forma global, sucinta e coerente. Por conseguinte, e tendo como ponto de partida as atividades e objetivos delineados no projeto inicial (Apêndice I), neste documento é relatado e analisado, de forma sucinta, o percurso e o trabalho que desenvolvi durante os estágios.

Após refletir acerca de uma temática que fosse do meu interesse pessoal, relevante para os cuidados de saúde em geral, para a Enfermagem e, em particular no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, considerei que a temática da pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) responderia a qualquer um desses itens.

O AVC pode ser definido como um défice ou comprometimento neurológico resultante de uma lesão focal ou global do sistema nervoso central por oclusão ou rotura vascular com duração superior a 24 horas ou que leva à morte (OMS, 2006; American Heart Association & American Stroke Association, 2013). Pode ser classificado em isquémico ou hemorrágico (Menoita, Sousa, Alvo e Vieira, 2012; Ferro, 2013) e está associado a níveis elevados de mortalidade e incapacidade (DGS, 2011_a).

Em 2010, a prevalência de AVC era de 33 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que 16,9 milhões de pessoas apresentavam AVC pela primeira vez. Destas últimas, 5,2 milhões (31%) tinham idade inferior a 65 anos (American Heart Association, 2015), ou seja encontravam-se numa idade produtiva.

Particularmente em Portugal, as doenças do sistema circulatório mantêm-se como a principal causa de morte, apresentando as doenças cerebrovasculares uma maior expressão. À semelhança do que tem acontecido nos últimos anos, entre

2009-2013 verificou-se um decréscimo de 14,15% do número de óbitos por doença cerebrovascular [DGS (Direção-Geral da Saúde, 2016)]. Este decréscimo poderá dever-se a vários fatores como a adoção de estratégias preventivas tais como legislação que protege os cidadãos à exposição involuntária ao fumo do tabaco, regulamentação relacionada com a publicidade, patrocínio e venda de tabaco; legislação para redução do conteúdo de sal no pão; campanhas de sensibilização para a adoção de hábitos de vida saudáveis desenvolvidas por sociedades científicas e outras organizações; melhoria no diagnóstico e tratamento de fatores de risco modificáveis como hipertensão arterial e dislipidémia e avanços científicos no tratamento das doenças cérebro-cardiovasculares (DGS, 2013). Neste último ponto, destaca-se o contributo da criação da Via Verde de AVC e das unidades de AVC. A Via Verde de AVC tem contribuído para o aumento do número de pessoas encaminhadas atempadamente para as instituições hospitalares e consequente aumento do número de pessoas submetidas a fibrinólise (DGS, 2011_b, 2014) e as unidades de AVC são reconhecidas como o recurso mais eficiente no tratamento desta patologia, estando associadas a menor mortalidade e incapacidade (DGS, 2001, 2010).

Apesar de todas estas estratégias, em 2014 as doenças do sistema circulatório assumiram-se como a principal causa de morte, revelando 32288 do total de óbitos (30,7%). Deste total, destacam-se 11808 óbitos por doenças cerebrovasculares (INE, 2016).

Mais especificamente, o AVC é a causa de dois em cada três casos de morte por doença cardiovascular (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014) e representa uma das causas mais frequentes de internamento hospitalar por doença neurológica aguda (Ferro, 2013).

No que diz respeito à incapacidade associada a esta patologia e de acordo com a *Heart & Stroke Foundation*, por cada 100 pessoas que sofrem um AVC: 15% morrem, 10% recuperam completamente, 25% recuperam com sequelas mínimas, 40% manifesta incapacidade moderada a grave e 10% necessitam de cuidados de longa duração (Health Quality Ontario & Ministry of Health and long-term care, 2015).

Tendo em consideração a magnitude da expressão epidemiológica desta patologia em todo o mundo e em Portugal, torna-se pertinente a escolha desta problemática que viria a nortear o projeto inicial, os estágios e por conseguinte, a elaboração deste relatório. Contudo, a sua escolha foi influenciada também por motivações de cariz pessoal, social, académico e profissional.

A nível pessoal, porque desde o meu percurso como estudante de licenciatura esta temática me despertou interesse e posteriormente, enquanto enfermeira generalista pude cuidar de pessoas com AVC em fase crónica onde as múltiplas sequelas decorrentes desta patologia a par das consequências da imobilidade condicionavam a execução das atividades de vida bem como a qualidade de vida dessas pessoas. Senti enquanto enfermeira que poderia prestar melhores cuidados aquelas pessoas, embora reconhecesse que não detinha competências que me permitissem fazê-lo.

Devido à mortalidade, incapacidade e repercussões para as famílias e serviços de saúde associadas ao AVC tornam-no um problema de saúde dispendioso. Nos 27 países da União Europeia, estima-se que o custo anual do AVC seja de 27 mil milhões de euros: 18,5 mil milhões (68,5%) são relativos a custos diretos e 8,5 mil milhões (31,5%) a custos indiretos. Os custos diretos referem-se aos cuidados agudos e de longa duração, à medicação, exames complementares de diagnóstico, tratamento e custos com profissionais de saúde enquanto os custos indiretos relacionam-se com a perda de produtividade resultante da morbilidade e mortalidade (Carlo, 2009). Contudo, estima-se que a este valor acresça 11 mil milhões de euros relacionados com os cuidados informais (Carlo, 2009). Assim, a incapacidade associada a esta patologia, os consequentes custos com o seu tratamento e a inerente necessidade de respostas sociais e de saúde, tornam-na relevante do ponto de vista social.

A nível académico, esta área permitiria a aplicação prática de conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso de pós-licenciatura na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Profissionalmente, considero que as competências que viria a desenvolver durante os estágios nesta área possibilitariam o meu desenvolvimento profissional através da prestação de cuidados especializados e de qualidade acrescida e

consequentemente, contribuiriam para a obtenção de ganhos em saúde. Por outro lado, gostaria de exercer funções nesta área e considero que as competências desenvolvidas durante este percurso me ajudariam nesse sentido.

Tendo em consideração as motivações acima explícitas, defini como tema para o projeto inicial: “A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida”.

O modelo teórico escolhido para fundamentar o projeto e o relatório foi a teoria das atividades de vida de Roper, Logan e Tierney por considerar que este se adequava não só à temática das atividades de vida mas por apresentar pontos de convergência com o processo de reabilitação. Neste modelo teórico, as autoras referem que ao longo do ciclo vital a pessoa desempenha as atividades de vida, alternando entre um estado de dependência e independência na realização das mesmas e que esse desempenho pode ser influenciado por vários fatores (Tomey, 2004). Torna-se assim evidente, a concordância entre o modelo teórico e a problemática escolhida, uma vez que também no processo de reabilitação são vários os fatores que influenciam a forma como decorre todo esse processo.

Das doze atividades de vida referentes ao modelo teórico, selecionei o mover-se/mobilizar-se como sendo aquela que tomaria como principal enfoque visto influenciar grandemente a execução das outras atividades. Contudo, as atividades comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir, que integram as atividades de vida diária, seriam igualmente foco de atenção.

A implementação do projeto desenvolveu-se em dois períodos de nove semanas e em contextos distintos. Inicialmente foi desenvolvido um primeiro estágio em contexto hospitalar seguido de um na comunidade. Oportunamente realizarei uma breve caracterização de cada um dos contextos.

Ao longo da elaboração deste relatório, a metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica em livros, revistas de referência em Enfermagem e na área do AVC e nas bases de dados informáticas *CINAHL*, *MEDLINE* e *Cochrane database of systematic reviews* utilizando como termos de pesquisa: *stroke*, *activities of daily living*, *autonomy* e *rehabilitation nursing*. Sempre que se demonstrou relevante foram utilizados novos descritores de pesquisa assim como utilizada a documentação

referente às competências do Enfermeiro Especialista e do EEER estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) de forma a justificar a pertinência das atividades desenvolvidas.

Estruturalmente, este documento encontra-se dividido em torno de quatro capítulos: introdução; cuidados de Enfermagem de Reabilitação na promoção da autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida; percurso de desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e considerações finais. Na introdução é abordada a problemática, as minhas motivações, o modelo teórico que sustentou o projeto e o relatório e a metodologia utilizada. No segundo capítulo é realizado um breve enquadramento teórico sobre as manifestações clínicas do AVC e as suas repercussões na execução das atividades de vida e abordada a intervenção do EEER nesse âmbito. Ao longo do terceiro capítulo e dos seus subcapítulos, é realizada uma descrição, análise e reflexão do percurso percorrido ao longo dos estágios com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e EEER preconizadas pela OE. São abordadas as especificidades de cada local de estágio e o modo como estas duas realidades foram relevantes para o desenvolvimento dessas mesmas competências e ainda, é descrito de que forma os objetivos e atividades previstas no projeto foram ou não concretizáveis. Por fim, nas considerações finais são abordados os pontos fulcrais deste relatório e sintetizado o meu percurso e as aprendizagens realizadas.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA PESSOA COM AVC NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA

As manifestações clínicas do AVC são múltiplas e dependem do tipo, localização (Anexo I) e extensão da lesão (Rodrigues, 2008). Estas podem ser alterações motoras, sensoriais e cognitivas que influenciam os vários domínios da vida da pessoa, nomeadamente, a alimentação, eliminação, sexualidade, o seu comportamento, relações interpessoais, a execução de atividades de vida e a sua participação social (Rodrigues, 2008; Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

Por outro lado, as alterações motoras, da função sensorial e cognitiva influenciam diretamente a mobilidade da pessoa vítima de AVC, que por sua vez, influencia a forma como a pessoa executa as atividades de vida e como participa e se relaciona com o meio. Por este motivo, direcionei a minha atenção para a mobilidade da pessoa com AVC.

A mobilidade poderá ser afetada devido a alterações da força e tónus muscular, do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade, podendo ser traduzidas em hemiparésia, hemiplegia, hipotonicidade, hipertonicidade, padrões anormais de postura e movimento, diminuição ou abolição da sensibilidade superficial e profunda (Menoita et al., 2012).

Numa fase inicial o hemicorpo afetado tende a apresentar hipotonicidade, contudo, posteriormente pode surgir hipertonicidade aumentando a resistência ao movimento passivo, que caracteriza o padrão espástico. Este padrão assume-se como um aumento significativo do tónus muscular do hemicorpo afetado, predominantemente dos músculos anti-gravíticos, designadamente nos flexores e adutores do membro superior e extensores do membro inferior (Branco & Santos, 2010).

As alterações da sensibilidade superficial e propriocetiva, respetivamente, podem contribuir para o aparecimento de disfunções percetivas (*neglect* unilateral, alteração da imagem corporal) e da noção de posição e movimento com

consequente perda da capacidade de execução de movimentos eficientes e controlados aumentando assim o risco de lesões (Menoita et al., 2012).

Apesar do impacto evidente na vida da pessoa com AVC, importa lembrar que não é apenas a pessoa que vivencia alterações na sua vida quotidiana mas também o sistema familiar sofre alterações no seu funcionamento o que obriga a um reajustamento, com vista a restabelecer o seu equilíbrio. Esta readaptação passa pela redefinição de papéis, gestão de emoções e mobilização de mecanismos de *coping*, de forma a que todo o sistema familiar se adapte a esta nova realidade.

Segundo Carvalho e Lopes (2010) as dificuldades sentidas por estes familiares são dificuldades físicas, emocionais, de ordem social e de apoio. As dificuldades físicas são inerentes à prestação de cuidados exigente e relacionada com o tipo de tarefas, grau de incapacidade e dependência do familiar. As dificuldades emocionais relacionam-se com o aumento da ansiedade e insegurança relativa à organização dos cuidados, à constante preocupação, conflitos, sentimentos de raiva, perda, desânimo, frustração e diminuição da auto-estima. Por fim, as dificuldades de ordem social e de apoio estão intimamente ligadas à falta de flexibilidade dos horários laborais, falta de tempo pessoal e para atividades sociais, isolamento social, sobreposição de papéis, dificuldades económicas e barreiras arquitetónicas. Por conseguinte, torna-se fundamental, que o EEER promova o papel ativo da família, desenvolvendo com esta uma parceria, responsabilizando-a e capacitando-a para o processo de cuidar, se essa for a sua vontade, mas também tomando-a como alvo de cuidados.

Tendo em consideração o carácter potencialmente incapacitante desta patologia, importa ainda definir conceitos como independência e autonomia, que estão relacionados com o conceito de incapacidade, e que serviram de ponto de partida para a reflexão e clarificação dos termos utilizados para o tema escolhido. Desta forma, Serqueira (2010_a, p.5) refere que “ a independência está relacionada com a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado”. É verdade que um dos objetivos da reabilitação é a promoção da independência da pessoa com AVC, mas se tomarmos a definição de independência em linha de conta verificamos que esta facilmente se restringe à função. Quando tal independência não é de todo possível, ou quando o é em apenas algumas atividades de vida, o

papel do EEER passa também pela promoção da autonomia de decisão da pessoa em relação a essas atividades.

Cardol, Jong e Ward (2002) distinguem autonomia de decisão e autonomia de execução. Segundo estes autores, a autonomia de execução é a capacidade e liberdade para agir de acordo com as suas decisões e a autonomia de decisão consiste na capacidade de tomar decisões sem coação externa. Considero que a pessoa pode não ser independente, ou não ter autonomia de execução na realização de determinada atividade de vida mas pode ser autónoma para decidir se quer ou não que se realize essa atividade por ela ou, por exemplo, na decisão do modo como essa atividade é realizada. Desta forma, importa referir que autonomia e independência, embora conceitos interligados são distintos. Por conseguinte, optei por escolher o termo autonomia para o título do relatório por ser abrangente e aquele que melhor espelha a minha intenção de demonstrar qual o contributo do EEER no âmbito da realização das atividade de vida.

De acordo com a *American Heart Association* (2010), cerca de 25% a 74% dos sobreviventes de AVC em todo o mundo requerem alguma assistência ou são totalmente dependentes de cuidadores na realização das atividades da vida diária.

Proot, Abu-Saad, Oorsouw e Stevens (2007), referindo-se a um estudo retrospectivo acerca da qualidade de vida da pessoa após AVC, demonstram que para cerca de 55% dos participantes no estudo a autonomia era o determinante mais importante para a sua qualidade de vida, sendo que a sua perda influenciava negativamente a mesma. Deste modo, torna-se evidente a importância da promoção da autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida.

De acordo com o modelo teórico das atividades de vida de Roper, Logan e Tierney existem 12 atividades de vida: manter um ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; controlo da temperatura corporal; higiene pessoal e vestir; mobilizar-se; trabalho e lazer; expressar a sexualidade; dormir e morrer. Ao longo do ciclo de vida a pessoa, um ser único, vai vivenciando um *continuum* de dependência/ independência na realização dessas atividades e na qual interferem múltiplos fatores. Esses fatores são biológicos, psicológicos, sócio-culturais (incluindo espirituais, religiosos e éticos), ambientais e político-económicos (Tomey, 2004). A forma como esses fatores influenciam o modo como a pessoa realiza as

atividades de vida, assim como os acontecimentos de vida a que a pessoa é sujeita ao longo do ciclo vital podem conduzir a problemas reais ou potenciais. Cabe ao Enfermeiro, ajudar a pessoa a lidar, resolver ou prevenir esses problemas enaltecendo o seu papel na promoção e manutenção da saúde e prevenção de doença (Tomey, 2004).

Tendo em consideração os pressupostos deste modelo, é possível verificar que o processo de reabilitação da pessoa com AVC relaciona-se com qualquer um deles. Desta forma, é possível verificar que a pessoa com AVC enfrenta problemas reais na execução das atividades de vida, podendo passar de uma situação de independência para dependência.

O objetivo do EEER será a promoção da autonomia na realização dessas atividades de vida, tendo em consideração a individualidade da pessoa a quem presta cuidados, os fatores que podem influenciar o processo de reabilitação, em particular na realização das atividades de vida assim como a prevenção de problemas potenciais.

A *American Heart Association* (2010), tomando como referência o modelo da CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), refere que a recuperação do AVC é um processo multifacetado que engloba a interação de processos fisiológicos diretamente relacionados com o AVC e comorbilidades associadas e o impacto dessa condição nas variáveis individuais e contextuais (recursos pessoais e ambientais). De acordo com este modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS), o impacto do AVC pode ser descrito de acordo com as seguintes dimensões: perda de funções e estruturas do corpo (inclui deficiências de estruturas e funções fisiológicas e psicológicas que resultam como consequência primária ou secundária do AVC); as limitações de atividades (refletem as dificuldades que os sobreviventes experimentam no desempenho das tarefas funcionais, incluindo atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária); as restrições de participação (referem-se a problemas que os sobreviventes encontram ao restabelecer a vida anterior ou desenvolver novos processos de participação social); e fatores contextuais (inclui as variáveis pessoais e ambientais de cada sobrevivente que influenciam a forma como a sua deficiência é vivenciada, bem como o acesso aos cuidados de saúde) (American Heart Association, 2010). É

assim compreensível que fatores biológicos, como por exemplo alterações decorrentes do AVC, fatores psicológicos como a depressão e fatores socioeconômicos como recursos financeiros, possam influenciar a forma como a pessoa realiza as atividades de vida bem como se desenrola todo o processo de reabilitação.

Todas essas premissas deverão ser levadas em linha de conta na avaliação das necessidades de reabilitação da pessoa e na implementação dos planos de cuidados. Primeiramente o EEER realiza uma avaliação da qual deverá constar uma colheita de dados completa (através de dados recolhidos do processo clínico e da entrevista à pessoa com AVC e família), o exame neurológico (Menoita et al., 2012), do sistema músculo-esquelético (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011), as necessidades sentidas pela pessoa com AVC e sua família bem como as competências para lidar com a nova situação e, finalmente, a avaliação de fatores contextuais que possam interferir no processo de reabilitação. Posteriormente, e tendo em consideração a avaliação inicial, o EEER desenvolverá intervenções com vista à capacitação da pessoa e família bem como à sua reintegração social.

No que concerne às intervenções do EEER, no âmbito da alteração da mobilidade, estas passam por atividades terapêuticas (facilitação cruzada, rolar, ponte, carga no cotovelo e automobilizações), posicionamentos em padrão anti-espástico, mobilizações articulares, exercícios de equilíbrio (estático e dinâmico na posição de sentado e ortostática), estimulação sensorial, levante e transferências, treino de marcha e treino de atividades de vida diária (Menoita et al., 2012).

O EEER assume ainda, um papel importante na capacitação da pessoa na utilização de produtos de apoio, no que se refere à sua seleção e utilização adequada. Anteriormente denominados de ajudas técnicas, os produtos de apoio consistem em equipamentos, instrumentos, tecnologia e *software*, concebidos e disponíveis, com o intuito de prevenir, compensar, aliviar ou neutralizar deficiências, limitações da atividade e restrições da participação em pessoas com incapacidade (DGS & OMS, 2003; ISO, 2007).

Ao longo do processo de reabilitação, o EEER avalia as intervenções desenvolvidas e vai aferindo, com a equipa, pessoa e família, os objetivos, estratégias e recursos que melhor se adequam. Deverá utilizar escalas que

demonstrem a eficácia das intervenções desenvolvidas, nomeadamente no que diz respeito à independência funcional, como por exemplo a Medida de Independência Funcional (MIF) e o Índice de *Barthel*.

Em suma, o EEER, no seio da equipa multidisciplinar, deverá desenvolver uma relação de parceria com a pessoa e família, ajudando a seleccionar os seus próprios recursos e capacitando-a na realização das atividades de vida.

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

2.1 Breve caracterização dos locais de estágio

Na escolha dos locais de estágio foi tida em consideração a problemática que defini, assim como as características de cada contexto que possibilitassem uma variedade de experiências promotoras de desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Assim, o primeiro período de estágio desenrolou-se no serviço de Neurologia de um hospital central do distrito de Lisboa e o segundo, numa ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), da RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), inserida numa UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) do concelho de Sintra.

O serviço de internamento de Neurologia tem uma lotação de 27 camas, 13 de Neurologia Vasculuar, 13 de Neurologia Geral e 1 quarto/laboratório de estudo do sono. Das 13 camas de Neurologia Vasculuar, destaca-se 1 sala com 4 camas, a Unidade Especial de Neurologia Vasculuar onde se encontram pessoas com AVC que necessitam de maior vigilância e monitorização, provenientes do serviço de urgência.

Neste serviço as patologias mais frequentes são: AVC, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Esclerose Múltipla, Parkinson e Estado de Mal Epiléptico.

De acordo com os dados recolhidos no serviço, a idade média das pessoas com AVC internadas no serviço é de 50 anos e a duração em média de dias de internamento é de 8,5 dias. Após a alta os doentes vão, frequentemente, para o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, para unidades da RNCCI e para o domicílio.

