



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio**

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na capacitação
psicoemocional da pessoa com Acidente Vascular
Cerebral para a promoção da funcionalidade**

Teresa Eurica Prazeres Castanho

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**
Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na capacitação
psicoemocional da pessoa com Acidente Vascular
Cerebral para a promoção da funcionalidade**

Teresa Eurica Prazeres Castanho



Orientador: Maria Fátima Mendes Marques



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Mente e cérebro influenciam tanto o corpo
como este influencia o cérebro e a mente”
(Damásio, 2018)*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria de Fátima Marques, por não me ter deixado desistir quando tudo parecia impossível de alcançar, por me apontar o caminho e por acreditar nas minhas capacidades.

À instituição e profissionais com que trabalho por toda a facilitação na agilização de horários para que se tornasse possível conciliar aulas, orientações e horas de estágio.

Ao grupo das “gomas” por todos os desabafos, palavras de incentivo, partilha de conhecimento e espírito de entreajuda.

À família que sempre compreendeu a minha ausência em todas as reuniões sociais que decidi adiar para completar este percurso.

Aos amigos que sempre acreditaram em mim e que sempre ouviram as minhas preocupações, que me apoiaram incondicionalmente e que me fizeram companhia nos infindáveis dias de estudo e realização de trabalhos.

À Margarida e ao Dermot pela ajuda nas traduções mais complexas, especialmente à Guida pelo apoio incondicional.

À minha mãe e ao meu pai que me apoiaram, acreditaram e sonharam comigo com o dia final, sempre com um abraço e sorriso presentes.

À Patrícia, à Sofia (Joia), ao Tiago Marques, ao Tiago Carvalhinho, ao João Carlos Mateus, à Sandra, à prima Raquel, à Daniela, à Ana Montoito, à Carolina Martins, à Ana Santos e ao Nuno Frazão, por me incentivarem, por me abraçarem, por não me deixarem desistir, por estudarem comigo e por comemorarem comigo todas as pequenas vitórias que culminaram neste projeto.

A todos vós um especial obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MI – Membro Inferior

MS – Membro Superior

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

RESUMO

O AVC apresenta-se como uma das principais causas de incapacidade, associando-se a taxas de morbilidade elevadas e com implicações ao nível da qualidade de vida da pessoa e família. A pessoa que sofre um AVC não foi preparada psicologicamente nem emocionalmente para a exigência das adaptações e aprendizagens que emergem deste evento. A dimensão psicoemocional prende-se com aspetos psicológicos que se associam a emoções e afetos. Alterações que têm impacto negativo no grau de funcionalidade e na recuperação da pessoa.

The Mauk Model of Poststroke Recovery possibilita a intervenção junto da pessoa com AVC considerando a complexidade deste processo de recuperação, evidenciando-se como um contributo essencial para a prestação de cuidados individualizados. O EEER tem a competência de avaliar a pessoa com AVC, e ser capaz de aplicar intervenções que promovam a funcionalidade e desenvolvimento das capacidades da pessoa.

Os objetivos deste relatório prendem-se com o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências para o grau académico de mestre. Este relatório, apresenta carácter descritivo e reflexivo de atividades desenvolvidas em dois locais de estágio, sendo um deles mais direcionado para a vertente da pessoa com patologia neurológica.

O trabalho desenvolvido revela-se uma mais valia para a enfermagem de reabilitação, devido à nomeação e reflexão sobre um modelo de enfermagem que distingue diversas etapas do processo de recuperação da pessoa com AVC. Através da identificação das alterações psicoemocionais torna-se possível melhorar a funcionalidade da pessoa intervindo de forma dirigida e específica às suas necessidades específicas.

Palavras chave: AVC, Psicoemocionais, Funcionalidade; Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

Strokes are one of the principal causes of incapacity. They are associated with high rates of morbidity and adversely affecting the quality of life of the individual and their family. A patient who suffers from a stroke will not be prepared psychologically or emotionally for the demands and need for adaption following such an event. The psycho-emotional dimension is characterised as the psychological factors which are connected to emotions and affection. Negative changes in this domain negatively affect the function and recovery of the individual.

The Mauk Model of Poststroke Recovery makes it possible to aid the stroke victim whilst recognising the complexity of the recovery process, emphasising individual care as fundamental. A recovery specialist nurse is able to assess a stroke victim and has the capacity to apply interventions tailored to the patient which promote the recovery of the person's faculties and capabilities.

The purpose of this report is to demonstrate the author's development of knowledge and understanding of a specialist nurse, a recovery nurse and a level of competency expected at a master's degree. This report is to reflect on the activities performed during two internships, one of which was more orientated towards care of patients with neurological pathologies.

The work presented demonstrates high relevance to rehabilitation nursing as it is a reflection on a model for nursing which distinguishes the diverse stages in the process of rehabilitation of a stroke patient. Identifying the patient's psycho-emotional alterations enables the delivery of specific and personalised care meeting the needs of each individual.

Keys words: Stroke; adaptation psychological; functional status; rehabilitation nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1.COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO DE EEER NA ÁREA DE REABILITAÇÃO MOTORA, SENSORIAL, COGNITIVA, CARDIORRESPIRATÓRIA DA ALIMENTAÇÃO, DA ELIMINAÇÃO E DA SEXUALIDADE	31
1.1. Analisar a atuação do EEER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade	31
1.2. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao cliente e família na área de reabilitação motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação, da sexualidade	39
2.COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO DO EEER NA CAPACITAÇÃO PSICOEMOCIONAL DA PESSOA COM AVC PARA A PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE	45
2.1. Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC e sua família ..	45
2.2. Capacitar o cliente e família em processo de recuperação pós AVC a lidar com as alterações psicoemocionais para promover a funcionalidade	49
3.AVALIAÇÃO DO TRABALHO DESENVOLVIDO.....	57
3.1. Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação	58
3.2. Analisar processo de aprendizagem efetuado	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – Projeto de Estágio.....	
APÊNDICE 2 – Plano de Cuidados Sr. E (MFR)	
APÊNDICE 3 – Jornal de aprendizagem.....	
APÊNDICE 4 – Jornal de aprendizagem.....	
ANEXOS	
ANEXO 1 – The Mauk Model for Poststroke Recovery	
ANEXO 2 – Avaliação dos orientadores de estágio	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: sumário das fases do modelo associado às tarefas da pessoa e do enfermeiro (Mauk, 2006).....	20
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Territórios Vasculares Afetados e Manifestações clínicas - exemplos.....	14
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio diz respeito à operacionalização e desenvolvimento do projeto de estágio, desenhado na unidade curricular opção II do 2º semestre, permitindo ainda dar continuidade ao trabalho desenvolvido durante todo o curso de mestrado em enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, de modo a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A *World Stroke Organization* (2018) refere-se ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) como a segunda causa de morte e incapacidade a nível mundial. O Ministério da Saúde (2018) refere-se às doenças cérebro-cardiovasculares como um flagelo do mundo moderno, e em Portugal provocam a morte de cerca de cem pessoas por dia. Especificando, nos casos em que ocorre AVC, é de notar uma grande preocupação uma vez que estes acarretam elevados prejuízos para a qualidade de vida da pessoa e da família, com consequente impacto a nível socioeconómico e ainda com associação a taxas de morbilidade muito elevadas (Ministério da Saúde, 2018).

Dados da Direção-Geral de Saúde (DGS) (2017) referem um aumento da morbilidade associada ao AVC, com implicações no nível de dependência e da qualidade de vida da pessoa e família. A Sociedade Portuguesa do AVC (Jacinto, 2019; Pereira, Sousa, Andrade, Albuquerque & Jacinto, 2019; Pinto, 2019, Sousa et al., 2019) refere, em diversas apresentações que o AVC se constitui como uma das principais causas de incapacidade, constatando que:

No nosso país, ao contrário do que acontece na grande maioria dos países da Europa ocidental onde predomina a patologia coronária, o acidente vascular cerebral (AVC) representa aproximadamente 2/3 dos casos destas patologias com enorme impacto (leia-se redução) na esperança e na qualidade de vida de muitos portugueses. (Pinto, 2019, pp. 25).

Um estudo exploratório apresentado no congresso da Sociedade Portuguesa do AVC (Jacinto, 2019), menciona que 10 anos após o AVC, 70% dos indivíduos já faleceram ou que a partir dos 5 anos apresentam algum grau de dependência, e concluí que a maioria dos sobreviventes de AVC não regressa ao mercado de trabalho. Constatou-se ainda que a maioria dos sobreviventes se mantiveram a residir no domicílio, no entanto encontravam-se dependentes do apoio de familiares (63%), ou de

profissionais (28%) e não detinham autonomia para sair das suas casas (Jacinto, 2019). AVC, define-se como um déficit neurológico que se atribui a uma lesão focal aguda do sistema nervoso central, tal acontece quando o transporte de oxigénio ao cérebro é interrompido, quer seja por origem vascular, quer por origem hemorrágica intracerebral ou subaracnoídea. No AVC isquémico, a causa subjacente a este tipo de obstrução, pode ser a formação de placas de ateroma, enquanto que o AVC hemorrágico pode surgir em situações de hipertensão arterial grave, rutura de uma malformação vascular congénita ou de um aneurisma, ou ainda relacionado com uma alteração da coagulação do sangue. (American Heart Association, 2020; Caldas, 2000; Carvalho, 2014; European Stroke Initiative, 2003; Sacco et al., 2013).

Como as células nervosas são particularmente vulneráveis pois as suas reservas de glicose são muito reduzidas e a sua resistência à ausência de oxigénio é também ela diminuta (Caldas, 2000), o AVC, independentemente da causa, origina destruição de células cerebrais e as funções que estas desempenham no corpo humano ficam afetadas (American Heart Association, 2020). Os efeitos sentidos podem ser permanentes dependendo da quantidade de células que morrem, da localização do AVC, entre outros fatores (American Heart Association, 2020). Tipicamente, a instalação do quadro de AVC inicia-se subitamente e a natureza dos défices afetam o sistema motor, sensitivo e visual (Caldas, 2000). As artérias têm territórios bem definidos, pelo que consoante a artéria cerebral afetada, os défices originam quadros clínicos distintos que obedecem a um padrão anatómico específico (Quadro 1) (Caldas, 2000; Carvalho, 2014).

Quadro 1: Territórios Vasculares Afetados e Manifestações clínicas - exemplos

Territórios Vasculares	Manifestações clínicas
Artéria oftálmica	Cegueira monocular ¹ Defeito de campo altitudinal ¹
Artéria Cerebral Anterior	Parésia do MI contralateral ^{1,2} de predomínio distal ¹ Parésia menos marcada do MS contralateral de predomínio distal ¹ Perda sensitiva do MI contralateral ¹

Artéria Cerebral Média	Hemiparésia contralateral de predomínio braquio-facial ^{1,2} Hemihipostesia contralateral ¹ Afasia global ^{1,2} (hemisfério esquerdo ²) Neglet ^{1,2}
Artéria vertebral e Basilar	Diplopia ¹ Nistagmo ¹ Disartria ¹ Disfagia e soluços ¹ Coma ¹
Artéria Cerebral Posterior	Hemianopsia homónima contralateral ^{1,2}
1 – Retirado de Carvalho (2014) 2 – Retirado de Caldas (2000)	

A pessoa que sofre um AVC, dependendo dos *déficits* associados, poderá passar de um *status* de independência, para um *status* de dependência sem qualquer preparação ou aviso prévio, na medida em que o evento ocorre de forma súbita. Deste modo, não é possível a pessoa preparar-se psicológica e emocionalmente para a transição que irá experienciar, nem às adaptações e aprendizagens que esta irá exigir (Faria, 2014).

Segundo Damásio (2004a), a aprendizagem depende da emoção, e é precisamente o processo de sentir que prolonga o alcance da emoção e que facilita o planeamento de formas de resposta adaptativa. Este facto torna-se importante uma vez que a pessoa que sofre um AVC irá percorrer um processo de recuperação que acarreta alterações significativas a nível psicoemocional. Desta forma, torna-se pertinente compreender a relação existente entre as alterações psicoemocionais e a funcionalidade da pessoa após AVC.

Damásio (2018, 2004a, 2004b, 1996), nas suas obras define emoção e sentimento. Para Damásio (2004a), o nível básico de regulação vital inclui, os sentimentos, as emoções e a regulação básica da vida. Focando sucintamente cada uma das definições, é explicitada a sua importância, e a forma como estes conceitos são relevantes para a intervenção especializada na pessoa com AVC.

O autor distingue emoção de sentimento referindo que a emoção é dirigida ao exterior, tendo um carácter relativamente público na medida em que se pode considerá-la como observável. Por sua vez, o sentimento encontra-se dirigido ao interior sendo desta forma privado (Damásio, 2004a). O hemisfério cerebral direito tem uma influência dominante na emoção humana equiparável à que o hemisfério esquerdo exerce na linguagem (Damásio, 2004a, 1996). Assim, deve ser tido em conta o(s) local(ais) da lesão causada pelo AVC e ter em conta que alguns dos referidos circuitos podem estar comprometidos. Para tal é necessário sabermos que estruturas estão envolvidas nestes processos.

Segundo Damásio (2004a), para que o organismo perceção um sentimento, é necessário tornar-se consciente dos processos da emoção e do sentimento. Ter a experiência de um sentimento consiste em percecionar o corpo num certo estado. É de salientar, que na grande maioria a perceção pode estar alterada, como défice decorrente do AVC (Caldas, 2000; Carvalho, 2014; Menoita, Sousa, Pão & Marques-Vieira, 2012).

Os sentimentos de alegria e tristeza recrutam áreas do cérebro que recebem sinais de diversas partes do corpo. O córtex do cíngulo e o córtex da insula mostram um padrão nítido de ativações ou desativações significativas (Damásio, 2004b). Os sentimentos encontram-se também ligados a alterações da atividade nas regiões somatosensitivas (Damásio, 2004b). É interessante relembrar que “as fibras dos nervos periféricos e as projeções neurais ligadas ao interior do corpo terminam no córtex da insula, precisamente na mesma região onde se encontram correlatos para os sentimentos de emoções” (Damásio, 2004b, p. 123). Também Regard (2007), faz referência ao sistema nervoso central como sendo uma autoestrada da informação nervosa e emocional no corpo, validando as afirmações de Damásio (2004b).

Segundo o autor, para que exista sentimento, o sistema nervoso tem de ser capaz de mapear as estruturas do corpo e os seus diversos estados, tem ainda de conseguir transformar os padrões neurais dos referidos mapas em padrões mentais (imagens) (Damásio, 2004b). Os sentimentos estão dependentes não só do corpo e cérebro capaz de representar esse corpo, mas também da existência prévia de dispositivos de regulação da vida que incluem os mecanismos de emoção e de apetite (Damásio,

2004b). Tanto a valência positiva/negativa dos sentimentos como a sua intensidade facilitam ou dificultam a regulação da vida (Damásio, 2004b).

Os sentimentos são tão cognitivos como qualquer outra imagem perceptível e é igualmente dependente do córtex cerebral como qualquer outra imagem (Damásio, 1996). Os sentimentos espontâneos representam o estado geral da regulação da vida de um organismo, seja ele positivo, negativo ou intermédio (Damásio, 2018). Por exemplo, o stress que se associa à tristeza deve-se à entrada em ação do hipotálamo e da glândula pituitária e à libertação de moléculas cuja consequência, é a redução da homeostasia e a lesão de diversos sistemas corporais, tais como os vasos sanguíneos e as estruturas musculares. Isto significa que o custo homeostático de uma doença física pode ativar o mesmo eixo hipotalâmico-pituitário e causar a libertação de dinorfina, uma molécula que conduz à tristeza e à depressão (Damásio, 2018).