Neste serviço a equipa de Enfermagem trabalha de acordo com o método individual de trabalho e dela fazem parte quatro especialistas em Enfermagem de Reabilitação, embora apenas a uma enfermeira esteja atribuída essa função. A essa

enfermeira não são atribuídos doentes e através da passagem de turno, seleciona aqueles que apresentam necessidades em reabilitação e realiza uma avaliação inicial e, posteriormente, planifica e implementa as intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

Neste serviço são desenvolvidas reuniões multidisciplinares duas vezes por semana em que são discutidos os casos clínicos no âmbito da Neurologia geral e vascular. Nestas reuniões estão presentes enfermeiros, médicos, assistente social, terapeuta da fala/deglutição e fisioterapeuta.

A escolha deste primeiro local de estágio teve como critério de seleção o facto de ser frequente o internamento de pessoas com AVC e porque tendo em consideração a diversidade e especificidade das doenças neurológicas, torna-se um contexto no qual a intervenção do EEER é essencial, o que me permitiria o contacto com experiências enriquecedoras da minha aprendizagem.

Desta forma, o primeiro estágio decorreu num contexto hospitalar, numa fase aguda de doença e o segundo na comunidade, ou seja, numa fase mais crónica da doença e no contexto domiciliário.

A ECCI tem como área de intervenção duas freguesias do concelho de Sintra e a população abrangida por esta é maioritariamente idosa, dependente e com patologia neurológica (AVC e Demência), do foro ortopédico (fratura do colo do fémur, osteoartroses) e oncológica. Esta ECCI abrange em média 50 utentes.

A admissão pela ECCI é feita após avaliação médica, de enfermagem e social. Os utentes são referenciados, maioritariamente, pelas EGA (Equipa de Gestão de altas) através da plataforma informática da RNCCI (*gestcare* CCI). É realizada uma primeira visita na qual é feita uma avaliação das necessidades desses utentes, nomeadamente de reabilitação e a partir da qual são elaborados os objetivos, o plano de intervenção e é atribuído um gestor de caso.

Da equipa da ECCI, fazem parte duas enfermeiras especialistas em Enfermagem de Reabilitação, quatro enfermeiros de cuidados gerais, uma fisioterapeuta e uma assistente social. O apoio médico é exercido pelo médico de família do utente.

O número de visitas domiciliárias semanais realizada pelas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação é estipulado tendo em conta o

número e as necessidades de reabilitação dos utentes inscritos na ECCL. De uma forma geral, são realizadas uma a duas visitas domiciliárias por utente durante um período de tempo necessário para atingir os objetivos de reabilitação propostos.

As visitas domiciliárias decorrem no período da manhã e a deslocação é feita através de veículo para o efeito, disponibilizado pelo Centro de Saúde. No período da tarde são realizados os registos em suporte informático através da plataforma da RNCCI, na SAPE e suporte papel.

Pretendia neste local de estágio, perceber a dinâmica destas equipas, prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com AVC que tivessem regressado ao domicílio recentemente e a utentes com outras necessidades de reabilitação e em contexto domiciliário.

2.2 Desenvolvimento de competências no âmbito da promoção de autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida

No âmbito da promoção de autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida delinee o meu projeto de estágio em torno de cinco objetivos. Com a concretização desses objetivos, pretendia desenvolver competências comuns de Enfermeira Especialista e específicas de EEER e por esse motivo, aos objetivos estipulados foram alicerçadas as competências que pretendia atingir. Desta forma, passarei a descrever e analisar esses objetivos e as atividades desenvolvidas mencionando apenas alguns domínios das competências desenvolvidas, podendo estas serem consultadas na íntegra recorrendo ao Apêndice I.

O primeiro objetivo que pretendia atingir era desenvolver conhecimentos teórico-práticos sobre a temática dos cuidados à pessoa com AVC. Este primeiro objetivo teve como ponto de partida o meu interesse crescente sobre esta área de intervenção aquando das aulas lecionadas durante o curso de pós-licenciatura em Enfermagem de Reabilitação. Posteriormente, a elaboração do projeto permitiu-me aprofundar conhecimentos teóricos sobre esta problemática que foram sendo completados com a componente prática no desenrolar dos estágios.

Inicialmente, tendo em consideração a especificidade do serviço de Neurologia, acreditei que teria mais oportunidades de prestar cuidados a pessoas com AVC

neste contexto da prática clínica, embora tivesse criado a expectativa de que na comunidade encontraria também pessoas com AVC mas com a particularidade de terem regressado recentemente ao domicílio. Seria uma forma de identificar as dificuldades sentidas por essas pessoas no regresso a casa e desenvolver intervenções com a finalidade de capacitá-las, maximizando as suas potencialidades, ajudá-las a encontrar e adaptar os seus próprios recursos de forma a atingirem uma maior autonomia e adaptação ao seu contexto. No entanto, as minhas expectativas revelaram-se um pouco elevadas face às oportunidades que encontrei na comunidade. Pude constatar um número diminuto de pessoas com AVC e nenhuma dessas pessoas tinha regressado recentemente ao domicílio. Considero que para tal, poderá ter contribuído o facto de as pessoas com AVC, após a alta hospitalar, serem referenciadas para unidades de internamento da RNCCI, nomeadamente para as Unidades de Convalescença, ou para serviços de Reabilitação na comunidade ou contexto hospitalar e ainda, quando referenciados para ECCI serem acompanhados por fisioterapeutas. Esta última situação foi verificada na ECCI onde me integrei, uma vez que existiam pessoas com AVC mas que eram acompanhadas pela fisioterapeuta da equipa.

Na ECCI prestei cuidados a duas pessoas que tiveram AVC há alguns anos e o motivo pelo qual foram referenciadas teve por base fatores como a imobilidade e outras comorbilidades. Apesar de não ter implementado planos de reabilitação a pessoas que tivessem regressado recentemente ao domicílio, esta experiência demonstrou-se, igualmente, importante e enriquecedora da minha aprendizagem, reforçando a importância da prevenção de complicações e promoção da qualidade de vida daquelas pessoas.

Estas duas pessoas encontravam-se acamadas e ambas apresentavam espasticidade nos membros superiores e inferiores.

A espasticidade é um sintoma comum após AVC, surgindo em cerca de 30 % dos casos (Thibaut et al., 2013) e a sua prevalência varia entre 4 - 27% na fase inicial da doença (1 – 4 semanas após o AVC) e 17 - 43% na fase crónica (mais de 3 meses) (Picelli et al., 2014). Esta pode induzir dor, anquilose, contraturas, fraqueza muscular, afetando assim a funcionalidade, a qualidade de vida e aumentando a sobrecarga do cuidador (Thibaut et al., 2013; Demetrios et al., 2013; Ward, 2012;

Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011). Torna-se por isso essencial a implementação de intervenções que em primeira instância previnam a ocorrência deste fenómeno ou quando já instalado que diminuam a sua progressão e as suas consequências.

As intervenções de Enfermagem de Reabilitação desenvolvidas nestes dois casos prenderam-se com mobilizações articulares passivas, posicionamentos em padrão anti-espástico e transferências da cama para o cadeirão.

As mobilizações articulares, como relata a bibliografia, pretendiam favorecer a integridade das estruturas articulares, a nutrição da cartilagem, promover a extensibilidade e contractilidade do tecido muscular, facilitar a circulação de retorno, melhorando a amplitude de movimentos e evitando aderências e contraturas (Menoita et al., 2012; Coelho, Barros & Sousa, 2017). Estas eram executadas em cada segmento corporal, de forma lenta e controlada, numa frequência de 10 repetições por segmento, tendo em consideração a amplitude articular e o limiar de dor. No que respeita à dor, foi necessário sugerir a um dos cuidadores a administração de analgesia antes da visita domiciliária, devido à expressão de dor (através de gemidos e fácies) de uma das utentes durante a realização desta intervenção.

Os posicionamentos anti-espásticos propunham-se contrariar a espasticidade. Como refere a DGS (2010) estes devem tornar-se um hábito de vida na pessoa hemiplégica.

Por fim, as transferências tinham como objetivo a diminuição das consequências decorrentes da imobilidade nos vários sistemas orgânicos nomeadamente, na prevenção de complicações respiratórias e de integridade cutânea, uma vez que, como refere a OE (2013) o comprometimento da mobilidade decorrente de doença, traumatismo ou envelhecimento acarreta consequências ao nível dos vários sistemas orgânicos (respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, urinário, metabolismo, sistema nervoso, músculo-esquelético, pele e tegumentos).

Apesar da implementação das intervenções supracitadas, a bibliografia consultada enumera algumas medidas no tratamento da espasticidade, nomeadamente não farmacológicas (massagem, calor, frio, electroestimulação...) e farmacológicas (baclofeno e outros fármacos, administração de toxina botulínica...). Destas destaco as medidas não farmacológicas, as quais deveriam ser foco de

atenção e estudo pelo EEER por forma a desenvolver intervenções complementares nos programas de Reabilitação que estabelece.

Retomando o exemplo destas duas utentes, importa referir que uma delas apresentava infeções respiratórias de repetição e nesse sentido eram desenvolvidas intervenções no âmbito da Reeducação Funcional Respiratória (RFR), com o intuito de expansão torácica e mobilização de secreções tendo implementado técnicas como a respiração diafragmática e costal, manobras acessórias e aspiração de secreções.

Apesar de não ter prestado cuidados a pessoas com AVC que tivessem regressado recentemente ao domicílio, a prestação de cuidados a estas pessoas permitiu o desenvolvimento de intervenções no âmbito da Reeducação Funcional Motora (RFM) e RFR que possibilitaram o desenvolvimento de competências específicas de EEER, nomeadamente no que diz respeito à competência “J1 – cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento n.º 125/2011, p.8658).

Em contrapartida, em contexto hospitalar prestei cuidados a um número considerável de pessoas com AVC de várias faixas etárias, com diferentes tipos e extensão de lesão cerebral e variados graus de incapacidade.

Ao contrário do que esperaria encontrar, prestei cuidados a duas jovens-adultas com cerca de 30 anos que tiveram um AVC. Sendo o aumento da idade um dos fatores de risco mais importantes para a ocorrência de AVC (Ferro, 2013), esta realidade vem demonstrar a importância de outros fatores de risco no surgimento desta patologia e alerta para esta realidade, cada vez mais frequente, nas camadas mais jovens da população. Henriques, Henriques e Jacinto (2015), reportando-se a estudos recentes, reiteram esta afirmação, referindo que a incidência de AVC em adultos jovens está a aumentar, correspondendo a cerca de 5-10% do total de pessoas com AVC. Segundo estes autores, este aumento verifica-se nomeadamente no AVC isquémico, essencialmente associado a fatores de risco como o tabagismo, que corresponde aproximadamente a 10-14% dos AVC isquémicos.

No desenrolar deste estágio fui, gradualmente, prestando cuidados a estas pessoas de forma mais autónoma e eficiente. Para tal as estratégias utilizadas foram a pesquisa bibliográfica, possibilitando a mobilização e aquisição de conhecimentos

teóricos, que aliada à discussão com a orientadora de estágio e observando a forma como esta e a restante equipa prestavam esses mesmos cuidados permitiu-me melhorar a minha prestação de cuidados. Por outro lado, a implementação de intervenções no âmbito da Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC, que mais à frente descrevo e analiso, permitiu aplicar conhecimentos teóricos e melhorar a componente técnica na realização dessas intervenções. Este percurso permitiu-me consolidar os conhecimentos teóricos com a componente prática o que facilitou o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEER estipuladas inicialmente.

O segundo objetivo delineado consistia em colaborar com a equipa na elaboração e/ou implementação de projetos acerca da temática do AVC.

Aquando da primeira reunião com a enfermeira-chefe do serviço de Neurologia, esta demonstrou a sua intenção de implementar uma consulta de acompanhamento dirigida à pessoa com AVC contudo, por falta de recursos humanos, esta ainda não tinha sido implementada.

Sendo o regresso a casa da pessoa com AVC uma problemática do meu interesse, considerei que poderia elaborar um guião de entrevista que fosse útil não só para aplicar às pessoas a quem prestasse cuidados mas que pudesse ser um instrumento útil aquando da implementação da consulta. Recorri à pesquisa bibliográfica na qual acedi a um instrumento de *follow-up* telefónico da *American Stroke Association* (Anexo II) que serviu de ponto de partida para a elaboração de um novo guião de entrevista. Na elaboração deste instrumento, foram formuladas questões que pudessem fornecer informação relativamente às dificuldades sentidas pelas pessoas no regresso a casa, questões de carácter educacional relacionadas com o AVC, de adesão ao regime terapêutico, evolução do estado funcional bem como perceber se as intervenções e ensinios realizados no internamento contribuíram para a sua adaptação no domicílio (Apêndice II). Por outro lado, estas entrevistas de *follow-up* permitiriam despistar complicações e uma oportunidade de reforçar ensinios. As respostas que pretendia receber serviriam para melhorar os ensinios realizados ou abordar aspetos que seriam importantes para as pessoas, melhorando os cuidados prestados e indo ao encontro das reais necessidades das mesmas.

Este guião de entrevista seria implementado às pessoas com AVC após uma semana da alta hospitalar e ao fim de um mês. A escolha dos períodos temporais para a aplicabilidade deste guião relacionou-se com a duração do tempo de estágio mas também por questões como o regresso a casa ter decorrido recentemente. Estes contactos telefónicos foram efetuados ao fim de sete dias e ao fim de um mês mas poderiam ser realizados posteriormente e de acordo com as necessidades identificadas nos primeiros contactos. De acordo com a *American Heart Association* (2010) um em cada seis sobreviventes de AVC sofrerá um novo AVC. Estas pessoas apresentam um risco 15 vezes maior de sofrer um AVC do que a população em geral, sendo que 2-3% dos sobreviventes têm um novo AVC nos primeiros 30 dias, cerca de 9% nos primeiros 6 meses e 10-16% dentro de 1 ano (Birns & Bhala, 2015). Por outro lado, o AVC recorrente tem uma maior probabilidade de ser fatal que o primeiro evento e de acarretar maior incapacidade aos sobreviventes (Slark citando Rothwell, 2010). Como tal, importa ressaltar a importância de ações de prevenção secundária que poderão passar pela criação de consultas de acompanhamento ou *follow-up* telefónico que permitam monitorizar e acompanhar as pessoas com AVC e atuar na educação da pessoa e familiar na adesão ao regime terapêutico (adesão à terapêutica, consultas de rotina, erradicação e controlo de fatores de risco modificáveis). Segundo Shupe (2014), os contactos telefónicos podem reforçar ensinamentos realizados na preparação da alta, promover resultados clínicos, reduzir a ansiedade e dúvidas das pessoas e reduzir reinternamentos. Estes contactos de acompanhamento teriam ainda como objetivo servir de suporte aos cuidadores e efetuados 1, 4, 6 e 12 meses após a alta (American Heart Association, 2010), o que se demonstra congruente com a prevalência de AVC recorrente.

Apliquei este guião, por via telefónica, a três pessoas a quem prestei cuidados e que tiveram alta para domicílio. Este contacto foi realizado uma semana após a alta e apenas a uma pessoa foi realizado um segundo contacto ao fim de um mês do regresso a casa. Da aplicabilidade deste guião, verifiquei que estas pessoas se mantinham em regime de reabilitação, na sua maioria em contexto hospitalar, todas se mantinham a cumprir o regime terapêutico nomeadamente, adesão à terapêutica, erradicação e controlo de fatores de risco modificáveis. Das dificuldades referidas no

regresso a casa destaca-se a subida de escadas e a deslocação na rua como as dificuldades sentidas pelos entrevistados. Quando questionados acerca de alterações/adaptações que tiveram de fazer no domicílio referenciaram a remoção de tapetes e aplicação de barras de apoio no WC. No que toca aos ensinamentos realizados no internamento, estes referiram que contribuíram para uma melhor adaptação ao domicílio. Constatei que aparentemente houve uma progressão favorável no estado funcional destas pessoas comparativamente ao momento da alta e tendo em consideração as informações dadas pelos entrevistados, visto não ter aplicado nenhuma escala de avaliação da independência funcional, e apesar de considerar que poderia ser um elemento a implementar na consulta de acompanhamento.

Verifiquei que as maiores dificuldades sentidas por estas pessoas prendiam-se com questões relacionadas com a mobilidade, o que reforça a importância das intervenções desenvolvidas nesse âmbito. Seria importante a aplicação deste instrumento a um número maior de pessoas de forma a obter uma maior diversidade de dados que permitissem um melhor conhecimento das dificuldades sentidas por estas pessoas. Condicionismos como a falta de recursos temporais e o número reduzido de pessoas com AVC que regressaram ao domicílio durante o meu período de estágio ditaram que este guião apenas fosse aplicado a uma amostra pequena de pessoas.

A implementação de intervenções deste tipo permite um acompanhamento pelo EEER da pessoa com AVC após alta hospitalar, sendo uma estratégia de prevenção secundária, permite de certa forma avaliar o impacto das intervenções implementadas durante o internamento e ao mesmo tempo configura-se como uma estratégia que aproxima as pessoas aos cuidados de saúde.

Se considerarmos a prevenção de problemas potenciais preconizado pelo modelo teórico de Roper, Logan e Tierney, torna-se evidente a importância destas estratégias preventivas. Por outro lado, o regulamento das competências do EEER, assim como o regulamento dos padrões de qualidade especializados em Enfermagem de Reabilitação ressaltam a importância da adoção de medidas que visem prevenir a deficiência ou minimizar o seu impacto (OE, 2011; Regulamento n.º 125/2011).

Outra necessidade identificada no serviço de Neurologia foi a elaboração de folhetos informativos acerca das AVD para fornecer aos cuidadores como complemento dos ensinamentos realizados. Esta intenção, já tinha sido discutida com os enfermeiros do serviço e estipulada a constituição de grupos de trabalho para a elaboração dos mesmos. O tema da mobilidade tinha sido atribuído à minha orientadora, o que acabou por se demonstrar congruente com o meu tema de projeto e, por esse motivo, elaborei esse folheto sob a sua supervisão (Apêndice III). Neste folheto informativo incorporei ensinamentos sobre posicionamentos em padrão anti-espástico, transferências e atividades terapêuticas. Este instrumento constitui uma forma de completar os ensinamentos efetuados e é uma ferramenta que reúne a informação servindo de suporte escrito, uma vez que os cuidadores têm muita informação para assimilar e, por vezes, torna-se difícil acomodar toda a informação dada durante os ensinamentos. Servem assim, como um suporte ao qual podem recorrer em caso de dúvida.

Landeiro, Martins e Peres (2016) referem que os enfermeiros, durante o internamento hospitalar, necessitam de dotar os familiares de conhecimentos e habilidades que lhes permitam cuidar da pessoa dependente assim como desenvolver estratégias de ensino adequadas. Desta forma, os folhetos poderão ser exemplos de estratégias educacionais utilizadas na capacitação dos cuidadores.

Considero que este foi outro objetivo atingido, o que permitiu o desenvolvimento de competências estipuladas no projeto, nomeadamente, no domínio da melhoria da qualidade mais especificamente, no que se refere à competência “B2 - concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” referente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011, p.8651).

O terceiro objetivo consistia em conceber planos de intervenção de reabilitação que visassem a promoção de autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida. Para atingir este objetivo, delineei como primeira atividade a realização de uma avaliação inicial da pessoa com AVC e do seu contexto.

Como preconizado, para que se consiga prestar cuidados tendo em conta as necessidades das pessoas e a sua individualidade, é necessário realizar uma correta avaliação da pessoa e do seu contexto. Neste sentido, aquando da avaliação

procurei recolher toda a informação necessária acerca das pessoas a quem iria prestar cuidados, que possibilitasse essa mesma intervenção individualizada. Para a concretização dessa avaliação recorri à colheita de dados e entrevista à pessoa com AVC e familiar, à observação e aplicação de instrumentos que permitissem uma avaliação objetiva de vários parâmetros. Desta avaliação inicial a minha maior dificuldade foi em contexto hospitalar ter uma perspetiva o mais fidedigna possível do contexto da pessoa, quer a nível das condições habitacionais, das relações familiares, recursos socioeconómicos e da comunidade. Para recolher essa informação conversei com as pessoas a quem prestei cuidados e com os seus familiares, de forma a obter toda a informação relevante. Em algumas situações, só foi possível recolher essa informação junto da família devido a alterações da consciência e /ou comunicação presentes em algumas pessoas com AVC. Por outro lado, a articulação com a assistente social permitiu uma melhor visão dos rendimentos económicos e a forma como estes interferem no processo de reabilitação, na escolha ou compra de produtos de apoio e entidades prestadoras de serviços/recursos da comunidade.

Na avaliação inicial pretendia também, perceber quais as metas que as pessoas pretendiam atingir, assim como quais as estratégias que poderiam utilizar. Esta avaliação demonstrou-se difícil uma vez que numa fase aguda, frequentemente as pessoas com AVC e os seus familiares estão centrados na sobrevivência da pessoa. Verifiquei que a maioria das pessoas aceitavam qualquer tipo de intervenção que quiséssemos implementar que as tornassem mais autónomas, assumindo uma atitude mais passiva no processo de reabilitação. Essa situação poderá ser explicada por todo o processo de adaptação à nova condição de dependência a que estas pessoas estão sujeitas. Como refere Serqueira (2010_b, p.40) “o aparecimento de uma dependência implica uma transição para uma nova vida”, exigindo um reajustamento da pessoa.

Proot et al. (2002, 2007) referem que ao longo do processo de reabilitação as pessoas com AVC passam por um processo de reacquirição de autonomia na qual contribuem fatores relacionados com os sobreviventes (particularidades da pessoa antes do AVC, as acarretadas pelo AVC e as estratégias utilizadas por estas pessoas) e os fatores ambientais (abordagem e estratégias utilizadas pelos

prestadores de cuidados, familiares e o contexto onde decorre o processo de reabilitação). De acordo com estes autores, nas fases iniciais da reabilitação as pessoas com AVC não estão preparadas para assumir uma postura de autodeterminação, muitas vezes relacionados com incapacidades decorrentes do AVC e com sentimentos de revolta e frustração face à sua dependência. No estágio constatei que só quando se tornam mais autónomas ou quando a sua situação clínica melhora, é que começam a procurar por elas as suas próprias estratégias, a quererem arriscar e a terem mais confiança em si mesmas.

Não menos importante, é a compreensão da informação clínica, nomeadamente a história atual de doença, antecedentes pessoais e observação e interpretação de exames complementares de diagnóstico. Neste sentido, pude consultar os processos clínicos, exames complementares de diagnóstico, nomeadamente, a visualização e discussão com a minha orientadora de TC ou RM crânio-encefálica, ficando com uma noção do que é esperado encontrar nestes exames de acordo com o tipo de lesão cerebral e a sua localização.

A neuroavaliação foi uma das atividades também desenvolvida e fulcral numa avaliação inicial. Esta consiste num conjunto de técnicas que permitem provocar uma resposta do sistema nervoso que se destinam a compreender o seu funcionamento e constitui uma importante ferramenta para o EEER (Branco & Santos, 2010). Desta avaliação pude analisar todos os parâmetros como o estado mental (consciência, orientação, memória, capacidades práxicas, negligência unilateral, atenção e linguagem); pares cranianos; motricidade (força e tónus muscular, coordenação motora); sensibilidade; equilíbrio e marcha.

Parâmetros como a deglutição e eliminação foram também tidos em conta nesta avaliação inicial.

As perturbações na deglutição são frequentes na pessoa com AVC e estão relacionadas com alterações no normal funcionamento das estruturas envolvidas na deglutição assim como “alterações do estado de consciência, atenção, perceção, coordenação, força, planeamento motor, sensibilidade, campos visuais ou comportamentos impulsivos” (Braga, 2017, p.184). Deste modo, para a avaliação da disfagia foi realizada uma avaliação indireta na qual foram tidos em conta, em primeira instância, parâmetros como o estado mental, função cognitiva e linguagem,

capacidade para cumprir indicações, postura corporal e controlo da cabeça na posição de sentado, presença de peças dentárias, eficácia da tosse, deglutição de saliva e avaliação dos pares cranianos (nomeadamente os envolvidos no processo de deglutição - V, VII, IX, X, XII). Posteriormente foram avaliados possíveis sinais de disfagia a cada administração de água na consistência líquida e nas diferentes consistências (através da utilização de espessante), utilizando como fio condutor um instrumento baseado no protocolo de GUSS (*Guggin Swallow Screen*) presente no serviço.

As complicações mais frequentes da disfagia são a desnutrição, desidratação e pneumonia por aspiração podendo aumentar o tempo de internamento, reduzir a participação da pessoa no processo de reabilitação e acarretar um maior grau de dependência no momento da alta (Braga, 2017), o que torna essencial a avaliação precoce da deglutição na pessoa com AVC.

A avaliação da deglutição é efetuada neste serviço por qualquer enfermeiro no momento da admissão da pessoa no internamento, se reunidas as condições para tal. No entanto, importa realçar o papel do EEER, nesta avaliação, que dotado de competências aprofundadas neste domínio permite uma compreensão, avaliação e observação mais sistematizada. Após esta avaliação e em caso de disfagia a pessoa é encaminhada para a terapeuta da fala/deglutição que realiza a sua avaliação e inicia os exercícios de deglutição.

A avaliação da eliminação vesical e intestinal torna-se relevante uma vez que o AVC pode originar bexiga neurogénica desinibida assim como intestino neurogénico desinibido (Stevens, 2011). Na bexiga neurogénica desinibida surgem contrações involuntárias da bexiga, permitindo que esta esvazie completamente e quase em simultâneo com a vontade de urinar, o que leva estas pessoas a referirem frequentemente, urgência, polaquiúria e nictúria (Stevens, 2011). No intestino neurogénico desinibido os impulsos sensoriais percorrem o arco reflexo até ao cérebro mas este é incapaz de interpretar os impulsos para defecar sendo ativado o reflexo defecatório sacral, diminuindo o controlo do esfíncter anal e ocorrendo uma eliminação involuntária acompanhada de urgência quase concomitantemente ao reflexo gastrocólico (Gender, 2011).

Das pessoas com AVC 40 a 60% apresentam incontinência urinária na fase aguda do internamento, reduzindo para 25% após a alta e a incontinência fecal apresenta uma prevalência de aproximadamente 40% e reduz para 20% após a alta (American Heart Association & American Stroke Association, 2016). Estas têm um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa com AVC (Coggrave, 2008) e tendo em consideração o risco associado à perda de integridade cutânea, estigma social e sobrecarga dos cuidados, a gestão da incontinência vesical e intestinal torna-se uma parte essencial do processo de reabilitação (American Heart Association & American Stroke Association, 2016).

Na avaliação da eliminação deverão ser tidos em conta aspetos como o padrão anterior e atual de eliminação, o exame físico e exames de diagnóstico (Stevens, 2011; Redol e Rocha, 2017). No âmbito da avaliação do padrão atual de eliminação, a bibliografia refere que o registo de eliminação diária poderá ser uma metodologia útil para uma caracterização mais fidedigna desse padrão (Stevens, 2011; Redol e Rocha, 2017).

A avaliação da eliminação das pessoas a quem prestei cuidados durante o estágio focou-se essencialmente na recolha de dados relativamente à história prévia e atual, na avaliação abdominal e, em algumas ocasiões, em exames de diagnóstico (como por exemplo a interpretação de resultados de urina). Tendo em conta o supracitado, verifico que esta poderia ser realizada de uma forma mais pormenorizada, nomeadamente, no que respeita ao registo diário de urina. O número considerável de pessoas internadas com necessidades de reabilitação assim como o tempo necessário para uma avaliação e intervenção sistematizada e individualizada poderão ter condicionado uma avaliação destes parâmetros de uma forma mais minuciosa.

A avaliação da dependência/ independência na realização das atividades de vida era outro dos parâmetros que previ avaliar aquando da realização do projeto de aprendizagem. Segundo Kelly - Hayes e Phipps (2011, p.179) “os objetivos gerais da avaliação funcional na reabilitação são determinar o estado funcional, documentar a necessidade de intervenções e serviços, criar um plano de tratamento e avaliar e monitorizar os progressos”. Esta avaliação demonstrou-se importante numa perspetiva de estabelecer o ponto em que se encontravam as pessoas e,

posteriormente, analisar a sua evolução. Para esta avaliação recorri ao Índice de *Barthel* e MIF, amplamente divulgados e recomendados pela bibliografia consultada.

Outros elementos como o risco de úlcera de pressão e risco de queda foram itens igualmente avaliados, sendo utilizadas a escala de *Braden* e *Downton*, respetivamente, por serem as preconizadas pela instituição hospitalar onde decorreu o estágio.

Todos os dados recolhidos tornam-se importantes e no seu todo permitem um conhecimento mais aprofundado da pessoa a quem se presta cuidados. Só através desse conhecimento é possível ir ao encontro das suas necessidades e individualizar os cuidados, o que remete para a individualidade da vida referido por Roper, Logan e Tierney (Tomey, 2004).

Após a avaliação dos itens supracitados procedi à planificação dos cuidados com vista à promoção da autonomia na realização das atividades de vida e capacitação da família. Esses planos eram discutidos com a orientadora de estágio. No Apêndice IV encontra-se um exemplo de um plano de cuidados.

Em suma, todas as atividades referentes a este objetivo foram executadas, tendo sido atingido este objetivo, assim como as competências referentes a este.

O quarto objetivo proposto consistia em implementar os planos previamente concebidos tendo em conta a avaliação inicial. Estes contemplaram intervenções no âmbito da reeducação sensoriomotora, cognitiva e educação para a saúde.

No âmbito da reeducação sensoriomotora foram implementadas intervenções como posicionamentos em padrão anti-espástico, mobilizações articulares (passivas e ativas de acordo com as capacidades das pessoas e recuperação funcional), atividades terapêuticas (ponte, rolamento, carga no cotovelo, facilitação cruzada e automobilizações), treino de equilíbrio (estático e dinâmico, sentado e na posição ortostática) levante e transferências (para cadeirão e cadeira sanitária), treino de fortalecimento muscular, treino de marcha e de AVD com recurso a produtos de apoio, estimulação sensorial e treino de motricidade fina. Para todas estas intervenções pude contar com vários materiais existentes no serviço. A bola suíça foi utilizada para a realização de exercícios de equilíbrio e fortalecimento muscular. O *dossier* de estimulação sensorial (Anexo III) permitiu promover momentos de estimulação táctil e os quadros de motricidade fina (Anexo III) assim como o treino

de grafia possibilitaram treinar a coordenação, a preensão e restantes movimentos finos importantes e habituais na vida quotidiana. Para as restantes intervenções foram utilizados produtos de apoio (elevador, cadeira de rodas, andarilho, cadeira sanitária, talheres adaptados) existentes no serviço.

No que diz respeito ao treino de AVD, mais especificamente no que se refere à alimentação, pude realizar intervenções no âmbito da reeducação da musculatura facial (exercícios orofaciais à frente do espelho) e massagem em pessoas com parésia facial central assim como implementar algumas manobras posturais e compensatórias no caso da disfagia como por exemplo, a flexão da cabeça e o *double swallow*. Adequiei a consistência da alimentação, instrui pessoas com AVC e familiares sobre estratégias adaptativas, cuidados a ter durante a alimentação e produtos de apoio existentes para a promoção de autonomia na realização desta atividade de vida (copos com recorte, talheres adaptados, pratos com rebordo...). Neste âmbito, no serviço, por falta de talheres adaptados para o efeito foi necessário utilizar estratégias como utilização de esponjas para engrossar os cabos de talheres, o que se tornou importante na exemplificação de adaptações que as pessoas com AVC e familiares poderiam realizar em casa, no caso de, financeiramente, não lhes ser permitido investir em produtos de apoio.

Apesar de ter desenvolvido as intervenções supracitadas, no âmbito da alimentação, verifiquei que neste serviço essa função estava muito dirigida para a intervenção da terapeuta da fala. Embora o EEER seja detentor de um conjunto de conhecimentos e competências que lhe permitem fazer uma correta avaliação da deglutição assim como instituir exercícios com vista a reabilitar esta função, esta área do conhecimento, à semelhança de outras, é também do domínio de outras profissões na área da saúde, nomeadamente da terapeuta da fala.

No que diz respeito ao treino de higiene e vestir / despir, foi notória a importância de dar tempo e espaço para que a pessoa consiga realizar esta atividade de forma autónoma. Durante este treino era dada a possibilidade à pessoa de escolher a roupa que queria vestir, produtos de higiene pessoal que queria utilizar e a ordem com que executava as intervenções. As intervenções de exemplificação ou substituição eram executadas apenas numa fase inicial ou sempre que as pessoas não conseguiam realizar determinada atividade.

Considero que o fator tempo é, sem dúvida, um requisito importante no sucesso da reabilitação e essencial na promoção de autonomia, exigindo disponibilidade para estarmos lá para apoiar a pessoa e não substituí-la, revelando-se um desafio que se coloca aos enfermeiros devido à quantidade de trabalho e falta de recursos humanos que muitas vezes se verifica na prática clínica.

Relativamente aos ensinamentos acerca destas AVD foram abordados temas como entrar e sair da banheira, utilização de estratégias para lavar o hemitorço não afetado, técnica de vestir e despir, vestuário de fácil utilização (nomeadamente com velcros, elásticos) e produtos de apoio que facilitam a realização dessas atividades (esponjas de cabo longo, cadeiras de banho e estrados, barras de apoio para casa de banho, pinças e calçadeiras de cabo longo...).

A educação para a saúde e capacitação da pessoa e familiar foram outras intervenções desenvolvidas. Estas consistiram em ensinamentos acerca de hábitos de vida saudáveis, erradicação e controlo de fatores de risco e adesão ao regime terapêutico, posicionamentos, transferências, treino AVD e produtos de apoio.

No que concerne à eliminação, pude verificar na prática situações de pessoas com AVC que apresentavam incontinência urinária mas também situações de retenção urinária, incontinência fecal e obstipação.

As intervenções no âmbito da incontinência urinária consistem na programação de micções, treinar hábitos, controlo da gestão hídrica e poderão ser utilizados exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (Stevens, 2011). Na incontinência fecal, as intervenções passam pela gestão da alimentação e medicação, ensino da posição correta de defecação, gestão da incontinência fecal, programa de resistência à urgência, treino intestinal e exercícios de esfíncter anal (Redol e Rocha, 2017). A obstipação por sua vez pressupõe a remoção de fezes, aumento da ingestão hídrica e de fibras, estabelecimento de rotinas, promoção de exercício físico (mobilização no leito, levante precoce, realização de AVD...).

Apesar de ter desenvolvido intervenções no âmbito da eliminação, como promover rotinas de eliminação, incentivar e providenciar a utilização de dispositivos para o efeito (cadeira sanitária, arrastadeira, urinol), utilização de estratégias como reflexo gastrocólico, massagem abdominal, técnicas de sugestão e promoção de

privacidade, senti que estas intervenções eram de certo modo pontuais e que as intervenções no âmbito da eliminação, quer relativas à avaliação, como referido anteriormente, quer à implementação de intervenções, poderiam ter sido aprofundadas.

A nível cognitivo desenvolvi também competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com AVC. É disso exemplo, a oportunidade que tive de prestar cuidados a uma pessoa que sofrera um AVC hemorrágico, proveniente de Hong Kong que apenas falava chinês e inglês. Para além das alterações sensoriomotoras do hemicorpo direito, apresentava afasia global. Na afasia global o discurso não é fluente, existe uma incapacidade para compreender a linguagem escrita e oral, a nomeação e repetição estão comprometidas (Boss & Wilkerson, 2011).

Nesta situação verificou-se a dificuldade na avaliação de alguns parâmetros como por exemplo a força muscular e sensibilidade. Posteriormente, com a melhoria do quadro clínico, comunicando em inglês e exemplificando, a Sr.^a foi começando a cumprir ordens simples. Para além do treino de AVD foi também estimulada a tentar articular palavras, eram nomeados objetos, colocadas questões simples e foi dado tempo para que esta respondesse. No final do internamento, foi possível ouvi-la a nomear objetos, a dizer o seu nome, o meu e da minha orientadora e a dizer frases curtas.

De acordo com Varanda e Rodrigues (2017) a intervenção do EEER na afasia deve contemplar medidas gerais (ambiente calmo, providenciar estímulos de cada vez, dar tempo, assumir uma atitude calma...) estratégias facilitadoras da comunicação e exercícios para aumentar as capacidades de linguagem (usar frases simples, usar pistas visuais, repetir as vezes que forem necessárias, pedir para evocar o nome de objetos, apontar) e valorizar tentativas de comunicação verbal e não-verbal. Mais especificamente na afasia global deverão ser realizados inicialmente exercícios de manipulação de objetos através da imitação pela pessoa com afasia, acompanhadas de instruções verbais curtas e pronunciadas lentamente e posteriormente realizados exercícios de associação e agrupamento, nomeação de objetos e ordens simples (Branco & Santos, 2010).

Outra experiência que vivenciei no estágio no âmbito da reeducação cognitiva, foi a prestação de cuidados a uma pessoa que tivera um AVC isquémico do

hemisfério direito de origem cardio-embólica e do qual resultou, *neglect* unilateral esquerdo e anosognosia, plegia e parésia do membro inferior e superior esquerdo, respetivamente, e hipostesia à esquerda. As intervenções cognitivas desenvolvidas neste âmbito consistiam inicialmente por abordar a pessoa pelo lado direito e posteriormente e gradualmente pelo lado esquerdo, aumentando os estímulos do hemicorpo esquerdo, nomeando todos os segmentos corporais do hemicorpo afetado durante os exercícios de reabilitação, nomeadamente durante as mobilizações e incentivando a pessoa a olhar para o movimento; abordando e estimulando a pessoa a olhar para o lado afetado através da colocação da mesa-de-cabeceira e do cadeirão de forma a providenciar estímulos desse lado e tentando orientá-la para as suas incapacidades através da demonstração. Foram ainda realizados ensinamentos ao esposo relativamente às alterações de percepção e julgamento da esposa quanto aos seus défices e alertar para atitudes com vista à segurança da mesma (grades na cama, cadeirões travados, aumento da vigilância).

Todas as atividades acima descritas revelam o desenvolvimento da primeira competência do EEER preconizada pela OE e no âmbito das unidades de competência “J1.2 - concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (Regulamento n.º 125/2011, p.8658) e “J1.3 - implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” (Regulamento n.º 125/2011, p.8659).

Durante a prestação de cuidados tentei individualizá-los tendo em conta a avaliação feita, as necessidades de reabilitação identificadas, os progressos das pessoas ao longo do tempo, adaptando os exercícios, dando tempo e espaço para as pessoas exprimirem os seus receios e executarem as atividades, tendo presente as suas metas e planeando os exercícios de reabilitação com vista aos mesmos.

Prestei cuidados a uma jovem de 33 anos que sofrera um AVC que, quando questionada relativamente às metas que queria atingir, esta referiu querer recuperar autonomia suficiente para cuidar dos três filhos, nomeadamente para conseguir vesti-los. Foi implementado um plano de RFM, do qual constavam mobilizações articulares, atividades terapêuticas, treino de equilíbrio, de AVD, de marcha e

implementado treino de motricidade fina que contemplava exercícios com botões, atacadores que permitiriam ajudá-la a reeducar a execução de movimentos finos e destreza manual, que aliada ao apoio inicial da família e utilizando estratégias de forma a criar um ambiente seguro poderiam ajudá-la a atingir este objetivo. Durante o internamento, verificou-se um aumento gradual da força muscular (evolução de grau 2/5 e 3/5 no membro superior e inferior direito, respetivamente, para 4/5 em ambos e de acordo com a escala de *Medical Research Council*); do equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática, marcha gradualmente mais segura, maior independência na realização das AVD e que se traduziu num aumento do score de independência funcional (de acordo com a escala da MIF). Após a alta, durante um contacto telefónico de *follow-up*, esta Sr^a referiu que todos os dias vestia os seus filhos de forma autónoma, o que se demonstrou um dado relevante uma vez que o processo de reabilitação deverá ter sempre em consideração os objetivos da pessoa e, neste caso específico, o cuidar dos filhos de forma autónoma era uma meta a atingir por esta pessoa.

Após a execução das intervenções procedia ao registo das mesmas em instrumentos próprios para o efeito. Em contexto hospitalar, este registo era feito em folhas criadas pelo serviço (Anexo IV) que eram anexadas no processo clínico e em notas livres de Enfermagem em sistema informático. Estes registos contemplavam a avaliação feita antes da implementação das intervenções assim como uma comparação com os dias anteriores. Itens como estado cognitivo, participação nos exercícios, avaliação da força e tónus muscular, sensibilidade, equilíbrio e marcha eram registados. De seguida, eram registadas as intervenções desenvolvidas como mobilizações articulares, atividades terapêuticas, levante, transferências, treino de equilíbrio, treino de AVD, treino de marcha, treino de subir e descer escadas, treino de motricidade fina e estimulação sensorial.

Os registos configuram ser importantes testemunhos do trabalho desenvolvido por enfermeiros, e mais especificamente pelo EEER, em parceria com a pessoa, tornando-se relevantes quer do ponto de vista legal e ético, quer por permitirem uma continuidade e qualidade dos cuidados prestados, relevantes do ponto de vista da formação, investigação, tomada de decisão e gestão (OE, 2007).

Ao longo da implementação do plano de intervenção as intervenções iam sendo alteradas e reformulado o plano de cuidados assim como discutidas essas intervenções com a enfermeira orientadora.

Pude assistir e participar nas reuniões multidisciplinares em que eram abordados os casos clínicos e discutido o plano de terapêutico. Nestas reuniões qualquer profissional poderia dar o seu parecer tendo em consideração a sua área de intervenção, o que vai ao encontro do preconizado para os cuidados de reabilitação à pessoa com AVC, em que os profissionais envolvidos neste processo deverão trabalhar em equipa dando o seu contributo para atingir as metas de reabilitação.

Tendo em consideração o supracitado, verifico que atingi também o quarto objetivo desenvolvendo as competências a que me propus.