Os parágrafos anteriores explicitam a influência que a mente e o cérebro têm no corpo e vice-versa, o que explana na perfeição a escolha para a frase de pensamento do presente relatório “mente e cérebro influenciam tanto o corpo como este influencia o cérebro e a mente” (Damásio, 2018, p. 170). O desenvolvimento deste tema irá mostrar a sua importância para o progresso da temática escolhida.

Os sentimentos são, simultaneamente e interactivamente, fenómenos tanto do corpo como do sistema nervoso. Baseiam-se, fisiologicamente em processos híbridos que não são nem puramente neurais, nem puramente corporais, são expressões mentais da homeostasia e essenciais para a regulação da vida (Damásio, 2018, Regard, 2007).

O cerne do cérebro e do córtex cerebral trabalham em conjunto criando a emoção e o sentimento (Damásio, 1996). A dimensão psicoemocional diz respeito a aspetos psicológicos associados às emoções e aos afetos¹, sendo que as emoções são a

¹ Acedido a: 03/05/2019

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/psicoemocional?fbclid=IwAR3q7o2budx2TksgBMp7CGSIhxftFQsK19XXUrdmQbGxP5wV0s-sBg58TFQ>

resposta sentimental dos indivíduos a uma variedade de estímulos (Arnoldussen et al., 2019).

A emoção é resultado de indutores, que nem sempre conhecemos conscientemente, conduz ao sentimento e é parte integrante da tomada de decisão e do raciocínio (Damásio, 2004a).

Os estados emocionais implicam uma miríade de modificações no perfil químico do corpo, modificações no estado das vísceras e ainda modificação no grau e no padrão de contração de diversos músculos estriados, desde a face, a garganta, o tronco e membros (Damásio, 2004a). Esta informação é particularmente relevante uma vez que será o conhecimento das emoções vivenciadas pela pessoa e a respetiva expressão das mesmas que vai permitir direcionar a intervenção para uma capacitação psicoemocional mais eficaz (Mauk, 2006), como será explicado seguidamente.

A emoção pode ser despoletada por um indutor de emoção que vai ativar regiões neurais preparadas para responder consoante a classe específica do estímulo. A resposta é transmitida ao restante corpo e as regiões cerebrais conduzem à emoção, que por sua vez, irá modificar o estado corporal (como já descrito anteriormente) e desta forma, os sentimentos vão emergir numa espécie de relato dos acontecimentos que descrevem a relação emoção com objeto (Damásio, 2004a). Segundo o autor, sentir os sentimentos vai prolongar o alcance da emoção, o que facilita o planeamento de formas de resposta adaptativas originais e feitas à medida da situação (Damásio, 2004a).

A resposta do ser humano a diferentes situações depende, entre outras coisas, do seu estado anímico. Os humores são constituídos por sentimentos de fundo e por sentimentos de emoções primárias. Exemplificando, a tristeza e depressão (Damásio, 2004a). O autor refere ainda a existência de uma estreita relação entre sentimentos de fundo e motivações. Especificando, os impulsos exprimem-se diretamente nas emoções de fundo e a perceção da sua existência surge dos sentimentos de fundo. As emoções de fundo são observáveis por outros através da velocidade e desenho dos movimentos, do tom de voz e da prosódia do discurso (Damásio, 2004a).

O mesmo autor expõe ainda que a aprendizagem torna-se difícil de conceber sem as propriedades da recompensa e dos sentimentos que a acompanha, sendo a maioria das emoções e dos sentimentos essencial para dar energia ao processo intelectual e criador (Damásio, 2018).

Assim sendo, e tendo em conta que o EEER tem como competências específicas capacitar a pessoa (...) e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da mesma, implica que esta ou o seu cuidador/família tenham a possibilidade/capacidade para aprender (Regulamento n.º 392/2019). Daí a importância da aprendizagem em todo o processo de capacitação da pessoa e família (Regulamento n.º 392/2019).

Para melhor compreensão da importância das alterações psicoemocionais no processo de recuperação da pessoa com AVC é explicitado, de forma sumária *The Mauk Model of Poststroke Recovery*, um modelo desenvolvido por uma EEER que permite intervir junto da pessoa com AVC, tendo em consideração toda a complexidade do processo de recuperação (Mauk, Lemley, Pierce, & Schmidt, 2011). Encontra-se em apêndice 1 no projeto de estágio, a explicação aprofundada deste processo.

O modelo de Mauk (2006), sugere a existência de seis fases de recuperação após um AVC – *Agonizing, Fantasizing, Realizing, Blending, Framing* e *Owning* (modelo ilustrado no anexo 1). O reconhecimento destas fases poderá mostrar-se facilitador e norteador da intervenção junto da pessoa e respetiva família. Teoricamente, em cada fase a pessoa deve completar uma determinada tarefa. Tendo a enfermeira de reabilitação também uma tarefa/foco associada/o, no sentido do sucesso do processo de recuperação, é um dos seus principais objetivos que a pessoa e a família integrem esta nova realidade (figura 1).

A autora sugere um conjunto de intervenções para cada uma das fases que constituirão linhas orientadoras da prática, não se esgotando as intervenções nas suas sugestões, sendo estas um complemento às habitualmente realizadas.

As seis fases identificadas são de certa forma ordenadas, podendo coexistir, havendo sempre uma dominante, contudo, são individuais e moldáveis consoante as adaptações ao AVC são feitas de forma positiva (Mauk, 2006).

Figura 1: sumário das fases do modelo associado às tarefas da pessoa e do enfermeiro

Phase	Survivor Task	Nursing Task
Agonizing	Survival	Providing protection and physical care
Fantasizing	Ego protection	Providing reality orientation and emotional support
Realizing	Facing reality	Providing emotional and psychosocial support
Blending	Adaptation	Teaching
Framing	Reflection	Listening; providing a valid medical reason for the stroke
Owning	Moving on	Enhancing inner and community resources

(Mauk, 2006)

Mauk et al. (2011) consideram que os sobreviventes do AVC e as suas famílias não têm disponibilidade, nem capacidade de assimilar os ensinamentos no momento em que estes são realizados, preferindo ser esclarecidos quando já se encontram no seu domicílio. Sentindo-se assim mais preparados e motivados para lidar com as consequências do AVC. A realização dos referidos ensinamentos quando a família ainda não está disponível para os receber poderá conduzir a sentimentos de raiva e frustração, além da ineficácia dos mesmos.

Em todo o processo de reabilitação, a premissa essencial consiste em respeitar o tempo da pessoa e da família, visto que só a partir de determinada fase a pessoa estará preparada para se readaptar (Mauk, 2006; Mauk, et al. 2011; Mouziraji et al., 2014; Shoja et al., 2015). Um dos objetivos do modelo é facilitar a identificação da fase em que se encontra o indivíduo, permitindo à equipa agir em uníssono com estratégias e intervenções cada vez mais dirigidas e individualizadas para suprir as necessidades inerentes a cada fase de reabilitação, subjacente à recuperação do AVC.

O EEER tem a habilidade e a competência única de avaliar o indivíduo com AVC e deve ser capaz de identificar de forma consistente e confiante as fases de recuperação de modo a aplicar intervenções que facilitam ao indivíduo a consecução das tarefas associadas a cada fase (Mauk, 2006). Como se pode observar na figura 1, e na explicitação do modelo, as intervenções são direcionadas tendo em conta a disponibilidade mental que a pessoa e família demonstram, isto porque, apenas quando esta existe é que as intervenções se tornam eficazes.

Sabendo que a emoção conduz ao sentimento e é parte integrante da tomada de decisão e do raciocínio, torna-se fulcral incentivar a pessoa a expressar os seus sentimentos, para que esta tome consciência dos mesmos e da influência que estes têm na ação e no potencial de ação/resposta, tal como refere Mauk (2006), nas intervenções delineadas para as primeiras 3 fases, *Agonizing*, *Fantasizing* e *Realizing*, e com menos ênfase na quarta fase – *Blending*.

Uma pessoa em processo de recuperação pós AVC, atravessa uma série de modificações às quais se tem de adaptar, de modo a integrar a nova realidade. Esta adaptação implica a compreensão das alterações sentidas, o que mais uma vez, justifica a necessidade da expressão de sentimentos nas fases iniciais e na fase *Blending* a promoção da esperança (Mauk, 2006).

Damásio (2004a), afirma que a aprendizagem depende da emoção, então, se a aprendizagem depende da emoção, e uma pessoa após ter sofrido um AVC, necessita de aprender estratégias adaptativas, integrar os défices e ajustar-se à mudança (Mauk, 2006). É notória a importância da correta identificação das emoções que a pessoa está a experienciar, bem como a expressão dos seus sentimentos. Até porque, a identificação correta da fase em que a pessoa se encontra, segundo o modelo de Mauk (2006), é o que vai permitir uma intervenção mais individualizada e mais dirigida às verdadeiras necessidades da pessoa e, para se identificar a fase correta tem de se reconhecer os sentimentos desta.

Segundo a autora, uma pessoa que esteja a exprimir raiva, fadiga e depressão deverá estar a atravessar a fase *Realizing*, enfrentando a realidade, compreendendo na perfeição as suas limitações e a situação como ela se estabelece (Mauk, 2006). A intervenção major delineada pela autora é o providenciar suporte emocional e

psicossocial, precisamente porque, como nos diz Damásio (2018, 2004b, 1996), a tristeza (por exemplo) gera desativações muito significativas do córtex pré-frontal o que diminui em grande escala a fluência das ideias. Também Regard (2007) menciona que a pessoa que sofre este tipo de emoção é caracterizada por uma grande dificuldade em agir, demonstrando cansaço e tendência para dormir, e não intervir ativamente.

O EEER deve ser capaz de identificar os diferentes estados da pessoa de modo a compreender e adequar a intervenção. Especificando, segundo Damásio (2018, 2004b, 1996), este modo cognitivo (tristeza) também é caracterizado por:

- uma lentidão na evocação das imagens;
- pela associação pobre em resposta a menos indícios;
- por inferências mais limitadas e menos eficientes;
- por uma concentração excessiva nas mesmas imagens (as que mantém a tristeza-reação emocional negativa);
- por uma inibição motora;
- por uma redução nos apetites e nos comportamentos exploratórios;
- diminuição das respostas imunitárias;
- pela diminuição da capacidade de alerta que nos pode proteger dos mais diversos riscos.

Já pelo contrário, a felicidade vai ativar regiões do córtex pré-frontal o que aumenta significativamente a fluência das ideias e vários parâmetros da fisiologia geral são orientados numa direção benéfica, por exemplo tornando as reações imunitárias mais fortes (Damásio, 2018, 2004a, 2004b, 1996). Tendo uma importância significativa nos cuidados de EEER, uma vez que este fluir de ideias vai permitir o captar da informação, assim como a sua interiorização e compreensão dos exercícios propostos para a reabilitação das diferentes áreas e para maximizar da funcionalidade.

Como já foi referido anteriormente, a aprendizagem é difícil de conceber se for proporcionada junto com sentimentos negativos (Damásio, 2018). O que mais uma vez justifica, o porquê de, segundo o modelo de Mauk (2006) os ensinamentos apenas se tornarem o enfoque quando a pessoa já ultrapassou as fases anteriores, que são predominantes em sentimentos negativos.

Podemos então compreender a importância do suporte emocional referido por Mauk (2006) mais presente nas primeiras fases em que existe predominância destes sentimentos negativos e como explicado anteriormente, não existe disponibilidade da pessoa nem da família para aprender. De acordo com o que Mauk (2006) descreve no seu modelo, só a partir da fase *Blending* em que se promove a esperança (sentimento positivo), é que os ensinamentos passam a ser o grande enfoque das intervenções do EEER, pois a pessoa vai estar disponível para aprender, apreender, raciocinar, julgar, decidir, planear e criar. Estas ações são sempre acompanhadas por sentimentos, como nos diz Damásio (2018).

Desta forma as alterações psicoemocionais tornam-se significativas na abordagem, como demonstrado durante a explicação do Modelo de Mauk (Mouziraji et al., 2014; Shoja et al., 2015).

É consonante na literatura consultada a predominância de que as alterações psicoemocionais, decorrentes ou potenciadas pelo evento, têm impacto negativo na funcionalidade e na recuperação da mesma na pessoa que sofreu um AVC.

Towfighi et al., (2017) corroborado por Gittler e Davis (2018) referem que a depressão ocorre em 33% dos sobreviventes ao AVC, e que este facto se associa a um aumento da mortalidade e a baixos resultados a nível da funcionalidade. Também, Kutlubaev e Hackett (2014) realizaram uma revisão sistemática de estudos observacionais, que revelou que a depressão é preditiva de piores resultados a nível funcional, o que revela um ciclo vicioso entre a habilidade funcional e a depressão após AVC. A pessoa com depressão apresenta um menor envolvimento na reabilitação física e cognitiva, diminuindo a probabilidade de adotar mudanças no estilo de vida, sendo estas necessárias para atingir um máximo de recuperação após o AVC (Kutlubaev & Hackett, 2014).

Nunes e Queirós (2017), numa revisão integrativa de literatura, afirmam que o planeamento da alta realizado de forma personalizada tem impacto na qualidade de vida da pessoa e cuidadores e, também, na sua funcionalidade. Durante a leitura dos trabalhos seleccionados, estes autores – enfermeiros especialistas de reabilitação – notaram uma “intrincada relação entre a designada dimensão funcional – física e psico-emocional (centrada na “depressão”) – e a qualidade de vida percebida” (p.441)

embora não tenha sido realizada pesquisa específica na vertente psicoemocional, esta foi uma constante nos diferentes estudos incluídos nesta revisão. Desta forma, Nunes e Queirós (2017) relacionam a sintomatologia depressiva com a qualidade de vida numa abordagem metodológica transversal; e com a funcionalidade, numa abordagem prospetiva, onde concluem que, estes dois fatores em interação, levam a uma menor qualidade de vida e a uma menor funcionalidade. Em 2015, a Academia Mexicana de Neurologia, realizou um estudo numa cidade da Columbia com 80 pessoas procurando descrever a qualidade de vida da pessoa pós AVC (Calderón-Chagualá et al., 2015). Os resultados são congruentes com os encontrados por Nunes e Queirós (2017), as pessoas pós AVC mostravam scores de qualidade de vida significativamente mais baixos que o grupo de controlo.

Estes autores, consideram a transição hospital-domicílio “um momento crítico de todo um complexo processo físico e psicológico, de adaptação” à nova condição (Nunes & Queirós, 2017, p.441). Tal como Mauk (2006) que também reconhece o momento da alta como sendo crucial na vivencia saudável das fases anteriormente descritas. Alertam ainda os autores, para a necessidade de intervenção quando as alterações psicoemocionais persistem e se prolongam no tempo constituindo-se como um traço caracterizador (Nunes & Queirós, 2017). Este facto é igualmente corroborado por Mauk (2006) na caracterização do modelo.

Tendo em conta o descrito, na revisão *Scoping* realizada no meu projeto de estágio, a minha questão de investigação - Que intervenções o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode realizar na capacitação psicoemocional da pessoa com AVC para a promoção da funcionalidade? – mostra-se, pelos dados apresentados, muito pertinente e atual, inserindo-se também nas áreas de investigação consideradas prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação em 2015, nomeadamente, o estudo das intervenções autónomas do EEER na função motora e na dependência no autocuidado em contexto domiciliário, no âmbito dos processos fisiológicos e adaptativos, respetivamente (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015).

O projeto presente no apêndice 1 enquadra-se nas referidas áreas de investigação, na medida em que foi aplicado em dois contextos: internamento de medicina física e reabilitação (MFR) de um hospital e numa equipa de cuidados continuados integrados

(ECCI), ambos em Lisboa, com o objetivo de analisar as intervenções do EEER na capacitação psicoemocional da pessoa com AVC para promover a sua funcionalidade (OE, 2015).