O quinto objetivo estipulado consistia em avaliar a implementação dos planos de cuidados. Para esse fim, foram aplicadas escalas que medem a dependência/independência na realização das atividades de vida, nomeadamente o Índice de *Barthel* e a MIF, como referido anteriormente, sendo aplicadas aquando da avaliação e após o término do plano de intervenção ou alta e comparados os scores obtidos. Verificou-se um aumento dos scores obtidos traduzindo-se num aumento da independência funcional das pessoas.

Verifiquei que ambas as escalas demonstraram ser de fácil aplicabilidade e revelam em grande parte o impacto das intervenções implementadas. É crucial que o EEER avalie as intervenções que implementa de forma a verificar se estas tiveram ou não impacto e que ganhos em saúde foram obtidos.

Considero que a avaliação deve ser encarada como um processo dinâmico e contínuo e não como uma atitude a ter antes e no término de um plano de cuidados. Nesse sentido, verifiquei ao longo dos estágios que essa avaliação mesmo que não efetuada em forma de escalas é feita ao longo das intervenções e tendo em conta a situação da pessoa no momento da implementação das mesmas. Contudo, nem sempre as pequenas mudanças ou melhorias que verificamos dia-a-dia se traduzem em números quantificáveis mas não deixam de ser importantes para a qualidade de vida da pessoa. No entanto, torna-se importante para a visibilidade das intervenções desenvolvidas pelo EEER que existam indicadores que demonstrem os ganhos

obtidos com as suas intervenções. Existem outras escalas de avaliação da funcionalidade e défices existentes no âmbito do AVC, nomeadamente a escala de *Rankin* e o NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*) que poderão ser instrumentos úteis na avaliação da pessoa destas pessoas.

Por outro lado, torna-se importante compreender o impacto da reabilitação a nível funcional da pessoa com AVC mas também perceber como a sua perceção de saúde e qualidade de vida se alteram com essas mesmas intervenções. Nesse sentido, o complemento com escalas que meçam a qualidade de vida poderão ser instrumentos igualmente relevantes.

Considero que atingi este objetivo e as competências estipuladas inicialmente, nomeadamente no âmbito da unidade de competência “J.1.4 – avalia os resultados das intervenções implementadas” das competências específicas do EEER (Regulamento n.º 125/2011, p.8659).

2.3 Desenvolvimento de competências comuns de Enfermeira Especialista e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

As competências desenvolvidas no âmbito do projeto de estágio, que anteriormente foram descritas, apenas representam uma parte daquelas que desenvolvi, ao longo deste percurso, em cada local de estágio.

No primeiro local de estágio, desenvolvi intervenções direcionadas para a pessoa com AVC que permitiram o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos que pude aplicar em outros contextos da prática clínica. Apesar de muito direcionado para a pessoa com AVC, o estágio no serviço de Neurologia permitiu-me prestar cuidados a pessoas com outras patologias como a Esclerose Múltipla e Síndrome de Guillain-Barré, o que se configurou um acréscimo de oportunidades e diversificou e enriqueceu a minha aprendizagem. Para tal, foi necessário recorrer a pesquisa bibliográfica que sustentou a prestação de cuidados a estas pessoas. Embora cada uma destas patologias apresente particularidades, a fadiga foi um sintoma comum que encontrei nestas duas pessoas. As intervenções desenvolvidas

contemplaram intervenções no âmbito da RFM, nomeadamente treino de marcha, fortalecimento muscular, motricidade fina, treino de AVD e tendo por base técnicas de conservação de energia. A fadiga está presente em 75-90% das pessoas com Esclerose Múltipla e é essencial a implementação de exercícios de fortalecimento muscular, adaptação de produtos de apoio e o planeamento de tarefas e autocuidados com recurso a ensino de técnicas de conservação de energia (Silva, 2017). No que diz respeito à Síndrome de Guillain-Barré, Orsini et al. (2010) referem que a fadiga é referida por estas pessoas como um dos três sintomas mais incapacitantes e que afeta a sua qualidade de vida. Estes autores preconizam exercícios de reabilitação dos quais constem técnicas de conservação de energia à semelhança do que é sugerido no âmbito da Esclerose Múltipla. Deste modo, as intervenções desenvolvidas durante o estágio demonstraram-se pertinentes e convergentes com a pesquisa bibliográfica realizada. A pesquisa bibliográfica, a discussão com a orientadora acerca de cada caso específico assim como a implementação de intervenções no âmbito da RFM e RFR permitiu-me desenvolver competências no âmbito do domínio “ D – desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº 122/2011, p.8652) referente às competências gerais do Enfermeiro especialista e no domínio “J1 – cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e “J2- capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” referentes às competências específicas de EEER (Regulamento nº 125/2011, p.8658-8659).

Para além da prestação de cuidados às pessoas com as patologias supracitadas, durante este estágio prestei cuidados a uma pessoa com ELA que se demonstrou um desafio quer a nível profissional quer pessoal devido à complexidade da situação. Esta experiência permitiu o desenvolvimento de múltiplas competências, mas ressalto as de carácter comunicacional, uma vez que o Sr. apresentava anartria. Desta forma, este comunicava com abertura/fecho dos olhos e quando este método se tornava insuficiente para se exprimir era utilizado um quadro de símbolos e de letras. Apesar de ter alguma experiência na prestação de cuidados a pessoas com alterações da comunicação, devido à especificidade do meu contexto de trabalho, esta constituiu inicialmente uma dificuldade. A utilização de

estratégias como a utilização do quadro de símbolos/letras, colocar questões simples e dar tempo para que a pessoa responda, foram algumas das estratégias utilizadas que permitiram ultrapassar essa dificuldade e, que aliadas ao tempo de prestação de cuidados e um melhor conhecimento da pessoa alvo de cuidados, possibilitou uma comunicação mais eficaz. Essa traduzia-se em levar menos tempo na compreensão do que me era transmitido, no reconhecimento perspicaz quando a pessoa se encontrava desconfortável ou mesmo quando queria apenas agradecer os cuidados, o que diminuía a ansiedade gerada na pessoa.

Outro desafio comunicacional com que me deparei, foi gerir a expectativa da cuidadora em relação a uma potencial cura ou estabilização da doença do marido, devido a ter conhecimento de casos recentes através da comunicação social e ter recebido informações acerca dessa doença que lhe foram chegando por conhecidos e familiares. Apesar de já ter sido referido pelo médico assistente o carácter incurável da doença, a esposa tentava encontrar naquelas informações alguma esperança. Nesta situação, tive que gerir essas expectativas, alertando-a para a incurabilidade da doença e enfatizando o estadio avançado em que se encontrava o marido e, de certa forma, confortá-la, enaltecendo a importância da manutenção de intervenções de conforto. Posteriormente, o Sr. foi referenciado para a Equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos e a esposa começou a ser seguida pela psicóloga desta Equipa.

Por outro lado, a prestação de cuidados a esta pessoa permitiu a execução de intervenções no âmbito da RFR e RFM.

No âmbito da RFR, pude realizar uma avaliação inicial através de uma avaliação objetiva a nível do tórax, auscultação pulmonar e avaliação de exames complementares de diagnóstico tais como a telerradiografia de tórax, de forma a implementar as intervenções de enfermagem de reabilitação. Antes da implementação do plano de reabilitação e após o término do mesmo, era realizada a auscultação pulmonar e avaliação de oximetrias periféricas de forma a comparar e avaliar os resultados das intervenções implementadas. Estas visavam a mobilização de secreções e expansão torácica, através da utilização de respiração diafragmática e costal, drenagem postural modificada e manobras acessórias. Inicialmente, por falta de prática, senti dificuldade na auscultação pulmonar e execução das técnicas,

nomeadamente, na fluidez com que realizava as manobras, assim como na sincronia exigida entre as manobras e o ventilador (visto que necessitava de ventilação mecânica não invasiva contínua nas 24 horas). Com a prática e discussão com a orientadora de estágio, essas intervenções foram sendo cada vez mais eficientes e síncronas o que se traduzia na mobilização de secreções e, conseqüentemente, melhoria na auscultação pulmonar e oximetrias periféricas. Orsini, Freitas, Chieia, Oliveira e Harouche (2012) referem que a fraqueza dos músculos respiratórios, a dificuldade em eliminar secreções pela tosse e o risco de broncoaspiração predispõem a pessoa com ELA a um risco acrescido de infeções broncopulmonares e falência respiratória. Nesse sentido os objetivos são limitar a congestão pulmonar e atelectasia e realizar o treino dos músculos respiratórios com vista à diminuição do declínio do volume corrente e atraso da falência respiratória, o que vai de encontro às intervenções realizadas.

No âmbito da RFM, foi realizada uma avaliação da força, tónus muscular e implementadas mobilizações articulares. Devido à progressão da doença o Sr.^o apresentava uma diminuição acentuada da massa muscular, hipotonicidade e diminuição generalizada da força. Orsini et al. (2012) referem que as intervenções no âmbito motor devem ter como objetivo melhorar a qualidade de vida e não uma prática exaustiva e forçada, exigindo um equilíbrio entre a prevenção da atrofia por desuso e a fadiga por utilização excessiva. Todas as intervenções implementadas, quer no âmbito da RFR quer RFM, tiveram em consideração a vontade da pessoa, o facto de haver dias em que se encontrava mais asténico e tendo em vista um equilíbrio entre a reabilitação e o conforto e bem-estar da pessoa. Permitiu-me compreender a importância da Enfermagem de Reabilitação em contexto de Cuidados Paliativos. Se considerarmos os pilares básicos dos Cuidados Paliativos: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa (Othero & Costa, 2014) facilmente se verifica que o trabalho do EEER se coaduna com estes pilares. Por outro lado, a missão dos Cuidados Paliativos passa pela promoção da qualidade de vida que é um dos objetivos do EEER. De acordo com Santos, Pêla, Ferreira e Trindade (2014) o objetivo do EEER em contexto de cuidados paliativos é contribuir para o controlo de sintomas, minimizar as manifestações de doença e promover a autonomia fomentando a qualidade de vida.

Tendo em consideração o que foi anteriormente exposto, desenvolvi competências no âmbito dos domínios “A – responsabilidade profissional, ética e legal”; “ B - melhoria contínua da qualidade”, “D - desenvolvimento das aprendizagens profissionais” referente às competências gerais do Enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011, p8649-8653) e no domínio “J1 – cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e “J2- capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” referentes às competências específicas do EEER (Regulamento nº 125/2011, p.8658-8659).

Ainda no decorrer deste estágio, fui a um simpósio de Enfermagem em Neurologia (Anexo V), organizada pela equipa de enfermagem deste serviço e na qual a minha orientadora foi preletora abordando o tema da ELA. Esta realizou um pequeno enquadramento teórico e abordou as intervenções de enfermagem à pessoa com ELA, nomeadamente, a intervenção do EEER. Durante a elaboração da sua apresentação fomos discutindo alguns artigos e fazendo um paralelismo entre a teoria e o caso clínico da pessoa a quem estávamos a prestar cuidados. Considero que esta partilha e discussão se demonstrou importante na medida em que me permitiu uma maior consolidação dos conhecimentos e justificar as nossas intervenções à luz da teoria e das recomendações. Por outro lado, esta conferência veio reforçar a importância de dar visibilidade aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em situações em que já não é esperado uma recuperação na aceção da palavra e onde o contributo do EEER, através do seu amplo conhecimento e competências, poderá contribuir para promover a qualidade de vida da pessoa em fim de vida, nomeadamente da pessoa com ELA.

Nesta conferência, foram ainda abordadas outras doenças neurológicas, nomeadamente AVC, Esclerose Múltipla e Doença de Alzheimer, o que permitiu um acréscimo de conhecimentos.

O estágio na comunidade permitiu-me verificar uma multiplicidade de realidades. Entrar na casa das pessoas permite-nos ter uma visão mais abrangente e real do contexto da pessoa, quer a nível habitacional quer das relações familiares e do modo de vida da pessoa.

Averigui contextos habitacionais precários contrastando com situações ótimas em que se verificavam condições socioeconómicas evidentes que permitiam, inclusive, a aquisição de uma diversidade de produtos de apoio. Idosos a cuidar de idosos, situações de isolamento social e relações familiares por vezes conflituosas, foram situações encontradas neste contexto.

O facto de integrar a ECCI, permitiu compreender o funcionamento destas equipas, o papel dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação como parte integrante destas e o facto de serem recursos da comunidade valiosos no sentido de permitirem que a pessoa possa estar no seu ambiente.

Neste contexto da prática clínica verifiquei que a autonomia que ambicionamos para as pessoas de quem cuidamos, nem sempre é sentida por estas e pelos seus cuidadores como uma necessidade. Comprovei situações de cuidadores que incentivavam a autonomia dos seus familiares na realização das AVD e nos exercícios de reabilitação propostos por nós, e outros que os substituíam mesmo quando estes apresentavam capacidade para o fazer. Por vezes, verifiquei que a própria pessoa assumia uma postura passiva no processo de cuidar, deixando e preferindo que fossem os outros a executar atividades que eles próprios tinham capacidade para realizar.

Prestei cuidados a um utente que, por fratura do colo do fémur, foi submetido a colocação de prótese da anca e por esse motivo estava a ser acompanhado pela ECCI com o intuito de RFM. Este vivia com a esposa e era esta e a filha que o ajudavam na realização das atividades de vida diária, bem como na monitorização da glicémia capilar, visto se tratar de uma pessoa com Diabetes. Numa das visitas domiciliárias este pediu-me que lhe fizesse a barba porque não conseguia fazê-lo. Nesse dia, antes dos exercícios de reabilitação, comprometi-me a ajudá-lo nessa atividade pedindo que ele me explicasse as suas dificuldades e este expressou que estas se prendiam com a diminuição da acuidade visual. Disse-me que teria consulta de oftalmologia dali a duas semanas e eu reforcei a importância de este ir à consulta devido aos seus antecedentes de Diabetes. Após verificar os valores dos últimos registos de glicémia, que se encontravam elevados, tentei compreender a alimentação que este utente fazia e identifiquei necessidades de ensino que acabei por realizar. Posteriormente, noutra visita, quando questionado como tinha decorrido

a consulta este afirmou que tinha faltado porque não quis sair de casa nesse dia. Em conversa com a filha e a esposa, estas referiram que tinham tido dificuldade em convencê-lo a ir à consulta e que essa dificuldade sucedia também noutras situações de adesão ao regime terapêutico, como por exemplo no cumprimento de uma alimentação mais regrada assim como na realização de exercícios de reabilitação propostos. Neste caso, existiam vários fatores que mereciam a intervenção do EEER e na qual uma visão alargada da pessoa alvo de cuidados era imprescindível na implementação do plano de reabilitação. A responsabilidade ética e profissional do EEER passava por avaliar e intervir em todos esses fatores até porque devido a estes antecedentes e ao facto de apresentar uma diminuição da acuidade visual, predispunha-o a outros riscos, como por exemplo, risco acrescido de queda. Por outro lado, este utente poderia apresentar retinopatia diabética. De acordo com o modelo de Roper, Logan e Tierney (Tomey, 2004) o papel do Enfermeiro passa pela prevenção de problemas potenciais. A pessoa deverá ser alertada para todos os riscos que corre e reforçada a importância de mudar comportamentos mas nem sempre se consegue que a pessoa os altere e como tal, cabe também ao EEER, quando todas as estratégias não resultam, respeitar a decisão da pessoa. Neste caso específico, verificava-se que para além de uma atitude passiva em relação aos cuidados pessoais e à sua saúde em geral, este assumia também uma postura, por vezes, pouco interessada no processo de reabilitação. Esta atitude verificava-se no não cumprimento de exercícios propostos fora dos dias da visita domiciliária e em atitudes que o levavam a um risco acrescido de luxação mesmo quando reforçadas medidas para evitar esse risco. Em termos de motivação verificava-se alguma renitência quando eram propostos novos exercícios e aumentada a intensidade do treino. Esta situação relembra a importância do papel ativo da pessoa no processo de reabilitação mas, por outro lado, reforça a ideia de que nem todas as pessoas assumem uma atitude participativa neste processo o que ressalta a existência de barreiras e desafios que se colocam ao EEER.

Por outro lado, e ao contrário do que esperaria encontrar, constatei que alguns recursos da comunidade, nomeadamente algumas equipas de apoio domiciliário, nem sempre estão despertas para a importância da promoção de autonomia. Na situação específica que presenciei, uma equipa de apoio domiciliário, prestava

cuidados de higiene no leito a uma idosa sem que esta tivesse qualquer tipo de participação. Contudo, esta no fim-de-semana cuidava da sua higiene parcialmente no WC. Quando confrontados e alertados para a possibilidade de a utente colaborar nos cuidados e de poderem ser prestados no WC esta equipa não se mostrou recetiva para nos ouvir e mudar este comportamento. Considero que se houvesse recetividade da parte deste recurso da comunidade, poderia ter sido feito um trabalho de sensibilização para esta temática para que pudéssemos todos trabalhar em colaboração e com o intuito de tornar aquela pessoa o mais autónoma possível. Ao conversar com a minha orientadora compreendi que este já era um constrangimento identificado e particular deste recurso da comunidade. Uma vez que nem eu nem a minha orientadora conseguimos apelar à razão desta equipa, incentivámos a idosa a colaborar nesta atividade. Tendo em consideração que o plano de reabilitação consistia na RFM com o intuito de promover a sua autonomia, inclusive nas AVD, esta atitude por parte deste recurso da comunidade tornava-se contraditória aos objetivos estipulados. Esta situação reforça a importância do comprometimento e trabalho conjunto de todos os intervenientes no processo de reabilitação para que se consigam atingir os objetivos de reabilitação em prol da pessoa alvo de cuidados mas também demonstra os obstáculos e desafios que se colocam neste processo.

A grande maioria dos cuidados prestados por mim na ECCI foi de continuidade de planos já estabelecidos. Algumas dessas pessoas apresentavam patologia do foro ortopédico, essencialmente por colocação de prótese da anca. As intervenções desenvolvidas eram de RFM, nomeadamente, mobilizações articulares, exercícios de fortalecimento muscular, treino de marcha em piso regular e irregular, treino de subir e descer escadas, ensinamentos relativamente a atividades de vida e comportamentos preventivos de luxação.

Este estágio permitiu ainda, prestar cuidados a idosos com demência sendo realizada a avaliação cognitiva utilizando o *Mini Mental State Examination* (MMSE) que avalia parâmetros como a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva e é um instrumento referido pela bibliografia como adequado para a avaliação cognitiva na área do idoso e da demência.

Para além de intervenções no âmbito da RFM, foram desenvolvidas intervenções no âmbito da estimulação cognitiva como exercícios de memória, orientação, cálculo e grafia.

Serqueira (2010_c) refere que numa fase inicial da demência poderão estar presentes alterações da memória recente e de capacidade de aprendizagem, dificuldade de resolução de problemas, alterações da linguagem e da atenção, alterações emocionais (como irritabilidade e outras, perda de interesse...), desorientação no tempo e espaço, alterações da personalidade, na vida pessoal e social. Como tal, as intervenções desenvolvidas neste âmbito têm como principais objetivos promover a autonomia, melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento, estimular capacidades cognitivas, manter a interação com o meio, estimular a identidade pessoal e auto-estima e minimizar o stresse (Serqueira, 2010_d). Dessas intervenções destaca-se a estimulação cognitiva, terapia de orientação para a realidade, terapia por reminiscências, terapia de validação e a musicoterapia, o que vai ao encontro de algumas intervenções desenvolvidas no estágio.

Para além de patologias do foro ortopédico e neurológico este contexto permitiu-me prestar cuidados a um utente com Adenocarcinoma do cólon que tinha sido submetido a colostomia e durante o internamento hospitalar desenvolveu deiscência da sutura operatória e sépsis, ficando internado durante cerca de três meses. Decorrente da diminuição da mobilidade foi referenciado para a ECCI para continuidade do processo de reabilitação. Este utente apresentava artrite psoriática como antecedente pessoal, encontrava-se acamado, com necessidade de ajuda nas AVD. Foram desenvolvidas intervenções como mobilizações articulares ativas assistidas nos membros superiores e inferiores, rolamentos, ponte, carga no cotovelo para melhorar a mobilização no leito, treino de equilíbrio sentado (estático e dinâmico), exercícios isométricos e de fortalecimento muscular dos membros inferiores. Posteriormente foram iniciados exercícios de carga nos membros inferiores com apoio de andarilho, transferências, treino de mobilização em cadeira de rodas e treino de *puhs-ups* e lateralização do tronco e posteriormente, foi iniciado treino de marcha com andarilho com correção postural. Este caso específico, permitiu a aplicabilidade de várias intervenções no âmbito da RFM e numa fase

inicial do processo de reabilitação, permitindo-me executar outro tipo de intervenções nomeadamente, treino de mobilização em cadeira de rodas, treino de *push-ups* e lateralização do tronco.

Apesar de ter dado continuidade a uma grande quantidade de planos de cuidados já estabelecidos, pude fazer uma avaliação inicial de uma pessoa que tinha sido referenciada para a ECCI em contexto de um AVC sem sequelas e devido ao internamento, no qual não realizou levante, estava de momento acamada. Apresentava ainda gonartroses que anteriormente a este episódio já limitavam a sua mobilidade. Para esta primeira visita acedi a dados do último internamento desta utente, através da plataforma de dados em saúde e ao registo efetuado na plataforma da RNCCI. Na visita domiciliária, foram recolhidos dados acerca da história atual de doença, terapêutica habitual, fatores de risco, condições habitacionais e recursos da comunidade que estavam a prestar apoio. Foi realizada uma avaliação de parâmetros como a força muscular (através da escala de *Medical Research Council*), tónus muscular (escala de *Ashworth* modificada), equilíbrio, sensibilidade e marcha. A independência funcional foi avaliada através do Índice de *Barthel* e a MIF. O risco de queda e risco de úlcera de pressão foram também avaliados e para tal utilizadas escalas com a escala de *Morse* e *Braden*, respetivamente.

Numa segunda visita domiciliária foi questionada acerca do que tinha comido nessa manhã tendo referido que apenas tinha ingerido uma gelatina. Considerando aquela resposta, antes de começar as intervenções de reabilitação a utente foi convencida a alimentar-se primeiro e explicada a importância de se alimentar bem regularmente devido à necessidade de um aporte proteico e calórico adequado. Combinou-se com ela que esta iria alimentar-se melhor, pedindo ao filho que lhe deixasse preparada e acessível a refeição antes de se ausentar do domicílio (uma vez que o filho se ausentava de manhã e regressava apenas à noite).

Segundo Nip, Perry, McLaren e Mackenzie (2011) os sobreviventes de AVC vivem com um número acrescido de incapacidades físicas que podem afetar diretamente o processo de comer (a nível postural, dos membros superiores, alterações visuoespaciais, disfagia...) e outros que limitam a sua acessibilidade e capacidade para preparar e cozinhar comida. Por outro lado, podem estar sujeitos a

outros fatores como a depressão e o isolamento social predispondo-os à desnutrição. No caso específico desta utente, esta apresentava alterações físicas que a impossibilitavam de se deslocar à cozinha para a preparação de refeições assim como passava a maioria do tempo sozinha e restrita ao leito.

Investigações na área da nutrição em pessoas com AVC demonstram que a perda de peso e a ingestão dietética inadequada é comum em pessoas com AVC quer naqueles com dificuldades na alimentação (como por exemplo na presença de disfagia) quer naqueles sem disfagia e independentes nesta atividade de vida (Nip et al., 2011). De acordo com os mesmos autores na presença de uma ingestão insuficiente de alimentos poderá ocorrer catabolismo proteico à custa do músculo que passa a ser a reserva proteica a ser utilizada como fonte de energia, resultando numa redução da massa muscular. Por outro lado, a imobilidade associada às pessoas com AVC, predispõe a taxas mais lentas de síntese de proteínas musculares, que associada a uma ingestão insuficiente de alimentos acelera o seu desperdício e reduz a força muscular. Estes fatores podem assim dificultar a recuperação funcional limitando a resposta à reabilitação (Nip et al., 2011). Sendo que um dos objetivos de reabilitação estabelecidos para esta utente era restabelecer o padrão de marcha prévio ao internamento e as intervenções para atingi-lo consistiam no fortalecimento muscular e treino de marcha, a ingestão inadequada de alimentos poderia colocar em causa os resultados obtidos.

Não tive a oportunidade de regressar aquele domicílio mas acredito que seria uma realidade que deveria ser explorada em vários domínios, nomeadamente o apoio dado pelo filho, avaliar se em termos de recursos socioeconómicos esta apresentava recursos suficientes que proporcionassem a realização de refeições equilibradas assim como todos os fatores referentes às intervenções de reabilitação que nos levaram aquele domicílio.

À semelhança do foi referido anteriormente, durante a prestação de cuidados pude identificar outras situações de risco, nomeadamente relacionadas com terapêutica e na qual tive de intervir. Considero que o papel do EEER passa não só pela planificação e implementação de um plano de reabilitação mas intervir em outros domínios da vida da pessoa alvo de cuidados, com vista à diminuição ou erradicação de riscos e adoção de estilos de vida mais salubres.

A utilização e adaptação de produtos de apoio foi outro aspeto desenvolvido neste contexto de estágio. Na ECCI existia um “banco” de produtos de apoio que eram emprestados às pessoas até estas necessitarem e posteriormente eram devolvidos à ECCI. Devido ao facto de ter dado continuidade a uma grande maioria de planos de reabilitação, não tive oportunidade de seleccionar e aplicar produtos de apoio. Contudo, na continuidade dos planos de reabilitação a estas pessoas utilizei produtos de apoio já em uso como calçadeiras e pinças de cabo longo, tripés, andarilhos, bengalas, canadianas e cadeiras de rodas. Por outro lado, utilizei outros produtos existentes no domicílio dos utentes como elevador de escadas, que nunca tinha tido contacto. Neste estágio verifiquei adaptações simples e pouco dispendiosas utilizadas por alguns utentes como por exemplo, varões de cortinas (em substituição de corrimões) ao longo de corredores e escadas o que me permitiu ficar com a noção de algumas estratégias utilizadas por estes para colmatar as dificuldades de acessibilidade no domicílio e que me possibilitaram ficar com ideias que poderão ser úteis em futuros aconselhamentos acerca de adaptações possíveis de realizar em substituição de produtos de apoio.

Outro aspeto importante desenvolvido neste âmbito, foi a articulação com a assistente social, num caso específico em que a pessoa alvo de cuidados necessitava de apoio financeiro para a colocação de um corrimão nas escadas do prédio de forma a poder deslocar-se à rua, e para o qual o condomínio do prédio não dispunha de verba para o fazer. Neste caso específico, após encaminhamento para a assistente social, foi acionado o programa Casa Acessível da Câmara Municipal de Sintra. Esta articulação com a assistente social permitiu ficar a conhecer outro recurso a que se pode recorrer nestes casos, que era totalmente desconhecido por mim e reforça a importância da articulação com os vários profissionais de forma a ajudar as pessoas a quem prestamos cuidados, nomeadamente possibilitando uma melhor acessibilidade e por conseguinte melhorando a sua qualidade de vida.

Ainda no âmbito dos produtos de apoio, senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica acerca dos produtos de apoio existentes no mercado. Acedi à lista homologada de produtos de apoio (Despacho nº 14278/2014 e nº 7197/2016) que me deu uma perspetiva dos produtos de apoio existentes, assim como dos profissionais responsáveis pela sua prescrição. Por outro lado, nesta pesquisa tive

conhecimento da existência do sistema SAPA (Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio) que consiste numa iniciativa que pretende “facilitar o acesso das pessoas com deficiência e/ou incapacidade aos produtos de apoio e equipamentos indispensáveis e necessários à prevenção, compensação ou neutralização das incapacidades e desvantagens resultantes de deficiência e/ou incapacidade...” (Instituto de Segurança Social, 2016, p.4) Este consiste no financiamento para a aquisição de produtos de apoio e destina-se a pessoas com deficiência ou incapacidade temporária ou permanente. Decorrente deste sistema, existe um relatório anual que revela o número, os destinatários e as categorias de produtos de apoio atribuídas pelas entidades financiadoras. Neste âmbito, reportando-me ao relatório de 2013, em Portugal em 2013 foram atribuídos 19,905 produtos de apoio a pessoas na sua maioria com deficiência músculo-esquelética/ motora. Por categoria verificou-se a atribuição de produtos de apoio de mobilidade pessoal (apoio para marcha, automóveis e adaptações, produtos de apoio para transferências, elevação...), produtos de apoio para cuidados pessoais e proteção (produtos de apoio para vestir e despir...) e ortóteses e próteses (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2014). Verifico que as categorias supracitadas vão de encontro aquelas que na prática clínica verifiquei serem as mais comuns e aquelas com as quais o EEER tem mais contacto.

Ao longo dos estágios, prestei cuidados tendo em consideração o código deontológico do enfermeiro, respeitando a pessoa alvo de cuidados e a sua singularidade. Respeitei o direito de autodeterminação em aceitar e recusar determinadas intervenções, bem como a sequência das mesmas durante as intervenções de EEER indo ao encontro do preconizado pelo domínio A das competências do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011).

Tive em consideração a aplicação de princípios de ergonomia/mecânica corporal e medidas de segurança durante posicionamentos e transferências. Sensibilizei cuidadores para esses mesmos cuidados. Utilizei meios que permitissem esse fim, como mesas de apoio, elevador, adaptei produtos de apoio (bengalas e canadianas com medidas apropriadas), utilização de sapatos antiderrapantes, quer em contexto hospitalar quer no domicílio e recomendação de barras de apoio, desenvolvendo a competência “B3 - cria e mantém um ambiente terapêutico e

seguro” referente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011, p.8651).

Considero que me integrei facilmente em qualquer uma das equipas e aos contextos, nomeadamente em alguns contextos domiciliários que para mim se demonstraram desafiadores quer pelas condições habitacionais quer pelas relações familiares. O estudo foi sendo uma constante ao longo dos estágios, o que permitiu o desenvolvimento de competências no domínio “ D – desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº 122/2011, p.8652).

O conjunto de oportunidades de aprendizagens que tive em cada local de estágio, aliado à componente teórica permitiram a implementação de intervenções em várias áreas do domínio do EEER, que possibilitaram o desenvolvimento de competências para além das estipuladas inicialmente no projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de estágio serviu de fio condutor neste percurso de desenvolvimento de competências de EEER. Contudo, o meu percurso de aprendizagem não se demonstrou estanque e restrito ao que tinha planeado inicialmente.

Realizando uma retrospectiva, verifico que consegui implementar as atividades a que me tinha proposto desenvolvendo as competências de EEER estipuladas, mas cada contexto permitiu-me o contacto com uma diversidade de experiências que em muito contribuíram para o desenvolvimento de outras competências.

No primeiro local de estágio a possibilidade de prestar cuidados a pessoas com AVC mas também no âmbito das doenças neuromusculares permitiu o desenvolvimento de competências na área sensoriomotora e respiratória que apesar de não terem sido planeadas, se demonstraram uma indiscutível oportunidade de aprendizagem.

Neste primeiro contexto a execução técnica das intervenções permitiu desenvolver e aprimorar a componente prática, importante constituinte dos cuidados do EEER, o que possibilitou uma crescente autonomia e confiança nas intervenções desenvolvidas e revelou-se facilitadora da realização do estágio na comunidade.

O serviço de Neurologia dispunha de vários materiais e produtos de apoio importantes para a implementação de intervenções no âmbito da reabilitação sensoriomotora o que permitiu a execução de uma diversidade de ações facilitando o processo de aprendizagem e de prestação de cuidados.

Constatedei e compreendi o quão relevante se torna a intervenção do EEER numa situação aguda e como o processo de Reabilitação da pessoa com AVC se inicia precocemente, como preconizado, com vista à promoção de autonomia da pessoa, prevenção de complicações e readaptação ao seu contexto, nomeadamente no regresso a casa. Neste âmbito verifiquei o quão difícil se torna conhecer realmente o contexto da pessoa e como a continuidade de cuidados efetiva se torna desafiadora.

A promoção de autonomia foi o pilar na qual baseei os cuidados que prestei e o fator tempo foi aquele que demonstrou ser imprescindível para a promoção da

mesma. Verifiquei a importância de dar tempo à pessoa na realização das AVD e de respeitar o seu ritmo assim como o tempo necessário para exemplificar, supervisionar e para reforçar ensinamentos. Por outro lado, o fator tempo esteve sempre presente ao longo deste percurso, devido à sua necessária gestão em relação às necessidades de reabilitação das várias pessoas, pelo tempo exigido numa avaliação sistematizada da pessoa alvo de cuidados bem como para a implementação e avaliação das intervenções. Essa gestão de tempo que, concomitante à escassez de recursos humanos presente atualmente no Sistema Nacional de Saúde, se configura um desafio com o qual o EEER se depara. No estágio, o facto de poder focar-me apenas nos cuidados de especialista, não inviabilizando a execução de atividades de generalista, permitiu que essa gestão de tempo fosse de certo modo facilitada.

Em contexto comunitário apesar de não ter tido contacto com pessoas com AVC que tivessem regressado recentemente ao domicílio, tive oportunidade de prestar cuidados a outras pessoas com diferentes necessidades, nomeadamente com patologias do foro ortopédico e demência e em que a intervenção do EEER é essencial. Permitiu ainda, compreender o funcionamento daquela ECCEI e verificar alguns desafios que se colocam aos Enfermeiros de Reabilitação em contexto comunitário. Estes poderão estar relacionados quer com questões contextuais da pessoa, nomeadamente questões socioeconómicas, habitacionais, apoio familiar, características pessoais e motivacionais, mas também relacionadas com o próprio funcionamento das equipas, como por exemplo a inexistência de médico como parte integrante das mesmas ou a dificuldade de alguns médicos de família se deslocarem ao domicílio. Por outro lado, ressalto a importância da sinergia necessária entre os recursos da comunidade e estas equipas, nomeadamente, no que se refere aos objetivos de reabilitação que se estabelecem uma vez que é importante que exista cooperação para que se possa atingir uma maximização das potencialidades da pessoa e uma promoção de autonomia efetiva.

Em cada local de estágio verifiquei o reconhecimento do EEER como parte integrante da equipa multidisciplinar e não verifiquei situações de conflito entre estes e outros profissionais, especialmente com os das áreas de atuação potencialmente sobreponíveis.

O estudo foi uma constante durante este caminho o que permitiu a justificação de intervenções à luz da evidência científica como preconizado. Deparei-me com alguns constrangimentos nomeadamente a escassez de evidência científica no âmbito da Enfermagem de Reabilitação produzida em contexto nacional, embora tenha verificado um recente crescimento de publicações nesta área.

Este percurso revelou-se exigente quer do ponto de vista de organização de tempo, gestão familiar e profissional, quer do ponto de vista da aquisição e mobilização de conhecimentos. Contudo, permitiu-me desenvolver competências que me possibilitarão prestar cuidados especializados e de qualidade.

Qualquer um dos contextos de estágio demonstraram-se ricos em experiências e realidades que em tudo contribuíram para o meu desenvolvimento como estudante e profissional. A riqueza de cada local de estágio alicerçada à vasta experiência e conhecimento de cada orientadora, assim como à minha motivação e empenho permitiu o desenvolvimento de competências de EEER.

Em suma, se por um lado, verifico que desenvolvi competências de EEER, em vários domínios, por outro, identifico outras mais que poderia desenvolver e aprofundar. Todavia, e à semelhança do que experienciei com a conclusão do curso de Licenciatura em Enfermagem, considero que apenas com a continuidade da prática profissional e reflexão das situações no contexto da prática clínica e estudo constante é que permitirão continuar a desenvolver e aprofundar as competências de EEER. É assim notório que este percurso de aprendizagem representa o ponto inicial e não um culminar de desenvolvimento como enfermeira especialista.

Espero a curto prazo exercer funções de EEER na área das Neurociências e considero que este percurso me ajudará nesse novo desafio. Até essa concretização, a visão do EEER estará presente na minha prestação de cuidados em qualquer contexto de trabalho onde me encontre a exercer funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Heart Association (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, 41:2402-2448. **DOI:** 10.1161/STR.0b013e3181e7512b

American Heart Association (2015). Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 131: 29-322. **DOI:** 10.1161/CIR.0000000000000152.

American Heart Association & American Stroke Association (2013). An updated definition of Stroke for the 21st Century. A statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 44:2064-2089. **DOI:** 10.1161/STR.0b013e318296aeca.

American Heart Association & American Stroke Association (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 47: 1-72. **DOI:** 10.1161/STR.0000000000000098.

Birns, J. & Bhala, A. (2015). Secondary prevention of stroke. *British Journal of Hospital Medicine*, 76 (7), 104-107. Acedido a 20-11-2016 de MEDLINE with Full Text. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=97a7dc77-c16c-4e48-a520-e8c7a5f2d895%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4106>

Boss, B. J. & Wilkerson, R. (2011). Comunicação: Linguagem e Pragmática. In Hoeman, S.P. *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp 525-550). (4ª Ed). Loures: Lusodidacta.

- Braga, R. (2017). Avaliação da Função Deglutição. In Vieira, C.M. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.181 -188). Loures: Lusodidacta.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: FORMASAU.
- Cardol, M.; Jong, B.A. & Ward, C.D. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 24 (8), 970-974.
DOI: 10.180/09638280210151996.
- Carlo, DI A. (2009) – Human and economic burden of stroke. *Age and ageing*, 38, 4-5. **DOI:** 10.1093/ageing/afn282.
- Carvalho, T. & Lopes, C. (2010). Capacidade da família em assegurar a continuidade dos cuidados ao doente com Acidente Vascular: ajudas e constrangimentos. *Nursing*, 256, 13-19.
- Coelho, C.; Barros, H. & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In Vieira, C.M. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227-251).Loures: Lusodidacta.
- Cogrove, M. (2008). Neurogenic continence. Part 3: Bowel management strategies. *British Journal of Nursing* 17 (5), 962-968. Acedido a : 20-11-2016 de CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4ac4b7df-6e34-4d2c-93b9-362aab52b4b8%40sessionmgr4010&vid=0&hid=4106>
- Correia, A. M. R. & Mesquita, A. (2013). Trabalhos de investigação académicos. In *Mestrados e Doutoramentos. Estratégias para a elaboração de trabalhos científicos: o desafio da excelência* (pp.3-22). Porto: Vida Económica.
- Despacho nº 14278/2014 de 26 de novembro de 2014. Lista de Produtos de apoio. *Diário da República II Série*, N.º 229 (26-11- 2014), 29643- 29654.

Despacho nº 7197/2016 de 1 de junho de 2016. Lista de Produtos de apoio. *Diário da República* II Série, N.º 105 (01-06-2016) 17168- 17185.

Demetrios, M.; Khan, F.; Turner-Stokes, L.; Brand, C; McSweeney, S. (2013). Multidisciplinary rehabilitation following botulinum toxin and other focal intramuscular treatment for post-stroke spasticity (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6 (CD009689): 42p **DOI:** 10.1002/14651858.CD009689.pub2

DGS (2001). *Unidades de AVC*. Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. Lisboa: LIDEL.

DGS (2011_a). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma da Direcção-Geral da Saúde nº 054/2011 de 27/12/2011. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS (2011_b). *Vias Verdes Coronária e do AVC: Relatório de Atividades de 2011*. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS (2013). *Doenças Cérebro Cardiovasculares em números – 2013*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS (2016). *Doenças Cérebro Cardiovasculares em números – 2015*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS & OMS (2003) – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde. Classificação Detalhada com definições*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Ferro, J. (2013). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J. & Pimentel, J. *Neurologia fundamental – princípios, diagnóstico e tratamento* (pp 101-111). (2ª Ed.) Lisboa: LIDEL.
- Gender, A. R. (2011). Eliminação e Regulação Intestinal. In Hoeman, S.P. *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 387- 410).(4ª Ed).Loures: Lusodidacta.
- Health Quality Ontario & Ministry of Health and long-term care (2015). *Quality-Based Procedures: Clinical Handbook for Stroke (Acute and Postacute)*. Toronto: Health Quality Ontario. Acedido a: 03-05-2016. Disponível em: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/clinical-handbooks/community-stroke-20151802-en.pdf>
- Henriques, M.; Henriques, J. e Jacinto, J. (2015). Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem: A realidade num centro de Reabilitação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 1,9-13.
- Hoeman, S. P.; Liszner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In Hoeman, S.P. *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp.209 -270). (4ª Ed). Loures: Lusodidacta.
- INE (2016). *Estatísticas da Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2014). *Avaliação da atribuição de produtos de apoio – Relatório de 2013*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Instituto de Segurança Social (2016). *Guia Prático – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)*.Lisboa: Instituto de Segurança Social.
- ISO (2007). *Assistive products for persons with disability – Classification and terminology*. Switzerland: International Organization for Standardization.

Kelly-Hayes, M. & Phipps, M. A. (2011). Avaliação da Função e Medidas de Resultados. In Hoeman, S.P. *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 177-186). (4ª Ed). Loures: Lusodidacta.

Landeiro, M. J. L.; Martins, T. V. & Peres, H. H. C. (2016). Percepção dos enfermeiros sobre Dificuldades e necessidades informacionais dos familiares cuidadores de pessoa dependente. *Texto Contexto Enferm*, 25(1):e0430015. **DOI:** 10.1590/ 0104-070720160000430015.

Menoita, E.C.; Sousa, L. M.; Alvo, I.B.P. & Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Nip, W.F.R; Perry, L.; McLaren, S. & Mackenzie, A. (2011). Dietary intake, nutritional status and rehabilitation outcomes of stroke patients in hospital. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24:460-469. **DOI:** 10.1111/j.1365-277X.2011.01173.x.