No primeiro contexto, internamento de MFR, a equipa é constituída por cinco enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, dois enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e enfermeiros de cuidados gerais. Apresenta uma equipa composta por: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fisiatras, nutricionista e existe também o apoio de outras especialidades: Psicologia, Psiquiatria, Medicina Interna, Ortopedia, Neurologia, entre outros. De segunda a sexta estão presentes duas enfermeiras especialistas de reabilitação que prestam cuidados exclusivamente no turno da manhã, responsáveis por realizar o treino de autocuidado que inclui o vestir e despir, marcha, cuidados de higiene, equilíbrio, ortostatismo, coordenação, atenção e concentração. Uma das referidas enfermeiras, às segundas e quartas, é responsável pela consulta pélvico-perineal, este tópico é desenvolvido no capítulo seguinte.

Este serviço de internamento revela-se organizado em função da pessoa e família, e o sentido de responsabilidade profissional da equipa de enfermagem permite que os cuidados prestados sejam realmente individualizados. Transmitindo a calma e segurança necessária à integração e aceitação do processo de reabilitação como refere Mauk (2006). Isto é, o tempo para cada pessoa é gerido consoante as suas necessidades de aprendizagem. Este aspeto assume especial importância no desenvolvimento do meu projeto de estágio.

Tendo em conta que o enfoque no aumento da funcionalidade passa pela identificação correta da fase em que o utente se encontra após AVC, despender o tempo necessário para avaliar corretamente a pessoa é crucial para individualizar as intervenções. Estas, serão mais personalizadas e individualizadas e assim, vão permitir guiar a pessoa de forma a alcançar as tarefas associadas a cada fase. Só uma total disponibilidade, verdadeiramente empática, e sem a pressão do serviço sobre os profissionais para dar resposta as inúmeras exigências é que vai permitir alcançar os objetivos expostos anteriormente. Tais características enquadram-se nos critérios definidos no modelo do cuidado centrado na pessoa (CCP) desenvolvido e dinamizado por McCormack e McCance (2006), onde a sua operacionalização implica

olhar a pessoa com um universo único, com conexões próprias que condicionam qualquer situação vivenciada. Para as autoras, a pessoa deve sentir-se respeitada e ver as suas necessidades respondidas da forma que seja significativa para ela (McCormack & McCance, 2006). Assim, tornam-se cruciais aspetos facilmente descurados pela sobrecarga de trabalho e cansaço associado como a disponibilidade, o respeito, a forma de falar, a linguagem não verbal e a comunicação (Pelzang, 2010). No serviço de MFR, do que pude observar e participar, os cuidados de ER foram sempre centrados na pessoa, como refere Hesbeen (2003), uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação de vida pela qual a pessoa está a passar, e a qualidade está fortemente associada ao investimento pessoal de cada profissional. É o meu investimento pessoal que me vai permitir melhorar todos os dias a qualidade do meu serviço e dos que me rodeiam.

No segundo contexto, ECCI, as pessoas alvo de cuidados são provenientes de referenciação da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), quer de unidades de média e de longa duração (UMDR) como de convalescença, e ainda do ACES e instituições hospitalares correspondentes, sendo os critérios de admissão a existência de um cuidador. As patologias mais frequentes são o AVC, síndromes de imobilidade, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), fratura do fémur, entre outras.

Como apenas dois dos enfermeiros da ECCI são enfermeiros especialistas em reabilitação, estes fazem ensinamentos no seio da equipa. Por sua vez a equipa, junta-se semanalmente, de modo a poder traçar um plano de reabilitação das pessoas a que não conseguem realizar visita domiciliar. E com base na avaliação do enfermeiro responsável por cada pessoa, é possível reajustar o plano de reabilitação, de acordo com as necessidades individuais.

Esta equipa, chefiada por uma EEER, encontra-se com falta de recursos humanos. Primeiramente, devido à saída de profissionais e neste momento, ao não restabelecimento de profissionais devido às quotas para enfermeiros especialistas e à problemática envolvente relacionada com a remuneração dos mesmos. Este grande pormenor é de extrema relevância porque condiciona a prestação de cuidados às 22 pessoas internadas na ECCI. A OE (Regulamento n.º 743/2019) preconiza que, embora as ECCI estejam na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a dotação

deve ser calculada em separado. Definem também que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação devem ser 60% da dotação aferida para a ECCI. Segundo o relatório do primeiro semestre de 2018 (Administração Central Do Sistema De Saúde (ACSS) (2018), os motivos de referenciação para ECCI são por ordem de frequência: ensino utente/cuidador informal, dependência nas AVD e Reabilitação. Estes dados justificam a pertinência da percentagem referida no Regulamento n.º 743/2019 para os EEER nas ECCI. O EEER deve “tomar decisões acerca da promoção da saúde e da prevenção da doença e complicações, assim como, relativamente aos tratamentos e à reabilitação dos utentes com o intuito de maximizar as suas capacidades” (Ribeiro, 2014, p. 40).

Neste contexto, a presente experiência foi orientada pela enfermeira coordenadora da UCC, que é uma das duas EEER, pelo que foi oportuno adquirir competências ao nível da gestão, experiência que nem todos os estudantes pertencentes ao CMEER tiveram. Esta componente consistiu numa mais valia para o meu percurso académico uma vez que possibilitou a reflexão e análise das diferentes funções e características de um líder (Regulamento n.º 140/2019). Esta temática apresenta-se desenvolvida no capítulo seguinte.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação mostram a relevância do projeto mencionado, na medida em que focam a atenção do EEER na “manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, restaurando a funcionalidade quando possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades” (OE, 2018a, p. 7). O enunciado descritivo – A reeducação funcional – salienta como cuidados especializados a “avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença sempre que ocorram alterações da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado” (OE, 2018, p.14).

Desta forma, é pretendido evidenciar que os cuidados de enfermagem de reabilitação se propõem a “agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida ainda compatível com o desenvolvimento das pessoas e que não se limite a uma espera, por vezes vivida como uma espécie de fardo” (Hesbeen, 2003, p. 33).

Para tal, foram delineados como objetivos gerais do projeto:

- desenvolver competências de intervenção do EEER na área de reabilitação motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação, da sexualidade;
- desenvolver competências de intervenção do EEER na capacitação psicoemocional da pessoa com AVC para a promoção da funcionalidade.

Estes objetivos constituem a linha orientadora do desenvolvimento deste relatório. Que se encontra organizado em cinco partes – introdução, objetivos gerais, avaliação do trabalho desenvolvido e considerações finais. Ao longo de todos os capítulos é demonstrada a forma como foram alcançadas as competências ao nível dos descritores de Dublin para o grau de mestre, mobilizando evidência científica que suporta toda a minha ação. São ainda desenvolvidas as atividades delineadas para cada objetivo específico do projeto (efetivando-se em subcapítulos) enquadrando-os nas três partes intermédias. Sendo estes:

Objetivos específicos:

- Analisar a atuação do EEER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade;
- Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao cliente e família na área de reabilitação motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação, da sexualidade;
- Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC e sua família;
- Capacitar o cliente e família em processo de recuperação pós AVC a lidar com as alterações psicoemocionais para promover a funcionalidade;
- Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação;
- Analisar processo de aprendizagem efetuado.

O capítulo um e dois demonstram como as atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram a aquisição de competências específicas em enfermagem de reabilitação e competências comuns do enfermeiro especialista. No capítulo destinado à – avaliação do trabalho desenvolvido – pretende-se evidenciar as dificuldades,

insuficiências e limitações percebidas na implementação do projeto assim como a sua contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados. É ainda possível observar o desenvolvimento dos últimos dois objetivos neste mesmo capítulo. Por último, são reservadas as considerações finais que incluirão a projeção futura do meu trabalho como EEER.

1. COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO DE EEER NA ÁREA DE REABILITAÇÃO MOTORA, SENSORIAL, COGNITIVA, CARDIORRESPIRATÓRIA DA ALIMENTAÇÃO, DA ELIMINAÇÃO E DA SEXUALIDADE

De forma a dar resposta ao objetivo geral estabelecido no projeto de estágio e que utilizo como primeiro capítulo do presente trabalho, foram desenvolvidos dois objetivos específicos que servem de subcapítulos, e que irão espelhar o desenvolvimento das competências (específicas – J1, J2, J3 e comuns – B3 e C1). Tal efetiva-se através da descrição de experiências vivenciadas, da reflexão da prática tanto a realizada por mim, como a observada nos diferentes contextos, e análise das diferentes situações com base em evidência científica que permita justificar o meu pensamento e a minha atuação futuramente como EEER. Nomeadamente a nível das competências específicas do EEER J1 e J2 e das competências comuns do enfermeiro especialista a C1.

1.1. Analisar a atuação do EEER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade

A observação e compreensão da dinâmica das equipas (equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar) acontece durante a intervenção do EEER. Perante esta realidade, há que esclarecer que as atividades de observação e compreensão das equipas e do EEER acabam por se fundir um pouco. Para desenvolver este objetivo, irei focar-me na equipa multidisciplinar, nos instrumentos de avaliação utilizados nos locais de estágio, na articulação dos serviços e preparação de alta, e nas competências de gestão observadas e desenvolvidas.

Considero que ambos os locais onde estagiei têm equipas interdisciplinares. Segundo a literatura, este tipo de equipa encontra-se orientada para identificar os objetivos da pessoa e é assinalada por se mobilizar na resolução de problemas que se estendem além das fronteiras da disciplina em conjunto com um esforço específico de cada disciplina para atingir esses mesmos objetivos (Hoeman, 2011). À minha observação,

em ambos os locais de estágio, toda a equipa interdisciplinar está em constante interação com os enfermeiros e este fluir de informação é bidirecional, ou seja, tanto os terapeutas, como a pessoa assistida, como os clínicos estão em constante interação com os enfermeiros e vice-versa. É através desta interação que é auferida a validação de intervenções, para que o trabalho realizado com a pessoa tenha o mesmo objetivo.

Trabalhar numa equipa exige muito dos seus elementos e pressupõe uma importante maturidade profissional, que ambas as equipas demonstram, integrá-las contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto futura EEER em fase de maturação, que há de ser permanente (Hesbeen, 2003). A complementaridade entre os diferentes intervenientes das equipas direcionada para projetos de cuidados dirigidos às pessoas e famílias, onde é ultrapassada em larga escala a partilha de tarefas e de papéis por categorias é a chave para o sucesso (Hesbeen, 2003). Estar como estudante com o objetivo de olhar estas equipas de modo a analisar as suas interações e resultados permitiu-me abstrair da equipa do meu local de trabalho e interpretá-la de forma diferente.

Estar desperta para procurar características que me fizessem posicionar como pertencente a uma equipa que nem sempre é interdisciplinar, por diversos fatores, mas onde se verifica uma tentativa para tal. Cabe-me a mim, agora, como futura EEER, facilitar este processo, agilizar com os enfermeiros, partilhar ideias e proporcionar momentos entre pares que permitam à equipa remar no mesmo sentido, que é a procura por um cuidar no seio de uma equipa interdisciplinar de modo a atingir a excelência de cuidados.

Na ECCI, o trabalho da equipa interdisciplinar é evidenciado na reunião semanal que integra os enfermeiros da equipa, o médico, as assistentes sociais, e a psicóloga. Na MFR esta dinâmica bidirecional é facilmente observável, basta passar uns momentos na sala comum: a terapeuta entra, valida com o médico, chamam o enfermeiro responsável pelos cuidados à pessoa e decidem o caminho a seguir. É possível observar e identificar o contributo de cada elemento e as atividades desenvolvidas em torno de um objetivo comum (Hesbeen, 2003) o que vai de encontro ao evidenciado na citação seguinte:

A reabilitação só faz sentido quando desenvolvida em complementaridade funcional com outros profissionais, em interdisciplinaridade. (...) O sucesso do processo de reabilitação não depende de um conjunto de atos ou técnicas pontuais, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, para que se traduza na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida, ou seja, em ganhos no bem-estar. Esta abordagem interdisciplinar permite uma comunicação eficaz, levando a campos de interação e de visibilidade (Menoita et al, pp. 39, 2012).

Ter a oportunidade de estagiar em contexto de ECCEI, permitiu-me refletir sobre alguns procedimentos que realizava como enfermeira generalista no meu local de trabalho (UMDR) e otimizá-los. Como por exemplo, neste momento, com as aprendizagens que foram feitas ao longo da formação, considero que consigo direcionar a entrevista de preparação de alta, de forma mais competente e mais personalizada, indo de encontro às reais necessidades da pessoa. Hesbeen (2003) descreve o cuidado como uma criação que é dirigida pela capacidade de inferência do prestador de cuidados. Esta capacidade é desenvolvida pelos profissionais com base na experiência e no questionamento (Hesbeen, 2003). A experiência em estágio e o encontro com situações diferentes permitiu-me melhorar a minha capacidade de inferência com base nos múltiplos contextos. O mesmo autor considera que cuidar é uma prática orientada para a ação refletida e repensada em cada nova situação humana que se nos apresenta (Hesbeen, 2003).

Na MFR, relativamente à avaliação e monitorização dos ganhos da pessoa, são utilizadas as escalas Medida de Independência Funcional (MIF) e Índice de Barthel, que estão preconizadas nos instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Também as competências específicas do EEER inclui a utilização pertinente de instrumentos que permitam avaliar a pessoa e família. Enquanto candidata ao título de EEER tornou-se fulcral a sua utilização para monitorização da evolução das pessoas a que prestei cuidados, de modo a poder analisar o seu percurso, detetar lacunas, pontos a melhorar na prestação de cuidados, e até mesmo na identificação de novos diagnósticos, reformulando assim o plano de intervenção sempre que pertinente como previsto nas competências do EEER (Regulamento n.º 392/2019). A utilização destas escalas é recorrente no meu local de trabalho, no entanto, a sua utilização enquanto EEER obriga a uma análise e interpretação diferenciada da pessoa. Enquanto que anteriormente, em caso de dúvida recorria à EEER do serviço, futuramente, após a

formação e utilização destas sob supervisão, conseguirei dar resposta e avaliar competentemente a pessoa.

A ECCI faz registos mensais na plataforma da RNCCI o que implica o preenchimento da tabela de funcionalidade, o que permite mensurar e reavaliar a evolução da pessoa. Também os registos no SClinico®, realizados aquando de todos os contactos com a pessoa, permitem a monitorização dos ganhos em saúde. Estes registos permitem não apenas a medição de resultados, mas também a identificação das melhores práticas clínicas, desta forma, a informação obtida através destas plataformas, deve ser interpretada como uma ferramenta de gestão e investigação que suporte projetos de trabalho e inovação para a prestação de cuidados (Correia & Bernardes, 2017).

No serviço de MFR as altas são maioritariamente para domicílio, RNCCI e/ou apoios sociais. A preparação do regresso a casa, segundo Pereira (2011), caracteriza-se por um processo complexo que orienta a tomada de decisão partilhada em equipa, não apenas de enfermagem, mas da equipa interdisciplinar (já definida anteriormente). Tal vai possibilitar o encontro de respostas integradas e ajustadas às diferentes necessidades das pessoas e famílias. A mesma autora refere que esta é uma função de todos os profissionais e que deve existir uma articulação entre as diferentes equipas. Tal informação é corroborada pela RNCCI (s. d.) no manual de planeamento e gestão de altas onde se especifica que a alta não é um ato isolado e que a transferência da responsabilidade de prestação e cuidados à pessoa implica decisões e procedimentos que devem ser bem definidos, explicitados e devidamente registados para que a qualidade e continuidade dos cuidados sejam assegurados ao longo de todo o processo.

No serviço de MFR é permitido à pessoa ir ao domicílio durante o fim de semana como parte de preparação da alta. No meu local de trabalho (UMDR), houve uma indicação por parte da equipa coordenadora local que para que a pessoa se pudesse ausentar do internamento por mais de 24h, seria necessária uma autorização desta mesma equipa. Sem esta, é apenas possível a ida ao domicílio durante 24 horas. Este tempo é diminuto, e embora sejam realizados ensinamentos de preparação da alta para domicílio, acaba por ser insuficiente a fim de antecipar as reais dificuldades relacionadas com a permanência no domicílio. Esta lacuna poderá ser suprida com uma adequada preparação da pessoa para estar atenta às reais necessidades no domicílio,

nomeadamente alertá-la para eventuais dificuldades de forma a que sejam postas à prova diversos cenários. Assim, à chegada deve conseguir enumerá-las para que estas possam ser colmatadas. Como futura EEER, após a experiência adquirida em estágio sinto-me competente para preparar esta visita domiciliária e de modo mais eficiente e proveitoso para a pessoa e família, pois consigo antecipar dificuldades e propor soluções.

Esta informação é pertinente na medida em que permite a compreensão da articulação do serviço com outros serviços e com a comunidade, o que vai dar resposta à atividade: Recolha de informação pertinente que permita a articulação com outros serviços e com a comunidade.

Na ECCI, a articulação com outros serviços de apoio social passa pela articulação com a assistente social, e a maioria das altas são após a preparação da pessoa e do cuidador para a permanência em domicílio e reintegração de uma vida social ativa. Tal como demonstrado no relatório de monitorização da RNCCI do 1º semestre de 2018, a nível nacional 76% das altas foram para o domicílio (ACSS, 2018).

Comparando as duas realidades vivenciadas é notório o trabalho realizado pelo EEER na articulação com a equipa, na deteção das necessidades da pessoa e família e na preparação efetiva da alta, tal como descrito pelas competências do EEER, onde é mencionada a intervenção na educação das pessoas e família no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade proporcionando qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

Consegui perceber melhor a minha capacidade de observação, análise e concretização na articulação através de uma situação que aconteceu na MFR, durante a preparação da alta do Sr. E.

Desde a admissão que foi identificada a mãe como cuidadora de referência. Ambos vindos de São Tomé e Príncipe, a mãe, ficou a residir na casa de um filho (irmão do Sr. E.). O Sr. E. foi admitido na MFR porque existe um acordo com as antigas colónias portuguesas (Acordo de Cooperação Internacional entre o Estado Português e a República Portuguesa e Democrática de S. Tomé e Príncipe – Decreto nº 25/77, de 03 de março), e este acordo não inclui a integração na RNCCI, pelo que foi decidido em

equipa, que a alta seria para o domicílio assim, agilizei no plano de cuidados os ensinamentos à cuidadora e ao Sr. E, e incluí também o irmão que os ia receber.

Entre ensinamentos de preparação de alta, foi necessário informar a família dos recursos e opções existentes. O irmão, que vivia numa casa alugada, mostrou-se disponível a mudar de residência de modo a albergar a família com mais condições, pelo que foi informado da existência das normas técnicas para melhoria da acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada (Decreto-Lei n.º 163/2006), para que tivesse na sua posse toda a informação necessária durante a procura de casa. Conseguiu mudar-se para um apartamento com mais condições, pelo que o EEER teve um papel preponderante ao dar conhecimento das necessidades do Sr. E., como por exemplo a necessidade de elevador por dificuldade em subir e descer escadas, a largura das portas não se tornou relevante pois o sr. E. realiza marcha e não necessita de cadeira de rodas no domicílio.

A situação descrita mostra como tive por base o modelo do CCP onde é visível o trabalho realizado com o Sr. E. e família, partilhando a tomada de decisão, providenciando o cuidar de forma holística (McCormack & McCance, 2006), este modelo também é notório no discurso de Mauk (2006), que realça a necessidade de ouvir a pessoa e a família, envolvendo-os no processo de recuperação.

Com intuito de concretizar e alcançar este objetivo, encontra-se no apêndice 1 as atividades e os indicadores delineados para tal, que foram conquistados durante os estágios e reconhecidos aquando da avaliação, tendo alcançado níveis de resultados de aprendizagem no parâmetro – compreende a dinâmica de funcionamento do serviço e instituição e a articulação entre serviços e com a comunidade com evidência no papel de enfermeiro de reabilitação – de muito bom e excelente – avaliação dos orientadores em anexo 2.

Esta situação, entre outras durante o estágio, permitiu-me desenvolver as competências J1, J2, A2 e C1, especificamente: J1.1.5 – avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade; J2.2 – promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social; A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos; C1.1 – otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

Durante o estágio, tive a oportunidade de observar a enfermeira orientadora no seu cargo de coordenadora da UCC, como mencionado na introdução. Este facto, permitiu-me identificar as suas diferentes funções, nomeadamente: a responsabilidade do cargo, pois todas as decisões são da sua responsabilidade; a capacidade de organização de trabalho, na medida em que tem de ter em mente todas as necessidades, prioridades e tarefas a realizar, além de todas as solicitações a que tem de dar resposta e que surgem no decorrer do dia-a-dia; a necessidade de liderança na equipa de modo a manter um ambiente de trabalho promotor de boas práticas, com relações amistosas e facilitadoras do desempenho das funções; assim como a importância da proatividade para implementar projetos, motivar a equipa, receber estudantes, tanto de licenciatura como de especialidade de diferentes áreas, coordenar reuniões, partilhar conhecimento, entre outros. Todas estas atividades demonstram competências a nível da gestão de recursos humanos, de recursos materiais assim como de gestão de conflitos e resolução de problemas.

Considero importante definir liderança para conseguir explicitar como é que coloco em prática as diferentes competências adquiridas no meu local de prestação de serviços. Segundo Ribeiro (2019), o conceito de liderança implica a capacidade de influenciar os indivíduos, de modo a que estes se empenhem e se envolvam voluntariamente em determinados objetivos e metas. Este comprometimento com os resultados a alcançar depende do líder, das suas características, da sua capacidade de comunicação e de motivação e da sua capacidade de trabalho em equipa. A autora faz uma revisão das diferentes abordagens de liderança, e a conclusão a que chega baseia-se na capacidade de conduzir os outros a alcançar um nível de desempenho superior, a partir do conhecimento individual e da transformação positiva. Ribeiro (2019), mostra-nos que a liderança eficaz assenta em relações de proximidade. Isto, porque a liderança não se impõe. O processo de liderar com integridade implica confiança e respeito, partilha de informação, parceria e louvor. Cabe ao líder encorajar o pensamento individual, partilhar ideias e ser uma pessoa recetiva, que tem em conta o bem-estar da equipa (Ribeiro, 2019).

Presenciei várias situações em que identifico a enfermeira orientadora como uma profissional com qualidades de líder evidentes, que consegue salientar o melhor da equipa que tem a seu cargo, o que é evidente nos resultados obtidos e na classificação

da UCC a nível do cumprimento de objetivos e de indicadores. O que se tornou relevante no meu processo de aprendizagem pois dei por mim, enquanto responsável de turno, principalmente aos fins-de-semana, a reunir com a equipa de enfermeiros e auxiliares de modo mais consistente, de forma a questionar sugestões de melhoria pertinentes, a salientar os aspetos positivos e negativos no final do turno, a perguntar como se sentiam e a fazer observações dirigidas, para que no dia seguinte já não se verificassem.

Durante a prestação de cuidados diretos comecei a sugerir a alteração de certos comportamentos de forma a otimizar o treino de autocuidados. Por exemplo, se no treino de vestir e despir a pessoa tem risco de queda, mas necessita de algum tempo para realizar a tarefa (o que é complexo de gerir para a sra. assistente operacional que possui limitações a nível temporal pela multiplicidade de tarefas que lhe estão atribuídas), então, assumo a responsabilidade pela realização desse mesmo treino. Desta forma, ao avaliar a ajuda necessária e as estratégias a utilizar para prevenir a queda posso divulgá-las junto da equipa para que a intervenção seja mais segura e consistente, evitando a substituição da pessoa na realização das tarefas em questão.

Também consigo organizar de forma diferenciada os cuidados e reorganizo as prioridades com base num corpo de conhecimentos e numa atenção detalhada à pessoa alvo de cuidados. Faço questões pertinentes à equipa e noto que estou desperta para aspetos que, antigamente, talvez não desse tanta relevância. Por exemplo, a técnica de administração da inaloterapia, tenho feito formação de pares, sugerindo a alteração no modo como são administrados os inaladores e mostrando resultados. Os erros mais comuns na administração desta terapêutica é não agitar o inalador, não aguardar pelo menos 30 segundos a 1 minutos entre inalações e não incentivar a expiração antes da inalação, entre outros. Estes aspetos são modificáveis com a formação da equipa e com a explicação da técnica inalatória correta (Aguilar *et al.*, 2017).

Quando existe uma intercorrência e é necessário reestruturar a organização do turno, reúno a equipa e peço sugestões, partilhando a minha opinião. Deste modo após a análise de todas as sugestões, entramos em acordo para que os cuidados sejam assegurados da forma mais eficiente possível, chamando a mim a responsabilidade para a tomada de decisão mais adequada. Considero ser um elemento em quem a

equipa confia e reconhece competência para a tomada de decisão em diferentes situações. Remeto aqui para os padrões de qualidade do EEER (OE, 2018a), em que demonstro a procura permanente da excelência no exercício profissional, para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, julgo possuir as características necessárias para conseguir gerir e lidar com diversos aspetos relacionados com a prática diária, assim como a flexibilidade e capacidade de adaptação a diferentes realidades conseguindo utilizar os múltiplos estilos de liderança reconhecidos na literatura consoante as condicionantes exigidas no momento.

1.2. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao cliente e família na área de reabilitação motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação, da sexualidade

Neste objetivo é essencial fazer uma apreciação de cada pessoa tendo em conta a sua autenticidade, realizar a observação e a avaliação da pessoa e família de forma a identificar as necessidades de intervenção, para tal, é necessária uma atenção subtil para que as ações propostas façam sentido para a pessoa respeitando a sua vontade, limites e recursos (Hesbeen, 2003). Assim, a colheita de dados objetivos e subjetivos, a história clínica e familiar, assim como a identificação de fatores inibidores e facilitadores para a satisfação das necessidades específicas de cada pessoa e família são cruciais.

Para tal o preenchimento de instrumentos de colheita de dados, de escalas e instrumentos de avaliação funcional são ferramentas que vão permitir a elaboração e implementação de um plano de cuidados adaptado às necessidades da pessoa, assim como a sua avaliação e se necessário, reformulação do mesmo. Estes instrumentos permitem quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER (OE, 2016)

Por exemplo, durante o estágio em MFR, desenvolvi a prestação de cuidados com o Sr. E. – o plano de cuidados pode ser consultado no apêndice 2 – onde se pode observar a sua avaliação, com notas de evolução e intervenções específicas. Os resultados obtidos e a evolução positiva com ganhos em saúde a diferentes níveis foram registados através das notas e da aplicação de escalas. Seguidamente vou descrever a evolução do Sr. E. com base nas escalas utilizadas para a sua monitorização. As datas que distam as duas avaliações são respetivamente a avaliação inicial (27/09/2019) e a avaliação final (5/11/2019), o que equivale aproximadamente a cinco semanas e meia de intervenção.

A primeira avaliação, situava o Sr. E. na MIF com um score total de 73 pontos – dependência modificada (Assistência até 25% da tarefa) tendo evoluído para 88 pontos, o que o mantém na dependência modificada. No índice de Barthel com 35 pontos – grave dependência alcançou os 55 pontos, mantendo-se com grave dependência. Na escala de equilíbrio de Berg com 18 pontos - elevado risco de queda/ equilíbrio diminuído, atingiu os 39 pontos o que o coloca com risco de queda médio/ equilíbrio médio. Nas categorias funcionais da marcha iniciou com 0 e terminou com score 2 – marcha domiciliar. Estes dados revelam os resultados alcançados em 5 semanas, mostrando melhoria em todos os parâmetros. A avaliação deve ser o ponto de partida do EEER, assim sendo, também a avaliação neurológica foi realizada e, em conjunto com a interpretação dos resultados dos diferentes instrumentos de avaliação, permitiu direcionar as intervenções (Seixas, 2015). As intervenções estão especificadas no apêndice 2 como já foi mencionado, que incluem mobilizações passivas assistidas e ativas, nomeadamente a mobilização da articulação do ombro de modo a prevenir o risco do ombro doloroso na pessoa com AVC como preconizado por Veerbeek et al. (2014) numa revisão sistemática da literatura sobre a terapia motora pós AVC. Também associada à mobilização, e tendo em conta os princípios da estimulação sensorial, foi utilizada a imagem motora em que se pede à pessoa que imagine o movimento realizado, tal como mencionado por (Arya, Pandian, Verma & Garg, 2011). No apêndice 2 está espelhada a alteração da atenção do Sr. E e as intervenções individuais direcionadas para o seu treino, como por exemplo exercícios como “bater com a palma da mão na perna sempre que ouvir a letra A”. Este caso é um exemplo do desenvolvimento de competências na área motora, sensorial e cognitiva.

Na MFR foi possível participar em consultas de reabilitação pélvica-perineal, onde foi possível desenvolver competências na área da eliminação e da sexualidade. Como por exemplo uma das estratégias utilizadas pela EEER na consulta, e que tomei conhecimento no decorrer das aulas teóricas, foi o diário da eliminação. Enquanto estudante, questioneimei-me se seria realmente utilizado e não compreendia a sua utilização na prática. Neste momento, em que já assisti às dúvidas para o preenchimento do diário, e pude comprovar que as pessoas efetivamente o preenchem, e retornam à consulta com o diário preenchido, consigo alcançar o potencial real da realização do diário. Rocha e Redol (2017), consideram que o diário da eliminação, ao fornecer informação detalhada sobre número de micções, volume, número de perdas e episódios de urgência, é uma ferramenta importante para o EEER, que consequentemente irá delinear um plano de intervenção individualizado.

No futuro, considero que ao aplicar nas pessoas a quem presto cuidados no local onde trabalho, conseguiria direcionar e intervir de forma mais personalizada e assim, talvez fosse possível retirar a fralda e permitir que utilizassem a sua roupa interior. Bicalho e Lopes (2012), referem que a incontinência urinária gera implicações negativas em diferentes aspetos, emocional, social e económico, tanto para a pessoa que sofre de incontinência como para a família, amigos e cuidadores. Riemsma et al. (2017) corroboram que a incontinência urinária tem um impacto profundo no bem-estar e qualidade de vida assim como causa constrangimento social. Desta forma a intervenção adequada iria melhorar a sua autoimagem, bem-estar e qualidade de vida. No entanto Kohler, Mayer, Kesselring e Saxer (2017) num estudo qualitativo em pessoas após AVC conclui que abordar este tema é crucial, além de ter de ser feito com sensibilidade e empatia, pois é referido pelos participantes que os enfermeiros reagem com indiferença a um assunto que causa constrangimento e que muitas vezes evitam falar sobre o mesmo. Foi importante para o meu crescimento enquanto profissional e futura EEER, experienciar as consultas uma vez que me permitiu desenvolver competências para abordar o tema de diversas formas, assim como tenho o conhecimento necessário para saber dar resposta às possíveis situações.