OE (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, 1 (7).Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 20-11-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

OE (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

OE (2007). *Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) – Princípios Básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10-10-2016. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

OMS (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Acedido a 6-5-2015. Disponível em: <http://www1.paho.org/Portuguese/AD/DPC/NC/steps-stroke.pdf>

Orsini, M.; Freitas, M. R.G.; Chieia, M. A. T.; Oliveira, A.B. & Harouche, M. B. (2012). Reabilitação Funcional na Esclerose Lateral Amiotrófica. In Orsini, M. *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares – Abordagem Interdisciplinar* (pp. 93-103).Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Orsini, M.; Freitas, M.R.G.; Presto, B; Mello, M.P.; Reis, C.H.M.; Silveira, V.; Silva, J.G.; Nascimento, O.J.M.; Leite, M.A.A.; Pulier, S. & Sohler M.P. (2010).Guideline for Neuromuscular rehabilitation in Guillain-Barré Syndrome: What Can We do? *Revista Neurociências*,18 (4): 572-580. Acedido a 20-11-2016. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1804/325%20atualizacao.pdf>

Othero, M. B & Costa, A. (2014). Conceitos, Princípios e formação em Cuidados Paliativos. In *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp.23-51). Loures: Lusociência.

Picelli, A.; Tamburino, S.; Gajofatto, F.; Zanette, G.; Praitano, M.; Saltuari, L.; Corradini, C. & Smania, N. (2014). Association between sever upper limb spasticity and the brain lesion location in stroke patients. *Biomed Research International*. 14: 1-6. **DOI:** 10.1155/2014/16274.

Proot, I. M.; Meulen, R. H.J.T.; Abu-Saad, H. H.; & Crebolder, H. F.J.M. (2007). Supporting Stroke Patient's autonomy during Rehabilitation. *Nursing Ethics*, 14(2), 229-241. **DOI:** 10.1177/0969733007073705.

- Proot, I.; Abu-Saad, H. H.; Oorsouw, G. G. V. & Stevens, J. J. (2002). Autonomy in Stroke Rehabilitation: the perceptions of care in Nursing Homes. *Nursing Ethics*, 9(1):36-50. DOI:10.1191/0969733002ne479o a
- Redol, F. & Rocha, C. (2017). Avaliação da Função eliminação. In Vieira, C.M. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp189-202.). Loures: Lusodidacta.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado pelo Decreto-Lei 104/98. *Diário da República* 2.ª série — N.º 35.8645-8653.
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. *Diário da República* 2ª Série – Nº35. 8658- 8659.
- Rodrigues, C.A.F. (2008). A pessoa com AVC – actividades de vida diárias alteradas. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Nursing*, 239, 14-19.
- Santos, A.; Pêla, J.; Ferreira, M.F.; Trindade, N. (2014). O papel da Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Paliativos. In Costa, A.P.; Othero, M.B. *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 163-178).Loures: Lusociência.
- Serqueira, C. (2010_a). Envelhecimento, autonomia e dependência. In Serqueira, C. (pp. 3-6). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serqueira, C. (2010_b). Processo de transição para a dependência. In Serqueira, C. (pp. 39-41). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serqueira, C. (2010_c). Aspectos clínicos das demências. In Serqueira, C. *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp.109-121). Lisboa: Lidel.

- Serqueira, C. (2010_d). Estratégias de Intervenção nos idosos com demência. In Serqueira, C. (pp.135-148). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serrano, P. (1996). Relatório de actividades. In *Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos* (pp.263-266). Lisboa: Relógio D' Água Editores.
- Shupe, R. (2014). Post-visit phone calls: Reducing preventable readmissions and improving the patient experience. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(4):45-51. **DOI:** 10.5430/jnep.v4n4p45.
- Silva, S. (2017). Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Neurológica Degenerativa. In Vieira, C.M. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 475-486). Loures: Lusodidacta.
- Slark, J. (2010). Adherence to secondary prevention strategies after stroke: A review of the literature. *British Journal of Neuroscience nursing*, 6(6): 282-286. **DOI:** 10.12968/bjnn.2010.6.6.77883
- Stevens, K. A. (2011). Eliminação e Continência urinária. In Hoeman, S.P. *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 351-385). (4^a Ed). Loures: Lusociência.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39: 1-91.
- Thibaut, A.; Chatelle, C.; Ziegler, E; Bruno, M.A.; Laureys, S. & Gosseries, O. (2013). Spasticity after stroke: physiology, assessment and treatment. *Brain Injury*, 27 (10): 1093- 1105. **DOI:** 10.3109/02699052.2013.804202.
- Tomey, A. M. (2004). Os elementos da Enfermagem: Um modelo de Enfermagem baseado num modelo de vida. In Tomey, A. M.; Alligood, M. R. *Teóricas de*

Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (pp. 405-422). Loures: Lusociência.

Varanda, E. M. G. & Rodrigues, C. A. F. (2017). Reeducação cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In Vieira, C.M. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 215-225). Loures: Lusodidacta.

Ward, A. B. (2012). A literature review of the pathophysiology and onset of post-stroke spasticity. *European Journal of Neurology*, 19:21-27. **DOI:** 10.1111/j.1468-1331.2011.03448.x.

ANEXOS

**Anexo I – Manifestações clínicas do AVC de acordo com os
territórios arteriais e rotura vascular**

Manifestações clínicas do AVC isquêmico

Território carotídeo	Território Vertebrobasilar
<p><u>Artéria Central da Retina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cegueira ipsilateral - Amaurose fugaz ipsilateral 	<p><u>Artérias Vertebrais, tronco basilar e seus ramos</u></p> <p>Os quadros clínicos são diversos, dependendo das combinações das zonas afetadas. Sendo que os sintomas e sinais mais frequentes são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desequilíbrio, ataxia - Nistagmo - Diplopia, parésias dos movimentos conjugados - Disartria - Disfagia, soluços - Coma - Síndromas alternas (parésia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparesia e /ou hemi-hipostesia contralateral) - Parésias e/ou alterações da sensibilidade bilaterais <p><u>Artéria Cerebral Posterior</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - hemianóspia contralateral - Hemi-hipostesia contralateral - Alexia sem grafia (hemisfério esquerdo) - Agnosia para as cores (hemisfério esquerdo) - Agnosia visual (hemisfério esquerdo) - Prosopagnosia (hemisfério direito)
<p><u>Artéria Cerebral anterior</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome frontal - Parésia do membro inferior colateral - Afasia transcortical (hemisfério esquerdo) 	
<p><u>Artéria coroideia anterior</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - hemiparésia contralateral - hemi-hipostesia contralateral - hemianóspia contralateral 	
<p><u>Artéria cerebral média</u></p> <p><u>Todo o território</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - hemiparésia contralateral de predomínio braquiofacial - Afasia global (hemisfério esquerdo) - Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) - <i>Neglect</i> (hemisfério direito) - Desvio ocular conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia <p><u>Ramos ântero-superiores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemiparésia contralateral, de predomínio braquiofacial - Afasia não fluente (hemisfério esquerdo) - Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) - <i>Neglect</i> (hemisfério direito) <p><u>Ramos pósterio-inferiores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Afasia fluente (hemisfério esquerdo) 	

<ul style="list-style-type: none"> - Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) - <i>Neglect</i> (hemisfério direito) - Quadrantópsia contralateral <p><u>Ramos profundos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemiparésia contralateral - hemi-hipostesia contralateral 	
---	--

Manifestações clínicas do AVC hemorrágico

Hemorragia subaracnoideia	Hemorragia Intracerebral
<ul style="list-style-type: none"> - Cefaleia súbita, muito intensa, generalizada, desencadeada por um esforço - Náuseas e vômitos - Alteração da vigília, por vezes transitória - Sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca, sinal de Kernig) 	<p><u>Hemisférica profunda</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - hemiparesia contralateral, de predomínio braquiofacial - Afasia global (hemisfério esquerdo) - <i>Neglect</i> (hemisfério direito) - Desvio ocular conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia - Cefaleias, náuseas e vômito deteriorização progressiva da vigília <p><u>Hemisférica lobar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - variável consoante o hemisfério e o lobo afetados - sintomas mais frequentes: afasia, hemianópsia, <i>neglect</i>, défices visuo-espaciais, cefaleias <p><u>Cerebelo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Náuseas e vômitos - Cefaleias - Impossibilidade de andar, desequilíbrio, vertigem - Ataxia ipsilateral <p><u>Protuberância</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tetraparésia - Pupilas mióticas (punctiformes) - Coma

Fonte: Ferro, J. (2013). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J. & Pimentel, J. *Neurologia fundamental – princípios, diagnóstico e tratamento* (p.105-106). (2ª Ed.) Lisboa: LIDEL.

Anexo II – Instrumento de *follow-up* telefónico da *American Stroke Association*

Post-Stroke Checklist: Improving Life After Stroke



Together
to End Stroke™

Adapted from the work of the Global Stroke Community Advisory Panel (GSCAP) and endorsed by the World Stroke Organization.

This Post-Stroke Checklist has been developed to help healthcare professionals identify decline or changes in post-stroke function and cognition that may respond well to treatment and/or referral. It is a brief and easy-to-use tool, intended for completion with the patient and the help of a caregiver, if necessary. Post-Stroke Checklist administration provides a standardized approach for the identification of long-term problems in stroke survivors and facilitates appropriate referral for treatment.

INSTRUCTIONS. Please ask the patient each numbered question and indicate whether the answer is "YES" or "NO." Take the indicated action based on your best judgment. In general, if the response is NO, update the patient record and review at next assessment. If the response is YES, follow up with the appropriate action. Keep the checklist on file and use it to follow up on previous issues/concerns and identify any new post-stroke problems. The Post-Stroke Checklist should be administered after the initial stroke event, in the next appointment after discharge, and in additional appointments as you deem appropriate.

1. SECONDARY PREVENTION

Since your stroke or last assessment, have you received any advice on health-related lifestyle changes or medications for preventing another stroke?	NO →	If NO, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist, primary care physician or home health care nurse
	YES →	If YES, observe progress

2. ACTIVITIES OF DAILY LIVING

Since your stroke or last assessment, are you finding it more difficult to take care of yourself?	NO →	If NO, observe progress	
	YES →	If YES, do you have difficulty dressing, washing and/or bathing? Do you have difficulty preparing hot drinks and/or meals? Do you have difficulty getting outside? Do you have difficulty feeding yourself?	If YES, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist or primary care physician If NO, update patient record and review at next assessment

3. MOBILITY

Since your stroke or last assessment are you finding it more difficult to walk, move safely from bed to chair and/or are you falling more frequently?	NO →	If NO, observe progress	
	YES →	If YES, are you continuing to receive rehabilitation therapy?	If YES, update patient record and review at next assessment If NO, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist, primary care physician or home health care nurse

4. SPASTICITY

Since your stroke or last assessment, do you have increasing stiffness in your arms, hands and/or legs?	NO →	If NO, observe progress	
	YES →	If YES, is this interfering with activities of daily living, sleep and/or causing pain?	<p>If YES, refer to the appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist, rehabilitation physician or primary care physician</p> <p>If NO, update patient record and review at next assessment</p>

5. PAIN

Since your stroke or last assessment, do you have any new pain?	NO →	If NO, observe progress	
	YES →	If YES, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist or primary care physician	

6. INCONTINENCE

Since your stroke or last assessment, are you having more problems controlling your bladder and/or bowels?	NO →	If NO, observe progress	
	YES →	If YES, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist, urologist, primary care physician or home health care nurse	

7. COMMUNICATION

Since your stroke or last assessment, are you finding it more difficult to communicate with others?	NO →	If NO, observe progress	
	YES →	If YES, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist, primary care physician or speech-language pathologist	

8. MOOD

Since your stroke or last assessment, do you feel more anxious and/or depressed?	NO →	If NO, observe progress	
	YES →	If YES, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist, primary care physician or psychologist for further assessment and treatment	

9. COGNITION

Since your stroke or last assessment, are you finding it more difficult to think, concentrate and/or remember things?	NO →	If NO, observe progress	
	YES →	If YES, does this interfere with activity and/or participation?	<p>If YES, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist or primary care physician</p> <p>If NO, update patient record and review at next assessment</p>

10. LIFE AFTER STROKE

Since your stroke or last assessment, are you finding things important to you more difficult to carry out (e.g. leisure activities, hobbies, work, going out in public)?	NO →	If NO, observe progress
	YES →	If YES, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist or primary care physician

11. ACTIVITIES OF DAILY LIVING

Since your stroke or last assessment, are you finding it more difficult to perform daily tasks such as using the phone, paying bills, managing medications and/or driving a car?	NO →	If NO, observe progress
	YES →	If YES, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist or primary care physician and refer to StrokeAssociation.org/tips for helpful advice

12. RELATIONSHIP WITH FAMILY

Since your stroke or last assessment, has your relationship with your family become more difficult and/or stressed?	NO →	If NO, observe progress
	YES →	If YES, refer to appropriate healthcare professional, such as the patient's neurologist or primary care physician

13. FOLLOW-UP APPOINTMENTS

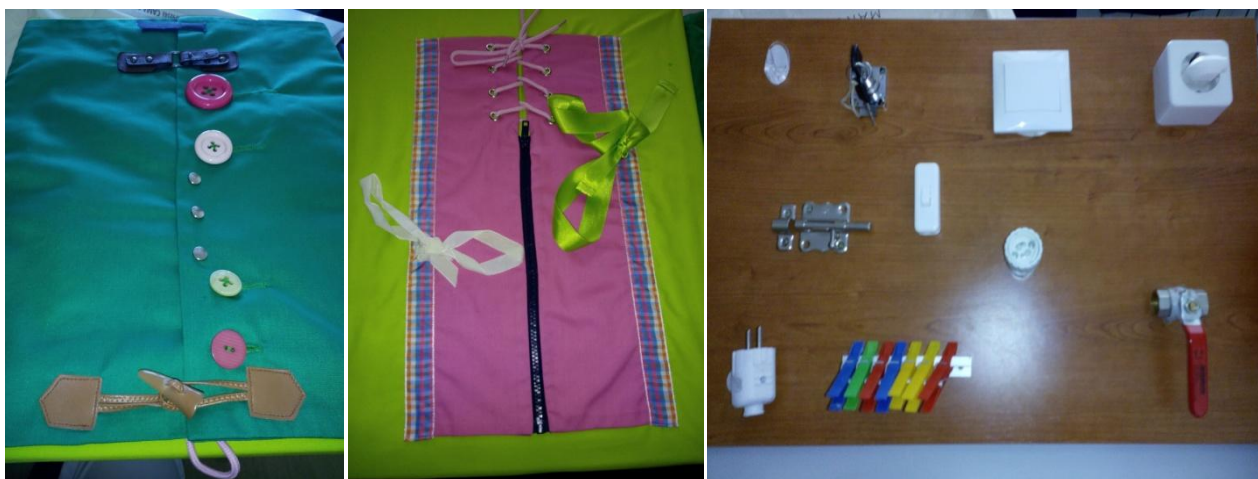
If you were referred to a healthcare professional after your last assessment, did you schedule an appointment?	NOT APPLICABLE	
	NO →	If NO, advise that patient sets up an appointment and explain the importance of the appointment
	YES →	If YES, ask how the appointment went and if the patient has any questions or concerns

Anexo III – Fotografias do *dossier* de estimulação sensorial e quadros de motricidade fina

Dossier de estimulação sensorial



Quadros de motricidade fina



**Anexo IV – Instrumentos de registo do EEER existentes no serviço
de Neurologia**

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - RFR

Serviço de Neurologia

Piso 7 -

Vinheta de Identificação do Doente

Diagnóstico Clínico _____ Folha nº _____

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação _____

Antecedentes Pessoais e Limitações à RFR _____

AVALIAÇÃO		DATA											
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	Vigil, Prostrado, Estuporado, Confuso e Agitado												
ESTADO DE ORIENTAÇÃO	Orientado (no Tempo, Espaço e Pessoa) Desorientado												
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS	Participativo, Não Participativo												
SINAIS VITAIS				I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
	Frequência Respiratória (c.p.min.)												
	Oximetria (%)												
	Frequência Cardíaca (p.p.min)												
	Dor (Escala Numérica)												
	Tensão Arterial (mmHg)												
Temperatura (°C)													
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Ventilação	Espontânea											
		VNI	IPAP										
			EPAP										
			FR										
	Tipo de Respiração	Torácica, Abdomino-Diafragmática, Mista, Tiragem Inter-costal/supra-clavicular e adejo nasal											
	Simetria Torácica	Simétrico/ Assimétrico											
	Amplitude	Normal, Diminuída, Aumentada											
	Ritmo	Regular, Irregular											
Palpação torácica	Elasticidade, Rigidez												
Percussão	Macicez, Timpanismo, Normal												
DISPNEIA	Escala de Borg												
AUSCULTAÇÃO	Localização			D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
	Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído, Ausente)	1/3 sup	I										
			F										
		1/3 med	I										
			F										
		1/3 inf	I										
			F										
	Ruidos Adventícios (Ausentes, Roncos, Sibilos, ferveores Sub-Crepitantes, ferveores Crepitantes, Atritos pleurais)	1/3 sup	I										
			F										
		1/3 med	I										
F													
1/3 inf		I											
		F											
EXAMES DE DIAGNÓSTICO	RX, TAC, Análises, Gasimetrias												

Site Institucional: _____

Fax: _____

Telefone _____

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - RFM

Serviço de Neurologia

Piso

Diagnóstico Clínico _____ Folha nº _____

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação _____

Antecedentes Pessoais e Limitações à RFM _____

AVALIAÇÃO		DATA				
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	Vigil, Prostrado, Estuporado,					
	Confuso e Agitado					
ESTADO DE ORIENTAÇÃO	Orientado (no Tempo, Espaço e					
	Pessoa); Desorientado					
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS	Participativo, Não					
	Participativo					

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE												
Hemicorpo			Dto.	Esq.	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.
Membro Superior	Superficial	Táctil										
		Térmica										
		Dolorosa										
	Profunda	Sentido de Pressão										
		Postural										
Membro Inferior	Superficial	Táctil										
		Térmica										
		Dolorosa										
	Profunda	Sentido de Pressão										
		Postural										

Legenda: N – Normal; D- Diminuído; A- Ausente; NT – Não Testado

AVALIAÇÃO DA FORÇA/ AVALIAÇÃO DA ESPASTICIDADE												
Hemicorpo			Dto.	Esq.	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.
Membro Superior	Ombro											
	Cotovelo											
	Punho											
	Dedos											
Membro Inferior	Quadril											
	Joelho											
	Tornozelo											
	Dedos											

Legenda: Colocar o grau de força (Escala de Lower) no canto superior esquerdo e o grau de espasticidade (Classificação de Ashworth) no canto inferior direito

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO											
Equilíbrio		Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico
Sentado											
Em pé											

Legenda: E – Estável; I - Instável; NT – Não Testado

Site Institucional: _____ Fax: _____ Telefone _____

**Anexo V – Certificado de presença no 4º Simpósio de Enfermagem
em Neurologia**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

INES ALVES

participou no **4º Simpósio de Enfermagem em Neurologia**, que decorreu no dia 11 de Novembro de 2015, no Sana Lisboa Hotel, com a duração de 7 horas.

Lisboa, 11 de Novembro de 2015

Célia Rato

Célia Rato
Comissão Organizadora

Adelaide Sousa

Adelaide Sousa
Comissão Organizadora

APÊNDICES

Apêndice I – Objetivos e atividades propostas no projeto inicial

Objetivos gerais e específicos

No quadro seguinte encontram-se os objetivos gerais e específicos que delineeii para os Estágios.

Objetivo geral: Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida.

Objetivos Específicos:

- 1) Desenvolver conhecimentos teórico-práticos sobre a temática dos cuidados à pessoa com AVC;
- 2) Colaborar com a equipa na elaboração e / ou implementação de projetos acerca da temática do AVC;
- 3) Conceber planos de intervenção de reabilitação que visem a promoção da autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida;
- 4) Implementar planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação que promovam autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida;
- 5) Avaliar a implementação dos planos de cuidados.