Durante a consulta, eram também dadas estratégias e esclarecidas dúvidas sobre a implicação que as alterações das estruturas pélvicas poderiam ter durante a relação sexual, desenvolvendo competências ao nível da sexualidade, nomeadamente a

sensibilidade necessária para abordar as questões relativas a este tema. Como refere Lourenço (2017), a chave para intervir a este nível depende da “capacidade do enfermeiro em abordar o tópico sexual, providenciando uma discussão serena sobre o mesmo” (p.204).

Também na ECCI tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa e família com necessidade de reabilitação cardiorrespiratória, onde intervim com a Sra. A. com diagnóstico de síndrome de imobilidade. A intervenção com a Sra. A decorreu durante 4 semanas, os resultados alcançados são observáveis através da utilização de instrumentos de avaliação, como já mencionado anteriormente. Na primeira visita domiciliar recorri à utilização da Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia, a Sra. A caracterizou-a como pouco intensa – valor 4 em esforço. No plano de cuidados, estabeleci como objetivo a diminuição da sensação de dispneia em esforço para 2 segundo a mesma escala. Para tal instruí e treinei técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com respiração abdomino-diafragmática, com o objetivo de diminuir a sobrecarga muscular e a ansiedade e assim facilitar o controlo da respiração como preconizado por Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal e Maia (2017) e pela OE (2018b). Após a aplicação do plano de intervenção a avaliação da dispneia passou para leve – valor 2, conseguindo atingir o resultado esperado.

Este caso foi especialmente importante na minha aprendizagem uma vez que a dispneia está muitas vezes presente nas pessoas a quem presto cuidados. Saber realizar uma avaliação concisa e eficaz, assim como conseguir instruir e treinar técnicas que permitem à pessoa sentir-se em controlo pleno da sua respiração, é essencial para a prestação de cuidados de excelência, além de que esta aprendizagem sob orientação permitiu-me desenvolver a competência de forma segura e permitindo-me sentir confiança ao intervir. Com isto quero explicitar que foi relevante para mim desenvolver estas competências em ambiente seguro (durante o estágio) pois só assim considero ser possível desenvolvê-las de modo independente como futura EEER.

Relativamente à área da alimentação, na MFR, relembro uma situação relativamente ao Sr. J com diagnóstico de disfagia a líquidos. A disfagia pode ter origem na alteração do funcionamento das estruturas que compõem a deglutição, ou pode ser um efeito

secundário à toma de alguns medicamentos tais como anticolinérgicos, benzodiazepinas e relaxantes musculares (Braga, 2017a).

O Sr. J chegou ao refeitório à hora de almoço, onde lhe foi servida a refeição e um copo com água. O Sr. J trazia consigo o espessante, que eu ajudei a colocar no copo e a ajustar para consistência mel. Segundo Braga (2017a), ao utilizar espessante deve-se ter em conta a indicação do fabricante uma vez que para a obtenção de diferentes consistências como néctar, mel ou pudim a quantidade de espessante pode variar. A solução obtida deve ser homogénea, não deve conter grumos e a sua preparação não deve ser com muita antecedência pois a consistência pode ficar alterada (Braga, 2017a). Validei com o Sr. J as manobras de proteção da via aérea (Braga, 2017b), e supervisionei a ingestão hídrica. A esposa chegou quando a refeição estava a meio, é a cuidadora de referência, pelo que validei também com ela as manobras de proteção da via aérea assim como os sinais de aspiração silenciosa e deleguei a supervisão. Mantendo-me atenta a qualquer intercorrência e disponível para o esclarecimento de eventuais dúvidas que pudessem surgir. Braga (2017a) salienta que “a aspiração silenciosa pode estar presente em cerca de 25 a 30% da pessoa com disfagia” (p.184). Os sinais de alerta incluem: tosse, regurgitação nasal, dispneia, alteração no som respiratório, lacrimejo, rubor facial, pigarrear, entre outros (Braga, 2017a). A refeição do Sr. decorreu sem intercorrências, o que demonstra a efetividade dos ensinamentos realizados/validados, tendo sido possível capacitar a esposa com sucesso, concedendo-lhe autonomia na supervisão da alimentação do marido.

Não me foi possível realizar a avaliação da deglutição neste contexto, contudo fi-lo no meu serviço com a EEER, após aula teórica e consequente estudo, realizei a avaliação da deglutição e o treino com as diferentes consistências como preconizado por Braga (2017a). O mesmo autor refere que avaliação da deglutição é um processo complexo que implica componentes voluntárias e reflexas. Efetivamente esta avaliação exige competências a vários níveis que considero ter atingido. Segundo Neves et al (2019), existe uma percentagem de 34% de pessoas com disfagia na UMDR, e uma percentagem de 37.1% na RNCCI, sendo a presença de disfagia considerada como o terceiro maior fator de complexidade de cuidados (fatores definidos pela equipa de estudo). Pelo que é uma intervenção recorrente no meu local de trabalho onde apenas uma EEER está a prestar cuidados. Futuramente seremos

duas enfermeiras na equipa com competências para a avaliação e intervenção permitindo um acompanhamento mais regular.

Todas estas situações demonstram a aquisição de competências específicas: J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. E ainda vai de encontro às competências comuns referentes ao domínio da melhoria contínua da qualidade – B3 – garante um ambiente terapêutico e seguro. Na medida em que para toda e qualquer prestação de cuidados de excelência, é imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes uma envolvência adequada ao bem-estar e capaz de gerir o risco.

2. COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO DO EEER NA CAPACITAÇÃO PSICOEMOCIONAL DA PESSOA COM AVC PARA A PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE

De forma a justificar a aquisição de competências de intervenção como EEER na capacitação psicoemocional da pessoa com AVC para a promoção da funcionalidade, enquadro dois objetivos específicos com subcapítulos. Descrevo, reflito, analiso e demonstro a minha capacidade de integração de conhecimento de modo a sustentar a minha prática concretizando os objetivos e dando ênfase ao tema deste relatório.

2.1. Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC e sua família

Para a concretização deste objetivo irei basear-me especialmente nos casos que acompanhei durante o estágio na MFR, o motivo será discutido posteriormente no capítulo da avaliação global.

Pessoalmente, tracei como objetivo conseguir realizar a avaliação neurológica de forma sistematizada e congruente e, desta forma pretendia interiorizar a intervenção para a realizar de forma independente. Esta necessidade pessoal deve-se ao facto de, no meu local de trabalho, o AVC ser uma das patologias mais frequentes e assim, a avaliação neurológica da pessoa ser uma constante, pelo que me senti responsável por saber realizá-la.

A pessoa com AVC tem de ser avaliada corretamente e regularmente porque existem défices que não são facilmente detetáveis, o que pode consequentemente levar a uma prestação de cuidados menos individualizada e menos dirigida. Seixas (2015) refere que embora consoante a localização da lesão neurológica, se possa esperar encontrar determinados deficits, por vezes existem já lesões antigas em outras regiões que

espelham alterações que não se estaria à espera. A avaliação completa vai permitir realizar um plano de cuidados cada vez mais personalizado e individualizado.

Tive a oportunidade de o fazer nomeadamente durante a realização do plano de cuidados onde pode apreciar-se a avaliação neurológica do Sr. E em apêndice 2. Para tal, utilizei os recursos existentes no serviço de MFR. Posteriormente, na ECCI identifiquei falta de recursos específicos para a avaliação neurológica, tendo procurado, em conjunto com outra mestranda do mesmo curso a realizar estágio no local, dar resposta a essa situação. Assim, foram reunidos os materiais essenciais à realização de uma avaliação neurológica completa. Estes ficaram disponíveis numa caixa identificada permitindo que as enfermeiras de reabilitação a pudessem utilizar nas avaliações nos diferentes domicílios.

Durante o decorrer do estágio tive a oportunidade de incorporar *The Mauk Model of Poststroke Recovery*, já explicado na introdução deste relatório. A utilização deste modelo permite-me uma visão privilegiada sobre a pessoa, com uma direcionalidade diferente, e, ao discutir este modelo com a orientadora clínica apercebi-me da importância que seria apresentá-lo à equipa uma vez que estes profissionais contactam diariamente com a pessoa que sofreu AVC e que está em processo de reabilitação. Ao fazê-lo, demonstrei um papel ativo tanto na melhoria continua da qualidade como na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa, tal como preconizado pelas competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019).

A identificação da fase correta de cada pessoa vai acrescentar à intervenção detalhes importantes na compreensão da sua situação saúde doença e vai permitir intervir com os familiares e explicar-lhes as mudanças à luz deste modelo de modo a que estes saibam o que esperar e reconheçam normalidade no discurso mais angustiado, da fase de *Realizing*, por exemplo (Mauk, 2006).

Assim, realizei a apresentação do estudo de caso com a explicitação do modelo à equipa, e obtive feedback positivo e questões pertinentes durante a apresentação. Os enfermeiros presentes mostraram-se interessados e revelaram que, durante a exposição oral conseguiam associar a situações ocorridas no dia-a-dia, isto é, o modelo explana situações já vivenciadas e onde a resposta da equipa pode agora ser

mais consistente e individualizada uma vez que o modelo sugere algumas intervenções norteadoras para a consecução da tarefa de cada fase. Consideraram o plano de cuidados bem elaborado, e no final, falamos inclusive de outras pessoas com diagnóstico de AVC, com o intuito de validar em que fase estaria essa pessoa e porquê. Durante esta discussão compreendi que, a utilização do modelo é realmente norteadora, e foi visível nos enfermeiros presentes a associação de ideias entre o seu dia a dia e as conclusões de Mauk (2006).

Com esta atividade demonstro aquisição de competências comuns referentes ao domínio da melhoria continua da qualidade – B1 – garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, nomeadamente na promoção e incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados e na cooperação na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC tive a possibilidade de utilizar a *mirror therapy* – que consiste na colocação de um espelho entre os membros superiores ou inferiores de modo a que a imagem do movimento do membro não afetado dê a ilusão de um movimento normal no membro afetado, de forma a possibilitar a estimulação de regiões diferentes do cérebro (Gandhi, Sterba, Khatteer, & Pandian, (2020); Hamzei, Erath, Küchung, Weiler & Rijntjer, 2019; Thieme et al., 2018).

Este exercício, através da estimulação visual, tendo em conta que cria a ilusão que o membro se consegue mover, aumenta a excitabilidade córtico-muscular e estimula a recuperação motora. Tem como resultados documentados a melhoria da função motora, assim como aumento na capacidade de realização das atividades de vida diária (Gandhi et al., 2020; Thieme et al., 2018). Segundo este autor, as sessões preconizadas para que haja efetivamente resultados palpáveis, são 5 vezes por semana, 30 minutos por sessão durante 4 semanas (Thieme et al., 2018). Na revisão de literatura realizada por Gandhi et al., (2020) a duração da intervenção pode variar entre 3 a 8 semanas com sessões entre 20 a 45 minutos, entre 3 a 5 vezes por semana. Este autor concluí que este método revela melhorias a nível motor, sensorial

e perceptivo tanto em fases agudas, subagudas como crônicas e que a inclusão do treino bilateral aumenta positivamente os resultados obtidos (Gandhi et al., 2020).

Por esta não ser uma atividade delineada, nem algo que tivesse planeado, mas uma novidade, um exercício que me foi proposto e sobre o qual necessitei de ir estudar, não consegui, durante o estágio organizar-me de modo a cumprir as sessões preconizadas pela literatura. Nem tão pouco o tempo de estágio o permitiu, pelo que considero esta limitação na minha atividade ao desenvolver este exercício em particular. Atualmente, ao analisar e refletir sobre esta aprendizagem pude realizar uma pesquisa mais aprofundada sobre o tema que irá suportar a minha ação futura como EEER.

No entanto, a oportunidade de desenvolver a *mirror therapy* permitiu-me compreender como o utilizar. Nomeadamente, a importância da necessidade de um ambiente controlado com diminuição de estímulos que provoquem distração, a colocação do espelho, a orientação da tarefa, providenciar o tempo necessário para a pessoa se adaptar à imagem refletida e permitir a descrição do que está a visualizar. Bem como, realizar ensinamentos à família e pessoa sobre como realizar o exercício autonomamente e, posteriormente ao domicílio (Gandhi et al., 2020; Hamzei et al., 2019; Thieme et al., 2018). Sendo esta uma das vantagens referidas pelos autores pois apenas com o auxílio de materiais simples como o espelho esta atividade é passível de ser reproduzida no domicílio, após os ensinamentos ao cuidador (Thieme et al., 2018).

Com esta atividade, e com base na autoformação continuei a aprofundar o conhecimento para aplicar posteriormente na minha prática clínica, demonstro assim que estou a adquirir competências específicas como futura EEER, particularmente em J3 – maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa especificamente a nível motor potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal.

2.2. Capacitar o cliente e família em processo de recuperação pós AVC a lidar com as alterações psicoemocionais para promover a funcionalidade

À semelhança do objetivo anterior, para a sua concretização irei basear-me especialmente nos casos que acompanhei durante o estágio na MFR, o motivo será discutido posteriormente no capítulo da avaliação global.

A revisão *scoping* realizada no projeto de estágio – descrita em apêndice 1 – tem como conclusões que o estado psicoemocional afeta a funcionalidade da pessoa após AVC (Gittler & Davis, 2018; Kutlubaevev & Hackett, 2014; Nunes & Queirós, 2017; Towfighi et al., 2017). Durante a realização do estágio pude observar alguns indicadores de tais conclusões, nomeadamente uma situação em particular que aconteceu com o Sr. E. já mencionado no capítulo anterior, que passarei a descrever.

Durante as diferentes intervenções com o Sr. E., tentei localizá-lo nas fases da Mauk (2006), guiar a entrevista de modo a que a identificação fosse a mais correta, e assim conseguir intervir de forma mais individualizada e direcionada para as suas verdadeiras necessidades.

Na primeira semana de intervenção com o Sr. E. admiti que este estaria na fase *Blending* (Mauk, 2006). Além do espaço temporal já decorrido (episódio em maio de 2019, primeira avaliação em 27 setembro), o seu discurso demonstrava uma tentativa para se ajustar à mudança, disponibilidade para aprender e para se adaptar – “eu tenho vontade de aprender, eu quero ser independente outra vez” (SIC). Três dias depois, durante a intervenção, quando tinha dificuldade no vestir, verbalizou sentir-se frustrado por não conseguir realizar a atividade de forma correta à primeira: “eu fico chateado por não conseguir, mas eu estou a tentar” (SIC) e enquanto refere isto, suspira, e tem movimentos grossos e uma atitude quase derrotista, apesar da verbalização da tentativa. Noutras alturas, refere: “eu vou conseguir” (SIC). Este discurso, sugere que a pessoa esteja na fase mencionada (Mauk et al. 2011, Mauk, 2006). Como refere Mauk (2006), as competências clínicas de avaliação do EEER permitirão determinar a fase de recuperação da pessoa com AVC.

Perante esta situação procedi à intervenção, tendo em conta as intervenções delineadas por Mauk (2006) que evidenciam a abordagem centrada na pessoa, integrando a compreensão da pessoa e da doença e um acordo mútuo sobre o plano de recuperação como preconizado por Jayadevappa e Chhatre (2011). Para me sentir segura na intervenção, e por ser a primeira vez a usar o modelo, necessitei de estar focada, realizei a entrevista e a intervim de modo muito criterioso, estava preocupada em estruturar o pensamento, e em reconhecer o descrito por Mauk (2006). Para tal, precisei de me embrenhar no papel de estudante e instruir-me previamente para conseguir compreender cada etapa e o quadro conceptual exposto.