Atividades

Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade;</p> <p>D2- Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.</p>	<p>1) Desenvolver conhecimentos teórico-práticos sobre a temática dos cuidados à pessoa com AVC.</p> <p>2) Colaborar com a equipa na elaboração e/ou implementação de projetos acerca da temática do AVC.</p>	<p>- Pesquisa bibliográfica atual e relevante acerca da temática do AVC (normas/<i>guidelines</i>; programas de reabilitação, legislação e produtos de apoio).</p> <p>- Observação de estratégias desenvolvidas pela equipa de Enfermagem na promoção da autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida.</p>	<p>Humanos</p> <p>- Professor orientador; enfermeiras orientadoras e equipa multidisciplinar.</p> <p>Materiais</p> <p>- Livros, revistas e artigos sobre a temática do AVC e Reabilitação.</p> <p>Físicos</p> <p>- Biblioteca da ESEL e locais de Ensino Clínico</p> <p>Temporais</p> <p>- Cronograma</p>	<p>Indicadores</p> <p>- Ter realizado pesquisa bibliográfica sobre a temática do AVC (normas/<i>guidelines</i> e programas de reabilitação, legislação e produtos de apoio).</p> <p>Crítérios de Avaliação</p> <p>- O juízo baseado no conhecimento e experiência está refletido na tomada de decisão;</p> <p>- Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação de qualidade;</p> <p>- Diagnostica necessidades formativas;</p> <p>- Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.</p>

Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>D2- Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos;</p> <p>J1- Cuida de pessoas com</p>	<p>3) Conceber planos de intervenção de reabilitação, que visem a promoção da autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida.</p>	<p>- Avaliação inicial da pessoa com AVC e de fatores contextuais (pessoais e ambientais):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dados biográficos; ○ História de doença atual e antecedentes pessoais; ○ Necessidades sentidas/ metas que pretende atingir; ○ Avaliação neurológica e do sistema músculo-esquelético; ○ Independência/ dependência na realização das atividades de vida (Índice de <i>Barthel</i>, MIF); ○ Avaliação da força e tônus muscular (Escala de <i>Medical Research Council</i> e escala de <i>Asworth</i> modificada); ○ Avaliação da sensibilidade, coordenação motora, equilíbrio, 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira Orientadora; -Pessoa com AVC e sua família/cuidador. - Equipa de Enfermagem; <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processos clínicos; - Escalas; - Material para avaliação neurológica. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Locais de estágio <p>Temporais</p>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado a avaliação inicial da pessoa com AVC, tendo em conta os itens delineados. - Ter realizado a planificação das intervenções com vista à promoção da autonomia da pessoa com AVC e capacitação da família/ cuidador; - Ter realizado a discussão dos planos de intervenção com as enfermeiras orientadoras. <p>Crítérios de Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> -Promove o respeito do cliente à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; - Demonstra conhecimentos e aplica-os. -Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as atividades

<p>necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p>		<p>marcha, eliminação e deglutição;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliação da integridade cutânea e risco de úlcera de pressão (Escala de <i>Braden</i>); ○ Recursos pessoais e familiares, recursos na comunidade e barreiras arquitetônicas. <p>- Planificação de cuidados individualizados com vista à promoção da autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida e capacitação da família/cuidador;</p> <p>- Discussão dos planos de intervenção com as enfermeiras orientadoras.</p>	<p>Cronograma</p>	<p>de vida diárias;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica as necessidades de intervenção; - Concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e /ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional; - Identifica fatores contextuais que interfiram no processo de Reabilitação, nomeadamente barreiras arquitetônicas; - Seleciona e prescreve produtos de apoio.
---	--	---	-------------------	---

Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;</p> <p>D2- Baseia a sua práxis</p>	<p>4) Implementar planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação que promovam a autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida.</p>	<p>- Implementação de planos de reabilitação, com a participação do indivíduo e família, que incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posicionamentos em padrão anti-espástico e prevenção de úlceras de pressão; ○ Mobilizações articulares (passivas/ativas/ativas resistidas); ○ Atividades terapêuticas (facilitação cruzada, rolar, ponte, carga no cotovelo, automobilizações); ○ Treino de equilíbrio (estático/dinâmico/ sentado/ posição ortostática); ○ Levante / transferências; ○ Treino de marcha; ○ Treino de atividades de vida 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiras orientadoras; - Pessoa com AVC e sua família/cuidador; - Equipa multidisciplinar. <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processos clínicos; - Produtos de apoio. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Locais de Ensino Clínico <p>Temporais</p>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado os planos de intervenção tendo em conta os itens delineados e com a participação da pessoa e família/cuidador; - Ter realizado o registo das intervenções realizadas e os seus efeitos; - Ter estabelecido uma relação de cooperação com a equipa multidisciplinar, pessoa e família; - Ter reformulado os planos de intervenção sempre que necessário; - Ter realizado a discussão dos planos de intervenção com as enfermeiras orientadoras. <p>Crítérios de Avaliação</p>

<p>clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos;</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>diária e utilização de produtos de apoio;</p> <ul style="list-style-type: none"> o Estimulação sensorial; o Educação para a saúde (gestão de regime terapêutico, eliminação ou controlo de fatores de risco, produtos de apoio, eliminação de barreiras arquitetónicas...); o Ensinos que promovam a capacitação da família/ cuidador na prestação de cuidados. <p>- Registo das intervenções desenvolvidas e dos seus efeitos, de forma a ser possível a continuidade dos cuidados e possíveis reformulações;</p> <p>- Avaliação e monitorização contínua do plano de intervenção, reformulando-o sempre que</p>	<p>- Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementa planos de intervenção de reeducação funcional; - Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade dos cuidados nos diferentes contextos; -Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio tendo em vista a máxima capacidade funcional; - Orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa; - Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática e colabora nas decisões da equipa multidisciplinar.
--	--	---	---------------------	---

		<p>necessário;</p> <ul style="list-style-type: none">- Discussão com as enfermeiras orientadoras sobre as intervenções realizadas;- Participação em reuniões com a equipa multiprofissional.		
--	--	---	--	--

Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>5) Avaliar a implementação dos planos de cuidados.</p>	<p>- Avaliação do impacto das intervenções na realização das atividades de vida, através da aplicação de escalas (Índice de <i>Barthel</i>, MIF).</p> <p>- Comparação dos resultados obtidos através das escalas antes e após o programa de Reabilitação;</p> <p>-Registo da avaliação de resultados.</p>	<p>Humanos</p> <p>- Enfermeiras orientadoras;</p> <p>- Pessoa com AVC e sua família/cuidador.</p> <p>- Equipa de Enfermagem;</p> <p>Materiais</p> <p>- Processo clínico;</p> <p>- Escalas.</p> <p>Físicos</p> <p>- Locais de estágio.</p> <p>Temporais</p> <p>- Cronograma</p>	<p>Indicadores</p> <p>- Ter realizado a comparação os resultados obtidos através das escalas antes e após as intervenções de reabilitação;</p> <p>- Ter registado a avaliação de resultados.</p> <p>Crítérios de Avaliação</p> <p>- Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e ponderação realizada;</p> <p>- Monitoriza os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa;</p> <p>- Monitoriza a implementação dos programas concebidos;</p> <p>- Aplica instrumentos de avaliação de resultado.</p>

Cronograma

Ano		2015														2016							
Mês		Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro	
Dia		28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19	28	4	11	18	25	1	8		
Semana		4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	18	27	3	10	17	24	31	7	12		
Semana		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Férias	13	14	15	16	17	18			
Local de Ensino Clínico		Serviço de Neurologia									ECCI												
Objetivos específicos																							

**Apêndice II - Guião de entrevista de *follow-up* telefónico
implementado no estágio**

SERVIÇO DE NEUROLOGIA

GUIÃO DE ENTREVISTA FOLLOW-UP TELEFÓNICO

- PESSOA COM AVC-

Contacto nº__

Identificação Contacto telefónico: _____ Data de alta: _____	<i>Vinheta</i>
Datas previstas de contactos 1º Contacto (após 1 semana): _____ 2º Contacto (após 1 mês): _____ 3º Contacto (após 3 ou mais meses): _____	
Questões / Aspetos a abordar	Respostas / Observações
Apresentação. É oportuno responder neste momento a algumas questões?	
Como foi o regresso a casa? Quais as dificuldades sentidas?	
Teve de realizar adaptações em casa? Se sim, quais? Quais os produtos de apoio que tem utilizado ou que necessitou de comprar ou adaptar?	
Quais os défices presentes? Que progressos teve após a alta? Houve retrocessos ou complicações?	

<p>Dificuldades sentidas na realização das atividades de vida diária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene / Vestir e despir; - Alimentação; - Eliminação; - Mobilidade. 	
<p>Tem realizado fisioterapia ou tem sido seguido por algum Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação? Regularidade.</p>	
<p>Questionar sobre existência/ manutenção de hábitos/ fatores de risco.</p>	
<p>Questionar qual a medicação que está a fazer e se a tem feito conforme prescrito.</p>	
<p>Pedir para enumerar sinais/sintomas de AVC. Questionar o que faria caso apresentasse esses sinais.</p>	
<p>Regressou ao trabalho? O que tem feito para ocupar os tempos livres?</p>	
<p>Tem ido ao Centro de Saúde ou tem sido visitado pelo médico de família/ Enfermeiro?</p> <p>Data de próxima consulta médica.</p>	
<p>Questionar se tem dúvidas que possam ser esclarecidas e se os ensinamentos feitos durante o internamento contribuíram para a sua adaptação no regresso a casa.</p> <p>Questionar se poderá ser feito novo contacto</p>	

posteriormente.	
Tem algum cuidador em casa com quem possamos falar? Questionar o cuidador como tem estado, sobre a sua perspetiva quanto à evolução do seu familiar e possíveis dúvidas.	
INTERVENÇÃO	
<p>- Encaminhamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro Centro Saúde / USF / ECCI <input type="checkbox"/> ▪ Agendamento de visita ao serviço <input type="checkbox"/> <p>- Reforçados ensinios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Higiene / Vestir e despir <input type="checkbox"/> ▪ Alimentação <input type="checkbox"/> ▪ Eliminação <input type="checkbox"/> ▪ Mobilidade / Barreiras Arquitetónicas / Produtos de Apoio <input type="checkbox"/> ▪ Adesão ao regime terapêutico <input type="checkbox"/> <p>Observações:</p>	

DATA:

Enfermeiro:

Elaborado por: Inês Alves (Aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da ESEL).

Apêndice III – Folheto informativo sobre a mobilidade no AVC

Transferência da cadeira de rodas para o carro

1. Coloque a cadeira de rodas ao lado do carro de forma a que seja o lado são a entrar primeiro no carro;



2. Trave a cadeira de rodas e posicione-se de frente para a pessoa trancando o joelho afetado com

os seus, segurando-lhe pela cintura e ajudando-a a levantar-se;

3. Rode a pessoa em direção ao assento e peça à pessoa para inclinar o tronco ligeiramente para a frente, ajudando-a a sentar-se;

4. A pessoa coloca a perna sã para dentro do carro e depois ajude-a a colocar a afetada;



5. Coloque o cinto de segurança.

Para sair do carro repete-se o procedimento na ordem inversa.



Em caso de dúvida contacte-nos!

Serviço de Neurologia

Tel. [Redacted]

Referências bibliográficas:

- DGS (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. Lisboa: LIDEL
- [https://www.silverpages.sg/sites/silverpagesasets/SilverPages%20Assets/Publications%20\(Caregiving\)/Body%20Mechanics.pdf](https://www.silverpages.sg/sites/silverpagesasets/SilverPages%20Assets/Publications%20(Caregiving)/Body%20Mechanics.pdf)

Elaborado por: Inês Alves (Aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da ESEL).

Serviço de Neurologia
- Internamento -

A pessoa com AVC - Posicionamentos e transferências-



Posicionamentos terapêuticos



Após o AVC o corpo tende a apresentar estas características.

De forma a contrariar este padrão (espástico), o seu familiar deverá alternar os seguintes posicionamentos:

- **Decúbito dorsal** (“barriga para cima”)

- Cabeça apoiada numa almofada (até ao ombro) e inclinada para o lado menos afetado (são);

- Membro superior afetado sobre uma almofada desde o ombro até à mão;

- Braço, mão e dedos esticados com a parte interna do braço e palma da mão viradas para cima;

- Perna afetada apoiada numa almofada até à região posterior do joelho (joelho ligeiramente fletido);

- O pé deve ficar livre.



- **Decúbito lateral para o lado afetado** (posicionamento lateral sobre o lado afetado)

- Cabeça apoiada numa almofada (ligeiramente mais alta);

- Braço afetado esticado e com a face interna virada para cima assim como a palma da mão. Dedos esticados;

- Perna sã sobre almofada com, ligeira flexão da anca e joelho.



- **Decúbito lateral para o lado não afetado** (posicionamento lateral sobre o lado não afetado)

- Cabeça sobre uma almofada baixa;

- Braço, antebraço e mão esticados sobre almofada (ou duas de forma a que fique alinhado com o ombro a 90°);

- Perna afetada sobre almofada com ligeira flexão da anca e joelho. Pé neutro.

Transferência da cama para cadeira de rodas

1. Coloque a cadeira ao lado da cama, trave-a e retire os pedais;

2. Ajude a pessoa a rolar para o lado afetado, pedindo a esta que cruze a perna sã sobre a perna afetada;

3. Através de um movimento cruzado dos seus braços, aperte a mão da pessoa do lado afetado, puxe-a e, em simultâneo, ajude a estabilizar o antebraço afetado para que a pessoa possa passar da posição de deitado para apoio no cotovelo;



4. Ajude a pessoa a sentar-se na cama e a rodar as pernas em direção ao chão;



5. Com os seus joelhos, tranque o joelho afetado da pessoa e ajude-a a levantar-se, apoiando a sua mão no cotovelo e antebraço afetado e a outra na cintura da pessoa;

6. Rode a pessoa e peça que esta incline o tronco ligeiramente para a frente e ajude-a a sentar-se na cadeira de rodas.



Na realização da **transferência da cadeira de rodas / cadeirão para a cama** deverá executar o ponto 5 e 6 e ajudar a pessoa a deitar-se no leito. A cadeira deve estar colocada de modo a que o lado sã esteja do lado da cama.

Durante as transferências deverá ter os pés ligeiramente afastados, pernas fletidas e abdómen contraído, evitando lesões músculo-esqueléticas.

Postura na cadeira de rodas / cadeirão

Enquanto estiver sentado na cadeira de rodas / cadeirão, o seu familiar deverá:

- Apresentar o corpo alinhado;

- Ter os braços e mãos sobre uma superfície de apoio;

- Dedos das mãos esticados;

- Pés apoiados no chão;

- Realizar os exercícios que lhe foram ensinados. Alguns encontram-se nas seguintes imagens:



Apêndice IV – Exemplo de plano de cuidados

PLANO DE CUIDADOS

1. Colheita de dados

1.1 Identificação pessoal

Nome: Sr.^a L.T.

Idade: 33 anos

Profissão: Assistente operacional num hospital central.

Localidade: Santo António dos Cavaleiros.

Nacionalidade: Portuguesa

Raça: Caucasiana

Estado civil: Casada

Coabitação: Marido e filhos (13, 4 e 2 anos).

Religião: Católica não praticante

Condições habitacionais e sócio-familiares: Vive num apartamento com alguns degraus de escadas mas com elevador. Tem Wc com banheira.

Rendimentos económicos referentes aos dois ordenados (dela e do marido).

Refere não ter dificuldades socioeconómicas.

Pessoa de referência: Marido. Relação de proximidade com a mãe que a visita diariamente no internamento e de quem irá ter apoio quando regressar ao domicílio.

1.2 Antecedentes pessoais

HTA diagnosticada há cerca de 5 anos e medicada; dislipidémia que controla com alimentação; e hábitos tabágicos (20 U/dia).

Medicação habitual: Enalapril + hidroclorotiazida (20 mg/12,5 mg) em jejum e contraceptivo oral.

1.3 História da Doença atual

A 5/11/2015 deu entrada no Serviço de Urgência (SU) após dois episódios, com cerca de 1 hora entre eles, de hemiparésia e parestesias à direita com duração de 2 minutos que reverteram espontaneamente e na totalidade. No SU, durante observação médica, inicia quadro de anartria, paresia facial central direita e hemiplégia direita. Foi ativada Via Verde AVC intra-hospitalar. Fez RM CE que

revelou AVC isquêmico da Artéria Cerebral Média esquerda. Realizou trombólise com RtPa (58,2 mg) sendo transferida para o serviço de Neurologia a 6/11/2015. À entrada neste serviço, o exame médico revelou: disartria ligeira, parésia facial central direita, hemiparésia direita de grau 1/5 no membro superior e grau 2/5 no membro inferior.

A 10/11/2015 realizou Eco TE que revelou “aneurisma do septo interauricular, visualizando-se a passagem abundante de contraste através do forâmen ovale mesmo sem realização de manobra de valsalva”. Através de doppler “visualiza-se shunt de predomínio esquerdo- direito”, tendo indicação para intervenção cirúrgica (encerramento) pela cardiologia.

Outros exames complementares de diagnóstico

Análises (5/11): ↑ hemoglobina 15,5 g/dl; ↑ hematócrito 46,7; leucócitos $10,26 \times 10^9/L$; plaquetas $230 \times 10^9/L$; tempo de protrombina 11,7 seg.; INR 1,01; tempo de tromboplastina parcial ativada 28,2 seg.; ↑ glicose 115 mg/dl; ureia 43 mg/dl; creatinina 1,1 mg/dl; sódio 140mmol/L; potássio 3,5 mmol/L; osmolaridade sérica 291 mOsmol/ Kg; ALT 18,2 U/L; AST 12 U/L; bilirrubina total 0,50 mg/dl; LDH 265 U/L; cálcio 8,9 mg/dl; magnésio 2,1 mg/dl; proteínas totais 7,6 g/dl; albumina 4,1 g/dl; troponina I <0,02 ng / dl; Proteína C Reativa 0,40 mg/dl.

(7/11) Hemoglobina 12,8 g/dl; hematócrito 36,8; glicose 87 mg/dl, potássio 4,0 mol /L; colesterol total 133 mg/dl; triglicéridos 99 mg/dl; HDL 39 mg/dl, LDL 75 mg/dl, ↑ homocisteína 15,2 $\mu\text{mol/L}$, Dímeros D <0,15 $\mu\text{g/ml}$, proteína S livre 82%.

Urocultura (7/11): Negativa.

Medicação no internamento: Captopril 25 mg SOS (até 3x); ácido acetilsalicílico 250 mg ao almoço e sinvastatina 20 mg ao jantar.

2. Avaliação

A seguinte avaliação foi realizada a 09/11/2015.

2.1 Exame Neurológico

2.1.1. Estado mental

Consciência: Consciente (score 15 na escala de Glasgow)

Orientação autopsíquica e alopsíquica.

Atenção: Sem alterações.

Memória: Sem alterações na memória imediata, recente e remota.

Concentração: Sem alterações.

2.1.2. Linguagem: apresenta discurso fluente; compreende, cumpre ordens simples e complexas. Nomeia e repete. Sem alterações na leitura e escrita.

Fala: ligeira disartria mas discurso perceptível.

2.1.3. Capacidades práxicas: sem alterações no hemisfério esquerdo. Capacidades práxicas não testadas no hemisfério direito por diminuição da força.

2.1.4. Negligência hemiespacial unilateral: ausente.

2.1.5. Pares Cranianos

I- Olfativo: sem alterações (testado com café e tabaco).

II- Óptico: sem alterações (testado por confrontação dos dedos a várias distâncias).

III, IV e VI (oculomotor/patético/motor ocular externo): isocoria, forma redonda, cerca de 3mm e isoreatividade pupilar à luz. Sem alterações nos movimentos oculares.

V- Trigêmio: reflexo córneo-palpebral sem alterações (testado com bico de compressa). Na avaliação da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa consegue identificar o estímulo nos 3 ramos mas quando comparado bilateralmente apresenta diminuição da intensidade relativamente ao lado esquerdo. Sensibilidade tátil testada com algodão, térmica com tubos de ensaio com água quente e fria e dolorosa com espátula partida.

VI- Facial: Apresenta ligeiro apagamento do sulco nasogeneano direito. Sem estase salivar. Sem alterações de paladar nos 2 terços anteriores da língua (teste realizado com açúcar e sal).

VIII Estato-acústico: sem alterações (testado através do estalar dos dedos e relógio. Por inexistência de diapasão não foi realizado testes de *Rinne* e *Weber*).

IX Glossofaríngeo: sem alterações do paladar no 1/3 posterior da língua (testado com açúcar e sal).

X Vago: Reflexo de vômito mantido. Sem alterações no tom de voz.

XI Espinhal: aparente alteração na avaliação da força muscular do trapézio e esternocleidomastóideo: apresenta discreta diminuição da força na elevação do ombro direito e lateralização da cabeça contra resistência.

XII Grande hipoglosso: língua sem atrofia e sem desvios. Elevação do palato simétrica. Úvula centrada.

2.1.6. Motricidade

Força muscular (segundo a escala de *Medical Research Council*)

Segmento corporal	Movimento	Avaliação da força	
		Direito	Esquerdo
Cabeça e pescoço	Flexão	4/5	
	Extensão	4/5	
	Flexão lateral esquerda	4/5	
	Flexão lateral direita	4/5	
	Rotação	4/5	
Membros superiores		Direito	Esquerdo
Escápulo-umeral	Flexão	2/5	5/5
	Extensão	2/5	5/5
	Adução	2/5	5/5
	Abdução	2/5	5/5
	Rotação Interna	2/5	5/5
	Rotação Externa	2/5	5/5
Cotovelo	Flexão	2/5	5/5
	Extensão	2/5	5/5

Antebraço	Pronação	2/5	5/5
	Supinação	2/5	5/5
Punho	Flexão palmar	2/5	5/5
	Dorsi-flexão	2/5	5/5
	Desvio radial	2/5	5/5
	Desvio cubital	2/5	5/5
Dedos	Flexão	2/5	5/5
	Extensão	2/5	5/5
	Adução	2/5	5/5
	Abdução	2/5	5/5
	Circundação	2/5	5/5
	Oponência do polegar	2/5	5/5
Membros inferiores		Direito	Esquerdo
Coxo- femural	Flexão	4/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5
	Adução	4/5	5/5
	Abdução	4/5	5/5
	Rotação interna	4/5	5/5
	Rotação Externa	4/5	5/5
Joelho	Flexão	3/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5
Tíbio-társica	Flexão plantar	3/5	5/5
	Flexão dorsal	3/5	5/5

	Inversão	3/5	5/5
	Eversão	3/5	5/5
Dedos	Flexão	3/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5
	Adução	3/5	5/5
	Abdução	3/5	5/5

Tónus muscular

Apresenta score 0 na Escala de *Ashworth* modificada.