Por exemplo, perante um episódio de frustração e de erro na técnica para realizar a tarefa é importante: encorajar a persistência e a perseverança na reabilitação (Mauk, 2006), para operacionalizar esta intervenção, utilizei o *feedback* positivo e a confrontação com os ganhos adquiridos. Segundo Guimarães e Boruchovitch (2004), para aumentar e/ou promover a motivação intrínseca é necessário que exista a percepção de autonomia a par com o sentimento de competência, precisamente o que o *feedback* positivo em conjunto com o espelhar dos resultados atingidos proporciona. Quando o Sr. E. demonstrava dificuldade na execução da tarefa era também relevante incentivar e motivar a aprendizagem de novas competências (Mauk, 2006). Neste caso em específico, através da criação de um ambiente propício à aprendizagem e da transmissão da confiança necessária para que pudesse existir espaço para o erro, para a tentativa falhada, para melhorar a técnica, e não esquecendo de valorizar os ganhos obtidos de dia para dia. A sua disponibilidade e vontade de aprender permitiu-me focalizar nos ensinamentos de enfermagem, tarefa principal nesta fase (*Blending*), para que o Sr. E. atingisse positivamente a sua tarefa específica – Adaptação (Mauk, 2006).

Após mês e meio de intervenção, tive a confirmação, que tinha feito uma análise acertada. Fui despertar o Sr. E. e ao iniciar a intervenção costumo questionar como passou a noite. Pela primeira vez o Sr. E. respondeu-me que não tinha passado muito bem, que tinha tido um sonho “esquisito” (SIC). Sonhara que o AVC não tinha ocorrido e que estava em São Tomé e Príncipe a trabalhar, como antigamente. Perguntei-lhe se queria ser mais detalhado e contar-me o sonho. Respondeu-me que não queria falar mais do assunto e que queria trabalhar nos exercícios. Questionei se preferia descansar, se queria que lhe desse algum tempo para despertar antes da intervenção,

e que não havia nenhum problema em priorizar o descanso, ou iniciar mais tarde. Disse-me que não, e iniciou as automobilizações no leito de forma autónoma.

A restante intervenção decorreu de forma linear, no entanto, pouco depois de ter iniciado os exercícios no Serviço de Fisioterapia, regressa ao serviço MFR com queixas de cefaleia intensa, obrigando-o a descanso no leito. Em termos hemodinâmicos não havia alterações, contudo, este episódio aparenta ter sido uma manifestação física intensa originada por sofrimento psicológico, como destaca Damásio (1996) a "coleção de mudanças no estado do corpo que são induzidas numa infinidade de órgãos através das terminações das células nervosas sob controlo de um sistema dedicado, o qual responde ao conteúdo dos pensamentos relativos a uma determinada entidade ou acontecimento" (p.153).

Ao almoço, fui chamada, junto com a Enfermeira C. (orientadora de estágio), porque o Sr. E. estava a ter um episódio de labilidade emocional junto da mãe. Abordámos o Sr. E. que verbalizou que o sonho o tinha deixado “abalado” (SIC) e que o facto de se sentir em baixo, e não ter conseguido realizar marcha na fisioterapia o tinham deixado frustrado. Sentia-se triste com ele próprio por não estar a alcançar os objetivos, mas sabia que tinha de gerir um dia de cada vez. Sentia que tinha o apoio da família, da mãe, do irmão, e tinha consciência dos ganhos que tem vindo a obter diariamente. Verbalizou ainda preocupação com o futuro. E neste momento, a Enf. C. interveio e relembrou que embora não pudesse voltar a ser motorista, tinha um curso de gestão empresarial e que poderia tentar enveredar por esse caminho. E o Sr. E. assentiu, dizendo que talvez até no próprio ministério da saúde houvesse essa oportunidade. Ficou assim mais tranquilo, e na companhia da mãe, iniciou a refeição.

Desde que estudei o modelo de Mauk (2006) que sinto que a identificação das diferentes fases, em diferentes pessoas, é desafiante. Durante a situação em si, senti que durante as diversas intervenções com o Sr. E. tinha, efetivamente, conseguido dar resposta. Reconheci que o facto de ter realizado as intervenções preconizadas pelo modelo fizeram com que o Sr. E. tivesse abertura para expressar os seus sentimentos, para nos descrever o sonho e o que experienciou após o mesmo. O reconhecimento e a validação desta fase como sendo essencial permite uma adaptação saudável (Mauk, 2006)

Constatei ainda que estava a interpretar a descrição e a verbalização do episódio de forma diferente das pessoas presentes, por ter conhecimento do modelo e por reconhecer que tudo o que estava a acontecer, descrito pela teórica, é perfeitamente comum, sendo que o nosso papel deve ser o de encorajamento e suporte emocional assim como de validação da situação. Como estudante que tenciono ser durante toda a vida, considero estas aprendizagens de extrema relevância, uma vez que ao aprofundar o conhecimento a par da experiência na prática diária, irei cada vez mais conseguir dar resposta à pessoa com AVC durante o processo de recuperação com base numa avaliação detalhada e interpretação mais individualizada e aprofundada da mesma, melhorando continuamente os cuidados (Mauk, 2006).

Esta situação fez-me refletir sobre o que li e desenvolvi sobre o modelo de Mauk (2006). Ao analisar este episódio, é notório que este se enquadra no que está descrito pela autora. O sonho é claramente um retrocesso às primeiras duas fases mencionadas pela autora – *Agonizing* e *Fantasizing*.

Clarificando, *Agonizing* – fase que constitui o primeiro estágio da recuperação, aqui a tarefa do indivíduo é sobreviver ao evento, enquanto lida com sentimentos de medo, choque/surpresa, de perda de dúvida e negação (Mauk, 2006; Mauk, et al., 2011). *Fantasizing*, que implica sentimentos onde os sobreviventes acreditam numa recuperação total, isto é, têm a fantasia (ilusão) de que os défices serão todos resolúveis e que é possível voltar à condição pré AVC. Esta fase é considerada como a miragem da recuperação, não correspondendo à realidade (Mauk, 2006; Mauk, et al., 2011). A autora diz que podem existir momentos em que há um regresso às primeiras fases, o que não significa que estas não tenham sido ultrapassadas, podem, no entanto, surgir como se fossem sombras (Mauk, 2006, Mauk et al., 2011). Nos registos anteriores, não há descrição da vivência destas fases, o que seria importante para compreender como foram experienciadas. Tal pode dever-se à transmissão muitas vezes insuficiente da informação entre países e há diferença existente na prestação de cuidados.

Embora o senhor demonstre este retrocesso, esta sombra das fases anteriores, tal é expectável, segundo Mauk (2006) e até positivo porque demonstra como o Sr. E. está a lidar com a situação, e não é de uma forma negativa. Embora o senhor verbalize sentimentos de frustração e de alguma inquietude relativamente ao futuro, não o vive

negativamente pelo que aparenta ser uma vivência positiva a ocorrência deste episódio. Se considerarmos a abordagem interpessoal da regulação das emoções, em que 90% das conversas entre adultos se baseiam em acontecimentos que implicam emoções (tanto positivas como negativas), podemos considerar esta partilha como sendo útil para a regulação das emoções e consequente recuperação emocional, desde que exista, em associação, uma forma de trabalho cognitivo (Rimé, 2012). Este trabalho cognitivo vai permitir reduzir o impacto emocional da experiência e reestruturar os significados associados a esse episódio (Rimé, 2012). O que justifica uma vivência positiva.

Como descrito anteriormente com base no descrito por Damásio (1996), a cefaleia que aconteceu na fisioterapia sugere-se como uma confrontação com os défices e, por isso com a fase de *Realizing*, em que durante o treino de marcha o Sr. E. tem uma manifestação física intensa, o que revela fadiga, um sintoma claro desta fase (Mauk, 2006, Mauk et al., 2011). É neste momento que o indivíduo enfrenta de forma realista as suas limitações e a situação como ela se estabelece, compreendendo na perfeição que os défices, na sua maioria, serão permanentes. Nesta fase, sentimentos de raiva, fadiga e depressão são mais comuns, assim como a sua perceção da realidade se vai tornando mais clara. Esta fase é das mais importantes, a partir desta não existe mais negação da ocorrência do AVC (Mauk, 2006, Mauk et al., 2011).

Já o discurso final em que o Sr. E. relativiza o sonho e refere notar melhorias, parece demonstrar que a fase dominante é a *Blending*, em que existe um mesclar da vida anterior ao AVC com o momento presente e com as expectativas do futuro. Nesta fase, quando aparece a esperança, os ensinamentos tornam-se especialmente relevantes. Situação que parece ter ocorrido com o Sr. E., visto que se sentiu disponível para aprender e adquirir estratégias adaptativas à sua condição específica (Mauk, 2006, Mauk et al. 2011). Tal é demonstrável através da evolução positiva que veio a evidenciar durante o internamento. A título de exemplo é de realçar a evolução da MIF motor – a 27/09 – 42 pontos e a 5/11 com 57 pontos, ou da escala de Barthel - a 27/09 – 35/100 pontos e a 5/11 – 55/100 pontos - demonstrada no estudo de caso entregue e apresentado em orientação tutorial (apêndice 2).

Esta situação em específico é facilmente retratada pelos estudos incluídos na revisão *scoping* já mencionada na medida em que:

Tramonti, Fanciullacci e Giunti (2014), num estudo que analisa a associação entre o estado funcional e diferentes avaliações da qualidade de vida, onde é considerado o papel das estratégias de *coping*, do suporte social e *psychological distress*, concluem que é evidente que os fatores psicossociais são de extrema importância no processo de recuperação. Também o apoio psicológico para o sobrevivente ao AVC e família devem ser providenciados durante as diferentes etapas do processo de recuperação. Tal como evidenciado durante a descrição da situação e de acordo com as intervenções sugeridas por Mauk (2006).

Este apoio pode ter especial importância numa fase final da recuperação, em que o indivíduo regressa ao seu ambiente, conseguindo perceber o real impacto das limitações físicas decorrentes do evento, na recuperação e execução dos seus papéis na família e sociedade, e as adaptações necessárias, como a preparação para a alta já mencionada neste relatório.

Matsuzaki, et al., (2015) concluem, num estudo prospetivo sobre a relação entre depressão e a recuperação funcional, que a depressão e a apatia podem ocorrer de forma independente após o AVC e que podem, individualmente, influenciar a recuperação funcional, de forma negativa, isto é, relacionam-se a piores resultados a nível funcional. Aqui é de referir que o Sr. E. não se encontrava sob administração de terapêutica antidepressiva, no entanto, outras pessoas às quais tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, encontravam-se sob este tipo de terapêutica. Tal sugere ir ao encontro de Mauk et al., (2011) quando relacionam a quantidade de tempo despendido nas fases *Agonizing* e *Fantasizing* ser facilitada pela idade e as experiências de vida, entre outros fatores. É de destacar que o Sr. E. tinha trinta e cinco anos, e as outras pessoas tinham idade superior a cinquenta e cinco anos.

Huang et al., (2014), num estudo transversal, mostram-nos que a irritabilidade e sentimentos de desamparo podem reduzir a motivação para aderir ao programa de reabilitação e afetar diretamente a recuperação funcional. Mauk (2006) identifica estes sentimentos e intervém diretamente na origem de modo a proporcionar a conclusão da tarefa associada à fase – neste caso – fase *Realizing*, sendo a tarefa enfrentar a realidade e a intervenção major de providenciar suporte emocional e psicossocial.

Estes autores Huang et al., (2014), identificam a perda de controlo, incerteza sobre o futuro e falta de estratégias de *coping* como causas primárias para problemas psicoemocionais. Também Mauk (2006) identifica estas causas e intervém nas mesmas, como já foi explicitado.

Tendo em conta o descrito por Mauk et al., (2011), que realça que os estudantes em contacto com pessoas com AVC não tiveram dificuldades em reconhecer a maioria das fases, havendo apenas alguma dificuldade em diferenciar a fase *Blending* da fase *Owning*. Ao situar-me como estudante, não senti especiais dificuldades em reconhecer as diferentes fases em pessoas com AVC a quem presto cuidados diariamente na UMDR. Julgo que o facto de esta ser uma área de interesse desde a licenciatura, assim como de contacto frequente há praticamente cinco anos, em conjunto com o estudo desenvolvido durante o percurso de mestranda, facilitou o interiorizar e a compreensão deste modelo.

A concretização das atividades delineadas para este objetivo está esplanada nos parágrafos anteriores e em todo o meu percurso de estágio, e demonstram a aquisição das competências: D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica; J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

3. AVALIAÇÃO DO TRABALHO DESENVOLVIDO

Avaliando o meu desempenho ao longo deste percurso é de realçar os pontos fortes, nomeadamente as excelentes oportunidades que tive ao longo dos estágios relativamente à riqueza na diversidade de experiências. Desde prestar cuidados especializados a pessoas com patologias no âmbito da neurologia e ortopedia, com lesões vertebro medulares, em consulta pélvi-perineal, e ainda tive a experiência de orientação clínica com a enfermeira coordenadora da ECCI que me permitiu desenvolver competências de gestão e de liderança, como já descrito nos capítulos anteriores e que foi específico do estágio realizado.

Um dos aspetos menos bons foi não ter a oportunidade de dar continuidade à aprendizagem que já tinha iniciado na pós-graduação em enfermagem no desporto, teria sido uma experiência interessante ter prestado cuidados à pessoa com lesão desportiva e alterações do âmbito da ortotraumatologia. Também não foi possível dar continuidade à aplicação do modelo de Mauk (2006) por não existirem casos de AVC durante o estágio de ECCI. Este é o motivo pelo qual o capítulo dois se baseia essencialmente nas experiências obtidas na MFR. E é esta principal dificuldade sentida ao longo desta jornada. No entanto, e como já foi referenciado e explicitado, foram desenvolvidas outras competências essenciais para a minha atuação como futura EEER.

Outra adversidade sentida ao longo deste trajeto é de índole pessoal, uma característica interna que precisei aprender a gerir. Desde início que o modelo apresentado me era percebido e compreendido facilmente, porém encontrei dificuldade em explicá-lo oralmente e por escrito às outras pessoas. Para tal, necessitei de desenvolver a minha capacidade de expressão oral e escrita assim como a minha capacidade de análise. Este é um ponto que a professora orientadora apontou como de grande desenvolvimento durante o estágio.

Para a aquisição de competências baseei a minha intervenção numa prática profissional ética e reflexiva. Para a sua concretização, durante o projeto de estágio delineei dois objetivos que serviram de suporte a todo o percurso. Um relativamente a uma intervenção assente em princípios éticos e deontológicos e outro referente à análise do processo de aprendizagem. Passo a explicitá-los nos subcapítulos

seguintes. Nestes é também espelhada a aquisição das competências de domínio A – responsabilidade profissional ética e legal e D – desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1. Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação

Como profissional de enfermagem e nesta situação como estudante de mestrado e especialidade, tem-se a responsabilidade ética e deontológica de respeitar as normas legais, os direitos humanos e as responsabilidades profissionais durante o exercício da função em todos os contextos a todas as pessoas, pelo que, em toda a minha prática desenvolvo competências ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal – A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante toda a atuação tive a preocupação constante de respeitar a privacidade, valores, costumes e crenças pessoais e religiosas da pessoa. Para tal, foi imprescindível guiar a entrevista de forma a conhecer os valores e costumes da pessoa para conseguir ir de encontro aos seus hábitos. Durante as visitas domiciliares, este ponto tornou-se facilitador, uma vez que a intervenção acontecia no espaço pessoal da pessoa, e desta forma os cuidados com a privacidade estavam salvaguardados, enquanto que em ambiente hospitalar este cuidado foi redobrado, e deve ser acautelado, tendo em atenção pormenores que faziam a diferença, como bater à porta antes de entrar num quarto mesmo sendo este de seis pessoas. Respeitar o correr das cortinas, não assumir a unidade como um espaço comum do serviço, mas como sendo o espaço da pessoa, foram outras das preocupações presentes aquando dos cuidados que prestei. E ainda ter em atenção o tom de voz, manter a conversa privada, dar espaço e proporcionar momentos de privacidade se a pessoa assim o desejasse.