Coordenação motora

Prova dedo-nariz não testada por diminuição da força no membro superior direito.

Sem aparente alteração na prova calcanhar-joelho.

Amplitude articular

Não avaliada com goniômetro mas sem aparente alteração da amplitude articular nos vários segmentos.

2.1.7. Sensibilidade

Testada sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) e profunda (sentido de pressão e postural. Vibratória não testada por inexistência de diapasão).

2.1.8. Equilíbrio

Estático e dinâmico sentada eficaz. Ineficaz na posição ortostática.

2.1.9. Marcha

Incapacidade para a marcha.

2.2. Avaliação geral

- Tegumentos: Pele e mucosas coradas e hidratadas. Pele íntegra e limpa.
- Acuidade auditiva: sem alterações.
- Acuidade visual: diminuída. Usa óculos.

- Circulação: Sem edemas ou outras alterações. Tensão arterial= 117/74 mmHg
Frequência Cardíaca = 66 bpm
- Respiração: Eupneica. Respiração toraco-abdominal, regular, profunda. Toráx simétrico.
- Alimentação: independente e sem alterações nesta atividade antes do AVC. Fazia cerca de 5 refeições/dia. Sem intolerâncias ou alergias alimentares. Após AVC necessita de ajuda parcial nesta AVD (cortar alimentos). Apresenta parésia facial central direita (melhorada relativamente à admissão) mas sem disfagia. Alimenta-se oralmente de dieta geral trazida por familiares e amigos.
- Eliminação: à entrada apresentou episódio de retenção urinária sendo realizado esvaziamento vesical. Atualmente sem alterações na eliminação vesical. Apresenta padrão de obstipação prévio ao internamento mas não fazia terapêutica em ambulatório.
- Sono e repouso: sem alterações prévias ao internamento.
- Autocuidados (higiene, vestir/depir): Independente antes do internamento. Higiene geral cuidada. Atualmente, necessita de ajuda parcial nessas atividades.

2.3 Escalas de Avaliação

ESCALA DE *BRADEN* (Risco de úlcera de pressão)

Perceção sensorial

- Completamente limitado (1pto)
- Muito limitado (2ptos)
- Ligeiramente limitado (3ptos)
- Nenhum impedimento (4ptos)

Humidade

- Pele constantemente húmida (1pto)
- Pele húmida (2ptos)
- Pele ocasionalmente húmida (3ptos)
- Pele raramente húmida (4ptos)

Actividade

- Acamado (1pto)
- Sentado (2ptos)
- Marcha ocasional (3ptos)

- Marcha frequente (4ptos)

Mobilidade

- Completamente imobilizado (1pto)

- Muito limitado (2ptos)

- Ligeiramente limitado (3ptos)

- Nenhuma limitação (4ptos)

Nutrição

- Muito pobre (1ptos)

- Provavelmente inadequada (2ptos)

- Adequada (3ptos)

- Excelente (4ptos)

Fricção e forças de deslizamento

- Problemas (1pto)

- Problema potencial (2ptos)

- Nenhum problema (3ptos)

Alto risco de desenvolvimento de
úlceras de pressão ≤ 16 pontos

Baixo risco de desenvolvimento
de úlceras de pressão ≥ 17

Total:17 pontos

Escala de Downton (Avaliação do risco de queda)

Quedas prévias

Sim (1)

Não (0)

Medicação

Nenhum (0)

Tranquilizantes/ sedativos (1)

Diuréticos (1)

Hipotensores (não diuréticos) (1)

Antiparkinsonianos (1)

Anti-depressivos (1)

Outros: Relaxantes musculares, opiáceos, antidiabéticos, psicotrópicos,
hipnóticos (1)

Défice sensorial

Nenhum (0)

Alterações visuais (1)

Alterações auditivas (1)

Extremidades (1)

Estado mental

Orientado (0)

Confuso (1)

Deambulação

Normal (0)

Segura com ajuda (1)

Insegura com e sem ajuda (1)

Impossível (1)

Se total \geq a 3 = alto risco Se total $<$ a 3 = baixo risco
--

Total: 2 pontos (baixo risco)

ÍNDICE DE BARTHEL

1. Alimentação

Independente _____ 10

Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) _____ 5

Dependente _____ 0

2. Transferências

Independente _____ 15

Precisa de alguma ajuda _____ 10

Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se _____ 5

Dependente, não tem equilíbrio sentado _____ 0

3. Higiene pessoal

Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes _____ 5

Dependente, necessita de alguma ajuda _____ 0

4. Utilização do WC

Independente _____ 10

Precisa de alguma ajuda _____ 5

Dependente _____ 0

5. Banho

Toma banho sozinho (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) _____ 5

Dependente, necessita de alguma ajuda _____ 0

6. Mobilidade

Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) _____ 15

Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda _____ 10

Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas ____5
Imóvel_____0

7. Subir e descer escadas

Independente, com ou sem ajudas técnicas_____10
Precisa de ajuda_____5
Dependente_____0

8. Vestir

Independente_____10
Com ajuda_____5
Impossível_____0

9. Controlo Intestinal

Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar_____10
Acidente ocasional_____5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres_____0

10. Controlo Urinário

Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manipular algália sozinho_____10
Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana)_____5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manipular a algália sozinho_____0

0 – Dependência total

100 - Independência

Total: 50 pontos

MIF - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Independência funcional – Níveis

- (7) Independência completa
- (6) Independência modificada (dispositivo)

Dependência modificada

- (5) Supervisão
- (4) Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$)
- (3) Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$)

Dependência completa

- (2) Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$)
- (1) Ajuda total (indivíduo $< 25\%$)

Avaliação:

Autocuidados

- A. Alimentação **5**
- B. Higiene Pessoal **5**
- C. Banho **3**
- D. Vestir metade superior **3**
- E. Vestir metade inferior **3**
- F. Utilização da sanita **3**

Controlo de Esfíncteres

- G. Bexiga **7**
- H. Intestino **7**

Mobilidade

Transferências

- I. Leito, cadeira, cadeira de rodas **2**
- J. Sanita **2**
- K. Banheira, duche **2**

Locomoção

- L. Marcha/cadeira de rodas **1**
- M. Escadas **1**

Comunicação

- N. Compreensão **7**
- O. Expressão **7**

Consciência do mundo exterior

- P. Interação social **7**
- Q. Resolução de problemas **7**
- R. Memória **7**

Total: 79 pontos

Metas / objetivos da pessoa: refere querer recuperar autonomia para cuidar dos filhos, nomeadamente vesti-los.

Problemas reais e potenciais	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>Mobilidade comprometida Equilíbrio comprometido</p>	<p>Preservar a amplitude de movimentos; Manter integridade das estruturas articulares, evitar aderências e contraturas; Prevenir a instalação de espasticidade; Recuperar o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática; Reeducar o mecanismo de controlo postural; Prevenir consequências da imobilidade; Promover o aumento da força muscular; Preparar para a marcha.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover privacidade (cortinas fechadas, portas fechadas...) antes dos exercícios de reabilitação; - Avaliar a força muscular (Escala de <i>Medical Research Council</i>) e tónus muscular (Escala de <i>Ashworth</i> modificada) antes dos exercícios de reabilitação; - Avaliar a amplitude articular antes dos exercícios de reabilitação; - Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico sentada e na posição ortostática; - Assistir a pessoa na realização de mobilizações articulares (inicialmente ativas assistidas e progredindo para ativas resistidas) 1 x no turno, em todos os segmentos articulares, respeitando a amplitude articular e 	<p><u>9/11</u>- Realizadas mobilizações ativas assistidas do membro superior e inferior direito. Grau 0 na escala de <i>Ashworth</i> modificada. Amplitude articular aparentemente mantida em todos os segmentos. Realizadas atividades terapêuticas (ponte, rolamento, carga no cotovelo e automobilizações). Feito treino de equilíbrio dinâmico sentada. Fez carga nos membros inferiores com apoio bilateral. Apresenta equilíbrio ineficaz na posição ortostática. Posicionada em padrão anti-espástico (decúbito dorsal) após exercícios de reabilitação.</p> <p><u>10/11</u> – Apresenta força grau 5/5 na cabeça e pescoço, 3/5 no membro</p>

		<p>dor;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa a posicionar-se em padrão anti-espástico 2x no turno; - Assistir e treinar a execução de atividades terapêuticas (rolar, ponte, carga no cotovelo e automobilizações) 1x no turno; - Treinar exercícios isométricos dos membros inferiores no leito; - Executar treino de equilíbrio, estático e dinâmico sentado e na posição ortostática (quando for possível); - Avaliar sinais vitais antes de executar transferências/levantes; - Realizar levante/transferências com meias de compressão elástica colocadas (prevenção de fenômenos tromboembólicos); - Despistar sinais e sintomas de intolerância ao levante; - Assistir e treinar a pessoa a 	<p>superior direito e 4/5 no membro inferior.</p> <p>Realizadas mobilizações articulares ativas assistidas do membro superior e ativas resistidas no membro inferior.</p> <p>Realizou atividades terapêuticas (ponte com bola terapêutica, rolar, carga no cotovelo e automobilizações). Grau 0 na escala de <i>Ashworth</i> modificada. Amplitude articular aparentemente mantida em todos os segmentos.</p> <p>Equilíbrio estático na posição ortostática em aquisição (permaneceu durante mais tempo na posição ortostática com apoio unilateral).</p> <p>Realizados exercícios de equilíbrio dinâmico na bola suíça (oscilação pélvica sem apoio, levantar e sentar na bola suíça com apoio de corrimão, lateralização do tronco).</p> <p>Tensão arterial = 110/74 mmHg</p>
--	--	--	---

		<p>transferir-se para cadeira de rodas/cadeirão;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar e supervisionar a pessoa a realizar exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores junto ao leito (flexão/extensão coxo-femural e do joelho apoiada na cama, agachamentos); - Executar exercícios de oscilação pélvica na bola suíça; - Treinar e supervisionar a pessoa a realizar exercícios de motricidade fina; - Executar treino de marcha controlada (quando for possível); 	<p>Frequência cardíaca =65 bpm. Meias de compressão elástica colocadas.</p> <p>Executou exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores (flexão/ extensão coxo-femural e joelho – 10 x cada exercício) aos pés da cama e apoiada na mesma.</p> <p>Assistida a realizar transferência para cadeira de rodas, que executa com ajuda mínima. Incentivada a realizar automobilizações na cadeira de rodas.</p> <p>Sem sinais de intolerância ao levantar.</p> <p><u>13/11</u>- Apresenta aumento do grau de força para 4/5 no membro superior direito. Realizadas mobilizações ativas resistidas. Grau 0 na escala de <i>Ashworth</i> modificada.</p> <p>Realizou treino de marcha controlada e de subir e descer escadas (1 lance de escadas = 15 degraus) com apoio de corrimão.</p>
--	--	--	---

			<p>Realizou exercícios de motricidade fina com quadro de atividades (botões, velcro, interruptores, tomadas, molas...).</p> <p><u>16/11</u> – Mantém força grau 4/5 no membro superior e inferior direito. Grau 0 na escala de <i>Ashworth</i> modificada. Realizadas mobilizações ativas resistidas.</p> <p>Mantidos exercícios de motricidade fina com quadro de atividades. Fez treino de grafia. Treino com cartão e clips.</p> <p><u>17/11</u> - Mantém força grau 4/5 no membro superior e inferior direito. Grau 0 na escala de <i>Ashworth</i> modificada. Realizadas mobilizações ativas resistidas.</p> <p>Fez treino de marcha com apoio unilateral. Percorreu cerca de 50m.</p> <p>Vai até ao WC a pé com apoio de corrimão.</p>
--	--	--	--

			<p>Fez treino de subir e descer escadas com aumento do número de degraus (subiu 30 degraus).</p> <p>Iniciou treino de marcha em piso irregular (rua).</p>
Alimentar-se, dependente	<p>Promover deglutição segura; Prevenir complicações nutricionais; Promover autonomia na realização da atividade de vida alimentar-se.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar pessoa a alimentar-se; - Assistir a pessoa a alimentar-se (cortar alimentos, incentivar a pessoa a alimentar-se com a mão afetada); - Despistar sinais de disfagia/aspiração; - Vigiar ingestão de alimentos; - Treinar e supervisionar a pessoa a realizar exercícios de reeducação da musculatura facial 2 x dia, repetindo cada exercício 5 a 10 vezes (sorrir; mostrar os dentes; assobiar; encher a boca de ar; depressão do lábio inferior...) e em frente ao espelho; - Instruir sobre estratégias 	<p><u>10/11</u>- Apresenta melhoria da parésia facial em relação à entrada. Apresenta apenas ligeiro apagamento do sulco nasogeneano direito. Sem estase salivar. Deglute sem sinais de disfagia.</p> <p>Incentivada a alimentar-se com a mão afetada.</p> <p>Realizado treino de reeducação da musculatura facial.</p> <p><u>13/11</u>- Engrossados cabos de talheres com esponja e adesivo. Informada acerca de produtos de apoio existentes para esta AVD (engrossadores de cabos, rebordos de prato, copos recortados, talheres</p>

		adaptativas / produtos de apoio.	dobráveis...). Durante o internamento alimentou-se de dieta geral, trazida pelos familiares e amigos. Alimenta-se com apetite e da totalidade das refeições. Sem sinais de disfagia.
Higiene/Vestir e despir-se, dependente	Proporcionar higiene, conforto e bem-estar à Srª C. Promover autonomia na realização das atividades de vida (higiene, vestir e despir).	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa nos cuidados de higiene no WC; - Treinar cuidados de higiene oral e pentear; - Treinar técnica vestir/despir; - Instruir sobre produtos de apoio. 	<p><u>10/11</u> - Iniciado treino de higiene e treino de vestir e despir.</p> <p>Preparada roupa para vestir e artigos de higiene pessoal.</p> <p>Realizados ensinios acerca de preparação da roupa; regulação da temperatura da água (primeiro água fria e depois água quente) e utilização de barras de apoio no WC.</p> <p>Assistida a Srª L. a lavar hemicorpo não afetado com a mão afetada;</p> <p>Feito ensino sobre vestir o casaco de pijama (primeiro membro superior afetado). Feito ensino para vestir calças do pijama (cruzar o membro</p>

		<p>inferior afetado sobre o não afetado e vestir as calças...).</p> <p>Assistida a vestir meias elásticas e a vestir calças do pijama.</p> <p>Necessitou de ajuda para colocar pasta de dentes na escova.</p> <p><u>13/11</u> Incentivada a lavar-se com a mão afetada. Mais autónoma nos cuidados de higiene, necessitando apenas de ajuda para lavar a região dorsal. Consegue vestir e despir o pijama. Iniciados ensinios de vestir meias.</p> <p>Conseguiu prender cabelo com elástico (rabo de cavalo).</p> <p>Feitos ensinios acerca desta AVD para preparação da alta (barras de apoio, entrar e sair da banheira e outros produtos de apoio (esponja de cabo comprido, cadeira giratória, tábua de banho).</p> <p><u>16/11</u> Autocuidou-se apenas com</p>
--	--	--

			supervisão. Pediu apenas ajuda para fazer a depilação axilar.
Eliminação vesical e intestinal, dependente	Promover autonomia nesta atividade de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover privacidade; - Incentivar utilização do sanitário e / ou dispositivo; - Assistir a pessoa a deslocar-se ao WC; - Despistar presença de globo vesical, abdómen volumoso e timpanizado e doloroso à palpação; - Promover estratégias facilitadoras da eliminação (reflexo gastro-cólico, flexão anterior do tronco, massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio, técnicas de sugestão, utilização de horários predefinidos, incentivar ingestão hídrica e de fibras adequada...); 	<p><u>10/11, 13/11</u>- Urina antes dos cuidados de higiene e ao longo do turno. Promovida privacidade.</p> <p>Padrão de eliminação vesical mantido. Sem novos episódios de retenção urinária.</p> <p>Necessita de ajuda na transferência para o sanitário.</p> <p><u>10/11</u> – Refere obstipação. Incentivada aumentar a ingestão hídrica, idas ao WC após as refeições e instruída sobre massagem abdominal e inclinação anterior do tronco como estratégias facilitadoras da defecação.</p> <p>Incentivada a realizar reforço hídrico.</p>

<p>Risco de não adesão ao regime terapêutico</p>	<p>Que a Sr.^a L. adira ao regime terapêutico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar características da urina e fezes; - Administrar terapêutica se necessário. <ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre sinais e sintomas de AVC e seus fatores de risco; - Incentivar e instruir sobre adesão ao regime terapêutico (monitorizar regularmente a tensão arterial, evicção tabágica, toma adequada de terapêutica, ida às consultas, fisioterapia...). 	<p><u>16/11</u> - Desloca-se até ao WC com apoio unilateral e supervisão. Independente no uso do sanitário. Padrão vesical mantido. Sem novos episódios de obstipação.</p> <p>A Sr.^a L. refere vontade em abandonar os hábitos tabágicos e que cumprirá plano terapêutico.</p> <p>Realizado <i>follow-up</i> telefónico uma semana após a alta. Quando questionada refere que deixou de fumar e cumpre plano terapêutico.</p>
<p>Continuidade de cuidados, comprometida</p>	<p>Que haja continuidade de cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar registos diários dos cuidados prestados; - Articular com assistente social; - Referenciar à EGA. 	<p>Referenciada à EGA. Observada pela EGA a 13/11 e proposta para Unidade de Convalescência da RNCCI. Tem também consulta marcada para o Centro de Reabilitação de Alcoitão. Incluídos dados referentes aos</p>

		<p>cuidados de Enfermagem de Reabilitação na nota de transferência. Realizado <i>follow-up</i> telefónico uma semana após a alta que permitiu saber que foi à consulta no Centro de Reabilitação de Alcoitão e que não tem critérios para admissão.</p> <p>Autónoma nas AVD.</p> <p>A realizar fisioterapia diária no hospital.</p>
--	--	---

Avaliação no término do plano de reabilitação

- **Índice de *Barthel***

1. Alimentação

Independente _____ **10**

Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) _____ 5

Dependente _____ 0

2. Transferências

Independente _____ **15**

Precisa de alguma ajuda _____ 10

Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se _____ 5

Dependente, não tem equilíbrio sentado _____ 0

3. Higiene pessoal

Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes _____ 5

Dependente, necessita de alguma ajuda _____ 0

4. Utilização do WC

Independente _____ 10

Precisa de alguma ajuda _____ 5

Dependente _____ 0

5. Banho

Toma banho sozinho (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) _____ 5

Dependente, necessita de alguma ajuda _____ 0

6. Mobilidade

Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) _____ 15

Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda _____ 10

Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas _____ 5

Imóvel _____ 0

7. Subir e descer escadas

Independente, com ou sem ajudas técnicas _____ 10

Precisa de ajuda _____ 5

Dependente _____ 0

8. Vestir

Independente_____	10
Com ajuda_____	5
Impossível_____	0

9. Controlo Intestinal

Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar_____	10
Acidente ocasional_____	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres_____	0

10. Controlo Urinário

Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manipular algália sozinho_____	10
Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana)_____	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manipular a algália sozinho_____	0

Total: 90 pontos (Score anterior = 50 pontos)

- **MIF**

Avaliação:

Autocuidados

A.	Alimentação	6
B.	Higiene Pessoal	7
C.	Banho	5
D.	Vestir metade superior	5
E.	Vestir metade inferior	5
F.	Utilização da sanita	5

Controlo de Esfíncteres

G.	Bexiga	7
H.	Intestino	7

Mobilidade

Transferências

I.	Leito, cadeira, cadeira de rodas	5
J.	Sanita	5
K.	Banheira, duche	5

Locomoção

L.	Marcha/cadeira de rodas	5
M.	Escadas	5

Comunicação

N.	Compreensão	7
O.	Expressão	7

Consciência do mundo exterior

P.	Interação social	7
Q.	Resolução de problemas	7
R.	Memória	7

Total: 107 pontos (score anterior = 79)

Resultados

- Evolução funcional positiva de acordo com Índice de *Barthel* e MIF.
- De acordo com informações recolhidas durante *follow-up* telefónico a Sr^a L. cuida dos filhos diariamente de forma autónoma (meta da pessoa atingido).