Deodato (2006) salienta que:

o nosso compromisso enquanto enfermeiros é o de prestar cuidados que promovam o bem-estar das pessoas no respeito pelos seus direitos, pela sua dignidade, num agir referenciado pelos valores profissionais e fundamentado nos princípios éticos e nos deveres enunciados no Código Deontológico, no sentido da excelência e da segurança dos cuidados (pp. 30).

O mesmo autor faz ainda alusão ao facto de que a discussão em equipa dos casos difíceis constitui um excelente exercício na procura da melhor resposta pois os mais experientes têm oportunidade de ajudar a reflexão dos mais novos e facilitar o desenvolvimento de competências de tomada de decisão ética (Deodato, 2006). Esta é uma prática que considero acontecer aquando da passagem de turno e da reunião de equipa e que foi presenciada em ambos os contextos de estágio, e que me faz lembrar o que acontece no meu local de trabalho, onde recebemos muitas vezes profissionais recém-licenciados, e em que a discussão entre pares é um local privilegiado para que estes exponham as suas preocupações e apreensões. Tal aconteceu comigo, enquanto recém-licenciada, recorria muitas vezes à passagem de turno para com a sabedoria dos profissionais mais experientes aprender a lidar com situações que se apresentavam como emocionalmente exigentes.

A reflexão diária das práticas pode por vezes ser influenciada pelas respostas mais usuais da equipa em que estamos inseridos, Deodato (2006) desafia-nos a realizar um esforço por prolongar a reflexão e iniciar um verdadeiro processo de tomada de decisão ética, para tal é necessário identificar os princípios ou deveres implícitos nas mais diversas situações, e quando necessário atuar através do princípio da “concordância prática” em que, perante um conflito não se deve hierarquizar os direitos consagrados na Constituição, deve-se antes procurar uma solução que concilie o exercício dos dois não perdendo o essencial de cada um (Deodato, 2006).

Explicitando, durante o estágio em ECCI, uma das pessoas a que a equipa prestava cuidados aguardava vaga na RNCCI para descanso do cuidado. E aquando das visitas, nunca se encontrava o mesmo cuidador, a porta do quarto estava sempre encostada, o que pode sugerir que o acompanhamento familiar não seria o mais adequado. Porém, tomar a atitude de confrontar os cuidadores poderia levar a uma rejeição da presença da equipa no domicílio, o que nos iria impossibilitar vigiar o estado de saúde da pessoa. Assim, tendo em conta que estava a aguardar vaga, optou-se em equipa por manter uma vigilância apertada, por incentivar o cuidado à

senhora de forma subtil, não pressionando a família e mantendo a visita domiciliária. Esta decisão foi sustentada em equipa na reunião semanal e foi promovido o diálogo e reflexão da equipa, como sugerido por Deodato (2006).

Demonstro assim desenvolvimento de competências do domínio A – Responsabilidade profissional, ética e legal.

3.2. Analisar processo de aprendizagem efetuado

Durante todo o percurso procurei realizar uma reflexão diária das práticas, quer em contexto de estágio, quer em contexto da minha atual situação profissional. Tal, porque só a reflexão sobre a prática permite a mudança (Sousa, Martins & Pereira, 2015), e a mudança é o que vai permitir introduzir na minha prática diária as aprendizagens e as competências adquiridas para a prestação de cuidados como EEER. É preciso destacar que durante os estágios existe uma dualidade de papéis, tanto sou estudante de ER como sou enfermeira generalista. Este facto torna-se relevante porque à medida que vou adquirindo conhecimento este não é posto de parte durante a minha ação no meu local de trabalho, como já foi descrito em capítulos anteriores a partir dos exemplos expostos.

A parte fácil é a procura e aquisição de conhecimento, aprender novas temáticas, estudar novos assuntos. Uma pessoa curiosa que tenha técnica de pesquisa e que saiba como encontrar fontes fidedignas consegue encontrar informação que lhe dá suporte para uma prática cada vez mais especializada e dirigida. O difícil é conseguir efetivar o que se estudou na teoria, é projetar nas intervenções e colocar no terreno as competências adquiridas, tal como salientam Baixinho et al. (2019), “o conhecimento que surge das múltiplas investigações que são feitas na saúde demoram algum tempo a produzir melhorias, ou pelo menos, alterações nas práticas, tanto dos profissionais de saúde, como dos clientes desses cuidados” (p.89).

Neste momento, procuro ser um elemento ativo de mudança nos contextos em que estou presente, partilhando as minhas aprendizagens, no sentido do enriquecimento da equipa e mudança para a excelência do exercício profissional.

Segundo Boterf (2006), um profissional ter competências não o torna competente, mas a capacidade de mobilizar essas competências de modo pertinente numa determinada situação revela a sua competência.

“Refletir sobre a realidade constituirá um primeiro passo para a poder modificar” (Sousa et al., 2015 p.56). Segundo Boterf (2006), o profissional competente é capaz de agir eficazmente, numa determinada situação, porque compreende a razão pela qual atua de determinada forma e como deve atuar. Esta capacidade exige que o profissional consiga distanciar-se das situações e das suas práticas de modo a refletir sobre as mesmas. A análise da sua prática é o que vai permitir reconhecer eventuais falhas, as formas de as corrigir e vai tornar a ação cada vez mais justificada (Boterf, 2006).

A concretização da reflexão em jornais de aprendizagem permitiu-me melhorar a capacidade de distanciamento das situações quotidianas em prestação de serviço e analisá-las cada vez com mais aprofundamento da questão. Para tal, organizei-me de modo a realizar um jornal de aprendizagem por semana, o que foi estruturante para manter uma reflexão assídua das diversas experiências vivenciadas o que contribuiu positivamente para a minha prática. Não considerei pertinente apresentá-los a todos em apêndice, pelo que seleccionei os mais apropriados para a temática em estudo, nomeadamente o apêndice 3 sobre a pessoa com patologia vertebro-medular e o apêndice 4 sobre a temática apresentada neste relatório.

O facto de ter tido a disciplina, a motivação, a energia, a vontade, o rendimento e a habilidade de ter realizado vários jornais de aprendizagem ao longo das semanas de estágio, possibilitou por um lado refletir sobre a minha prática de cuidados e por outro, desenvolver a minha capacidade de análise crítica. Conjuntamente, a elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, atualizando sempre que necessário os cuidados especializados a prestar, de modo a responder às necessidades individuais de cada pessoa que cuidei, permitiu-me identificar as capacidades e competências adquiridas assim como quais devo continuar a desenvolver futuramente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste relatório demonstro alcançar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, assim como os descritores de Dublin.

O trabalho desenvolvido revela-se uma mais valia para a enfermagem em Portugal na medida em que estou a nomear e a refletir sobre um modelo que não é nacionalmente conhecido, pelo menos, durante a pesquisa bibliográfica não foi encontrada nenhuma referência ao mesmo em publicações portuguesas pelo que me sinto pioneira neste âmbito. A utilização deste modelo, como já foi descrito, confere ganhos na compreensão do processo de recuperação da pessoa com AVC tal como benefícios aos mais diversos níveis. Nomeadamente, através da identificação das alterações psicoemocionais torna-se possível intervir e melhorar a funcionalidade da pessoa intervindo de forma dirigida e específica às suas necessidades específicas, como demonstrado no capítulo dois deste relatório.

Futuramente, tenho planeado frequentar o curso de formação de formadores de modo a continuar o desenvolvimento de competências pessoais. E assim reforçar competências como especialista que deve atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Regulamento n.º 140/2019). Relativamente ao trabalho desenvolvido durante esta formação, pretendo publicar o estudo de caso onde aplico o modelo e desta forma divulgá-lo, mostrando a sua aplicabilidade e benefícios.

No meu local de trabalho, onde presto cuidados a pessoas com AVC, como referido anteriormente, tenciono envolver a equipa com o propósito de dar a conhecer o modelo, e como utilizá-lo de forma a melhorar a excelência de cuidados, individualizar as intervenções e documentar a sua aplicabilidade para, depois, publicar os resultados. Pretendo também recorrer ao método informal de formação de pares para melhorar as práticas, dando sugestões e justificando-as com evidencia científica. Por exemplo, atualmente recorrendo a livros da especialidade que levei para o serviço onde presto cuidados, mostro a evidência que justifica a alteração da minha intervenção e instruo os colegas de forma a dar continuidade aos cuidados. Esta ação

fez com que os enfermeiros se comesçassem a dirigir a mim com questões sobre o plano de cuidados, e sobre formas de ensino de AVD de forma a melhorarem as intervenções na UMDR.

A construção desta etapa implica a interiorização de diferentes conceitos que serão pilares na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. E, a mobilização dos mesmos na prática culmina na formação e crescimento de uma enfermeira especialista que deseja de forma, talvez utópica, conseguir no dia-a-dia atingir uma *Enfermagem com mais Enfermagem* como designa Silva (2007), mais lógica, mais conceptual, mais sustentada em teorias de enfermagem que espelhe o espírito da enfermagem de reabilitação. Também (Hesbeen, 2003) corrobora esta visão propondo um “agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida ainda compatível com o desenvolvimento das pessoas e que não se limite a uma espera, por vezes vivida como uma espécie de fardo” (p. 33).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central Do Sistema De Saúde (ACSS) (2018). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 1º semestre*. ACSS – DRS
- Aguiar R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A. & Barbosa, M. P. (2017). Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Rev Port Imunoalergologia* (25:1), 9-26.
- American Heart Association (2020). *Let's talk about Stroke, TIA and warning signs*. Acedido em: 24/05/2020. Disponível em: https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/help-and-support/ds15796_ltas_stroketiawarningsigns_2_12_20.pdf?la=en
- Arnoldussen, B., Callahan, B., Daley, L. K., Hand, M. C., Phillips, P. & Rodehorst, T.K. (2019). *Nursing: A concept based approach to learning*, (3rd ed). (pp. 1909-1973). Boston: Pearson
- Arya, K., Pandian, S., Verma, R., & Garg, G. (2011). Movement therapy induced neural reorganization and motor recovery in stroke: A Review. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. 15, 528-537. DOI: 10.1016/j.jbmt.2011.01.023
- Bicalho, M. & Lopes, M. (2012). Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 46 (4), 1009-1014. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400032>
- Bolas, R. (2017). Pessoa em programa de reabilitação cardíaca. In Cristina Marques-Vieira (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.381-392). Loures: Lusodidata.
- Boterf, G. (2006). *Três dimensões a explorar: Avaliar a competência de um profissional*. <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Braga, R. (2017a). Avaliação da função de deglutição. In Cristina Marques-Vieira (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidata.

- Braga, R. (2017b). Reeducação da deglutição. In Cristina Marques Vieira (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 263-270). Loures: Lusodidata.
- Brandão, C., Carvalho, J. L., Arellano, R., Baixinho, C., & Ribeiro, J. (Orgs.) (2019). *A prática na investigação qualitativa: Exemplos de estudos* (Vol. 3). Oliveira de Azeméis: Ludomedia
- Caldas, A. C. (2000). *A Herança de Franz Joseph Gall O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw Hil.
- Calderón-Chagualá, J. Chacón-Peralta, H. Vergara-Torres, G., Paola, Olabarrieta-Landa, I., Laiene St Cçaire, L. & Infante, R. D. (2015). Estudio de la calidad de vida en pacientes tres meses después de un ictus. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 16 (1), 5 – 15.
- Carvalho, M. (2014). Doença vascular cerebral. In M. J. Sá (coord), *Neurologia clínica: Compreender as doenças neurológicas*. (2ª ed.), (pp. 249–292) Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa
- Correia, P. & Bernardes, H. (2017). Registo de saúde eletrónico: contributos para novos modelos organizacionais no sector público da saúde. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde* 9(2) 185 – 197. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/868026/jbes92-artigo-5.pdf>
- Damásio, A. (1996). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. (16ª ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América
- Damásio, A. (2004a). *O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. (15ª ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América
- Damásio, A. (2004b). *Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. (6ª ed.) Mem Martins, Portugal: Publicações Europa-América
- Damásio, A. (2018). *A estranha ordem das coisas: A vida, os sentimentos e as culturas humanas*. (5ª ed.) Lisboa: Círculo de Leitores.

- Decreto nº 25/77 (1977), Acordo no domínio da saúde entre o governo da República Portuguesa e a República Democrática de S. Tomé e Príncipe. Ministério dos Negócios Estrangeiros - Direcção-Geral dos Negócios Económicos. *Diário da República Série I* n.º 52/1977 (1977-03-03): 365 – 366.
- Decreto-Lei n.º 163/2006 (2006). Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, revogando o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de maio. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República Série I* n.º 152/2006, (2006-08-08): 5670 – 5689. ELI:<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/163/2006/08/08/p/dre/pt/html>
- Deodato, S. (2006). Dilemas éticos no exercício profissional do enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*, 21, 25-30
- Direcção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- European Stroke Initiative (2003). *AVC isquémico: profilaxia e tratamento informação para médicos hospitalares e medicina ambulatoria*. Heidelberg: Comité Executivo da EUSI.
- Faria, A. (2014). *A pessoa após AVC: Transição da autonomia para a dependência*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9514>
- Gandhi, D., Sterba, A., Khatter, H. & Pandian, J. D. (2020). Mirror therapy in stroke rehabilitation: current perspectives. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 16. 75 – 85. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S206883>
- Gittler, M., & Davis, A. M. (2018). JAMA clinical guidelines synopsis: Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. *Clinical Review & Education*, 319(8), 820–821. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2017.22036>
- Guimarães, S. E. R. & Boruchovitch, E. (2004). O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: Uma perspetiva da teoria da autodeterminação. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 17 (2), 143 – 150. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000200002>

- Hamzei, F., Erath, G., Kückung, U., Weiler, C. & Rijntjes, M. (2020). Anatomy of brain lesions after stroke predicts effectiveness of mirror therapy. *European Journal of Neuroscience*. 1 – 14. <https://doi.org/10.1111/ejn.14698>
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M. R., Olazabal, M. & Maia, M. O. (2017). *Reeducação funcional respiratória*. (3ª edição). Boehringer Ingelheim
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures: Lusodidata
- Huang, H., Huang, L., Hu, C., Chang, C., Lee, H., Chi, N. ... Chang, H. (2014). The mediating effect of psychological distress on functional dependence in stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (23-24), 3533–3543. <https://doi.org/10.1111/jocn.12606>
- Jacinto, J. (2019). Onde estamos 10 anos após um AVC?. In 13º Congresso Português do AVC (2019). (pp. 18). Porto: Sociedade Portuguesa do AVC
- Jayadevappa, R. & Chhatre, S. (2011). Patient centred care: A conceptual model and review of the state of the art. *Open Health Services and Policy Journal*. 4. 14 – 25. DOI: 10.2174/1874924001104010015
- Kohler, M., Mayer, H., Kesselring, J., & Saxer, S. (2018). (Can) Not talk about it: Urinary incontinence from the point of view of stroke survivors: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 32. (1), 371–379. <https://doi.org/10.1111/scs.12471>
- Kutlubaev, M. A., & Hackett, M. L. (2014). Part II : predictors of depression after stroke and impact of depression on stroke outcome : An updated systematic review of observational studies. *International Journal of Stroke*, 9(8). <https://doi.org/10.1111/ijss.12356>
- Lourenço, H. (2017). Avaliação da saúde sexual. In Cristina Marques-Vieira (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 271-280). Loures: Lusodidata.

- Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y. & Ykeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders*, 176, 56–60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.020>
- Mauk, K. L. (2006). Nursing interventions within the Mauk model of poststroke recovery. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 257–264. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00022.x>
- Mauk, K. L., Lemley, C., Pierce, J., & Schmidt, N. A. (2011). The Mauk model for poststroke recovery: assessing the phases. *Rehabilitation Nursing*, 36(6), 241–247. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2011.tb00089.x>
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for a person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472 – 479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Menoita, E.C., Sousa, L.M., Pão Alvo, I. & Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Mouziraji, Z. E., Dalvandi, A., Khankeh, H., Kamezi, R., Tafakhori, A., Sarraf, P., ... Mauk, K. L. (2014). Implication of mauk nursing rehabilitation model on adjustment of stroke patients. *Iranian Rehabilitation Journal*, 12(22), 6–10. Acedido em 23-05-2019. Disponível em: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-391-en.html>
- Neves, J. C. O., Gonçalves, R. F. L., Gonçalves, I. C. G A., Batata, S. M. R., Coelho, B. R. F., Marques, P. C. S. ... Borges, J. D. C. (2019). *Caracterização da RNCCI na secção regional do centro: Conhecer para intervir*”. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 12/06/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17100/rncci.pdf>
- Nunes, H. J. M., & Queirós, P. J. P. (2017). Doente com acidente vascular cerebral : planeamento de alta , funcionalidade e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), 433–442. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0166>

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 01/02/2020. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDa dosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 29/01/2020 Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros

Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing*, 19 (14), 912-917. DOI: 10.12968/bjon.2010.19.14.49050

Pereira, C. E., Sousa, R. D., Andrade, M. R., Albuquerque, N. & Jacinto, J. (2019). Mortalidade numa cohort de doentes com sequelas de AVC, 10 anos após a alta do Centro de Reabilitação. In Sociedade Portuguesa de AVC (2019). *Livro do 13º Congresso Português de AVC* (31 de janeiro a 2 de fevereiro). Porto. Acedido em: 30/09/2019. Disponível

em: https://drive.google.com/file/d/1l4ce5MmRVtlhaQwBDnJELQi74S_pjDdS/view

Pereira, I. (2011). *Do hospital para casa: estrutura da ação de enfermagem. Uma teoria de médio alcance* (Tese de doutoramento). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9353/1/TESE%20-%20Do%20hospital%20para%20casa%2024-9-2013%20-%202.pdf>

- Pinto, F. Guidelines de HTA: Como ser bem sucedido na sua aplicação. (2019). In Sociedade Portuguesa do AVC (2019) *Livro do 13º Congresso Português de AVC* (31 janeiro a 2 de fevereiro). Porto: Sociedade Portuguesa do AVC.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados (s.d.). *Manual de planeamento de gestão de altas*. (s.l.): Unidade de Missão para os cuidados integrados.
- Regard, J. (2007). *As emoções simplesmente!* Lisboa: EDIÇÕES PIAGET
- Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II* (n.º 184/2019, de 2019-09-25). 128 – 155
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros *Diário da República, II Série* (Nº26 de 06-02-2019), 4744–4750.
- Regulamento nº392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (Nº85 de 03-05-2019), 13565–13568. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Ribeiro, M. (2019). *Práticas de liderança em enfermagem na região dos açores: self dos enfermeiros gestores*. (Dissertação de mestrado). <http://hdl.handle.net/10400.26/30661>
- Ribeiro, R. M. (2014). *Cuidados de enfermagem prestados pelas equipas de cuidados continuados integrados: Satisfação dos utentes e cuidadores* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9540>
- Riemsma, R., et al. (2017). Can incontinence be cured? A systematic review of cure rates. *BMC Medicine*, 15, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0828-2>
- Rimé, B. (2012). Abordagem Interpessoal da Regulação das Emoções. In M. Mikolajczak, & M. Desseilles, *Tratado de Regulação das Emoções* (pp. 225-238). Lisboa: Edições PIAGET.

- Rocha, C. & Redol, F. (2017). Intervenção de enfermagem com a pessoa com alterações da eliminação vesical e intestinal. In Cristina Marques-Vieira (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 167-180). Loures: Lusodidata.
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J., Culebras, A., ... Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century. *Stroke*, 44, 2064–2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>
- Seixas, M. (2015). *Estimulação sensorial enquanto intervenção promotora da reabilitação da pessoa com AVC*. <http://hdl.handle.net/10400.26/16422>
- Shoja, M., Dalvandi, A., Khanke, H. R., Mouziraji, Z. E., Tafakhori, A., Sarraf, P., ... Mauk, K. L. (2015). Implication of Mauk nursing intervention model on coping strategies of stroke survivors. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(2). 51- 56. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/287208309>
- Silva, A. (2007) - Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2),11-20.
- Sousa, C., Martins, T. & Pereira F. (2015). O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (6), 55-63. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>
- Sousa, R. D., Pereira, C. E., Albuquerque, N., Andrade, M. R. & Jacinto, J. (2019). É possível regressar ao trabalho, 10 anos após um acidente vascular cerebral em idade ativa?. In Sociedade Portuguesa de AVC (2019). *Livro do 13º Congresso Português de AVC* (31 de janeiro a 2 de fevereiro). Porto. Acedido em: 30/09/2019. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1vSepUxXZLPgQespReRI0nTzWnkxSMrKF/view>
- Stroke Association. (2018). *State of the Nation: stroke statistics*. Disponível em: https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/state_of_the_nation_2018.pdf
- Thieme, H. Morkisch, N. Mehrholz J., Pohl, M., Behrens, J., Borggeto, B., Dohle, C. (2018). Mirror therapy for improving motor function after stroke (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7. 1 – 182. Acedido em: 15/10/2019. Disponível

em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008449.pub3/full>

- Towfighi, A., Ovbiagele, B., Hussein, N. El, Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., ... Williams, L. S. (2016). Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 48(2), 1–15. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000113>
- Tramonti, F., Fanciullacci, C., Giunti, G., Rossi, B., & Chisari, C. (2014). Functional status and quality of life of stroke survivors undergoing rehabilitation programmes in a hospital setting. *NeuroRehabilitation*, vol 35(1), 1–7. <https://doi.org/10.3233/NRE-141092>
- Veerbeek, J. H., Wegen, E., Peppen, R., Wees, P. J., Hendriks, E., Rietberg, M., & Kwakkel, G. (2014). What Is Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence for Physical Therapy Poststroke. PLoS One*. 9(2): 1-33. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087987>
- World Stroke Organization. (2018). *Annual report 2018*. Disponível em: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2018_online_final_COMPRESSED.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Projeto de Estágio



10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Projeto de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na capacitação
psicoemocional da pessoa com Acidente Vascular
Cerebral para a promoção da funcionalidade**

Teresa Eurica Prazeres Castanho

Lisboa

2019



**10º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Reabilitação**

Projeto de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na capacitação
psicoemocional da pessoa com Acidente Vascular
Cerebral para a promoção da funcionalidade**

Teresa Eurica Prazeres Castanho

Orientador: Maria Fátima Marques

Lisboa

2019



LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EER – Enfermeiro Especialista em Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial De Saúde

INDICE

INTRODUÇÃO	5
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	6
Título	6
Palavras chave	6
Termos indexados.....	6
Questão de investigação	6
Data de início	6
Duração	6
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA	7
<i>Scoping Review</i>	17
Objetivos	19
Descrição Dos Contextos De Estágio.....	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – Estratégica de Pesquisa.....	
APÊNDICE 2 – Fluxograma da Pesquisa.....	
APÊNDICE 3 – Planeamento de Atividades.....	
APÊNDICE 4 - Cronograma.....	
ANEXOS	
ANEXO 1 – The Mauk Model for Poststroke Recovery	

INTRODUÇÃO

O presente projeto de estágio irá permitir orientar e esquematizar o conteúdo a desenvolver e mobilizar durante o 3º semestre do Curso, tendo como principais objetivos capacitar o discente para a descrição, análise e problematização da temática – “Pessoa após AVC, alterações psicoemocionais associadas e influência das mesmas na sua recuperação funcional” – e, ainda é esperado que o discente seja capaz de identificar as competências a desenvolver para a aquisição do perfil de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), bem como o grau académico de mestre.

Após seleção da temática a desenvolver, foi realizada uma revisão *scoping*, que deverá responder à questão: Que intervenções o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode realizar na capacitação psicoemocional da pessoa com AVC para a promoção da funcionalidade?. Utilizando o acrónimo PCC na construção da questão de investigação, identifico a **P**opulação – adultos com AVC; o **C**onceito – de que forma o EEER pode capacitar o individuo nas alterações psicoemocionais, de forma a maximizar a sua recuperação funcional (estado funcional, recuperação funcional, bem-estar psicológico, adaptação psicológica e emocional *adjustment*); e o **C**ontexto – hospitalar e comunidade.

Relativamente à organização do projeto, começo por apresentar o enquadramento conceptual, com enfoque no conceito de AVC, definição e défices associados, passando pela epidemiologia, tendo em conta a morbilidade e mortalidade em Portugal. Seguidamente, dada a influência desta patologia na funcionalidade da pessoa, são descritos os efeitos psicoemocionais resultantes.

Como base para a análise à luz da enfermagem de reabilitação, apresento o modelo para a Recuperação de pessoas com AVC – *The Mauk Model of Poststroke Recovery*, onde está descrito as intervenções específicas de enfermeiro especialista em reabilitação, salientando a preponderância dos aspetos psicoemocionais associados. De forma a operacionalizar e facilitar o processo de investigação é apresentado o protocolo Scoping review. Posto isto são apresentados, brevemente, os locais de estágio onde se irá desenvolver o projeto.

E, por fim, em apêndice são delineadas as atividades a desenvolver, de acordo com indicadores e objetivos próprios, de forma a atingir as metas a que me proponho alcançar nesta jornada árdua que é a especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação psicoemocional da pessoa com Acidente Vascular Cerebral para a promoção da funcionalidade.

Palavras chave

AVC, Psicoemocionais, Funcionalidade e Enfermagem de Reabilitação.

Termos indexados

Stroke; functional status; psychological well being e adaptation psychological – CINAHL.

Stroke; recovery of function; adaptation psychological; emocional adjustment – MEDLINE.

Questão de investigação

Que intervenções o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode realizar na capacitação psicoemocional da pessoa com AVC para a promoção da funcionalidade?

Data de início

24 setembro 2019.

Duração

18 semanas – de 24 setembro 2019 a 3 de fevereiro de 2020.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

As doenças cerebrovasculares representam um flagelo do mundo moderno, provocando, em Portugal, a morte de cerca de cem pessoas por dia. Sabe-se que a hipertensão arterial constitui um dos principais fatores de risco para patologia cardiovascular e estima-se que o nosso país tenha uma das mais elevadas prevalências da mesma (Ministério da Saúde, 2018).

Dentro das patologias do foro cardiovascular, os acidentes vasculares cerebrais (AVC) representam uma grande preocupação, na medida em que se traduzem em elevados prejuízos para a qualidade de vida da pessoa e da família, com consequente impacto a nível socioeconómico, associando-se taxas de morbilidade muito elevadas (Ministério da Saúde, 2018).

Dados da Direção Geral de Saúde (DGS) (2017) referem o mesmo padrão: aumento da morbilidade associada ao AVC, com implicações no nível de dependência e da qualidade de vida da pessoa e família. Também a *World Stroke Organization* (2018), se refere ao AVC como sendo a segunda causa de morte e incapacidade em todo o mundo.

A Sociedade Portuguesa do AVC (Jacinto, 2019; Pereira, Sousa, Andrade, Albuquerque & Jacinto, 2019; Pinto, 2019; Sousa et al., 2019), refere, em diversas apresentações, que o AVC se constitui como uma das principais causas de incapacidade, constatando que:

“No nosso país, ao contrário do que acontece na grande maioria dos países da Europa ocidental onde predomina a patologia coronária, o acidente vascular cerebral (AVC) representa aproximadamente 2/3 dos casos destas patologias com enorme impacto (leia-se redução) na esperança e na qualidade de vida de muitos portugueses” (Pinto, 2019, pp. 25).

Um estudo exploratório, no congresso da Sociedade Portuguesa do AVC (Jacinto, 2019), menciona que 10 anos após o AVC, 70% dos indivíduos já faleceram ou que a partir dos 5 anos apresentam algum grau de dependência, e conclui que a maioria dos sobreviventes de AVC não regressa ao mercado de trabalho. A reforma por invalidez passa a ser a sua fonte de rendimento, na medida em que o regresso às suas antigas funções não é possível, visto que estas não estão adaptadas às atuais condicionantes. Constatou-se ainda que a maioria dos sobreviventes se mantiveram

a residir no domicílio, no entanto encontravam-se dependentes do apoio de familiares (63%) ou de profissionais (28%) e não tinham autonomia para sair das suas casas de forma autónoma (Jacinto, 2019).

Neste mesmo estudo, mas numa vertente descritiva e retrospectiva, com o título – “Resultados da reabilitação em internamento após AVC: quanto evoluímos em 10 anos?” realça-se que dez anos depois, o número de admissões, as características demográficas, o tipo e localização do AVC e as sequelas motoras não se alteraram. No entanto, a funcionalidade no momento da alta aumentou e a percentagem de altas para domicílio também (Ascenso et al., 2019).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2017), houve uma redução de 39% das mortes por AVC entre 2011 e 2015, contudo, houve um aumento da morbilidade associada ao AVC de 1.6% de 2011 para 2016. Em 2015, os óbitos por AVC chegaram aos 49.7% e em 2016 houve 25.184 mil internamentos associados a AVC.

AVC define-se como um *déficit* neurológico que se atribui a uma lesão focal aguda do sistema nervoso central, podendo ter origem vascular – AVC isquémico – ou hemorrágica intracerebral ou subaracnoídea – AVC hemorrágico (Carvalho, 2014; European Stroke Initiative, 2003; Faria 2014; Menoita, et al., 2012; OMS, 2018; Sacco et al., 2013).

Clinicamente, um AVC isquémico e uma hemorragia cerebral intraparenquimatosa podem ter sinais e sintomas idênticos, pelo que se recorre a exames imagiológicos como a TC ou RM cerebral para que haja distinção (Carvalho, 2014).

Os sinais e sintomas neurológicos focais são a evidência clínica de lesão numa área localizada no cérebro. A título de exemplo pode-se destacar a afasia – disfunção do hemisfério cerebral dominante. Por outro lado, os sinais e sintomas não focais não podem ser exclusivamente atribuídos a uma lesão neuroanatômica individualizada, nem ser por si só, considerados sintomas de AVC ou AIT. Por exemplo, a perda de consciência ou um síndrome confusional (Carvalho, 2014; Menoita, et al. 2012).

Tipicamente, a instalação do quadro de AVC inicia-se subitamente, e a natureza dos défices afetam o sistema motor, sensitivo e visual. Consoante a artéria cerebral

afetada, os défices originam quadros clínicos distintos que obedecem a um padrão anatómico específico, como se pode constatar alguns exemplos no quadro 1 (Carvalho, 2014; Menoita, et al. 2012).

Quadro 1: Territórios Vasculares Afetados e Manifestações clínicas - exemplos

Territórios Vasculares	Manifestações clínicas
Artéria oftálmica	Cegueira monocular ¹ Defeito de campo altitudinal ¹
Artéria Cerebral Anterior	Parésia do MI contralateral ^{1,2} de predomínio distal ¹ Parésia menos marcada do MS contralateral de predomínio distal ¹ Perda sensitiva do MI contralateral ¹
Artéria Cerebral Media	Hemiparésia contralateral de predomínio braquio-facial ^{1,2} Hemihipostesia contralateral ^{1,2} Afasia global ¹ (hemisfério esquerdo ²) Neglet ^{1,2}
Artéria vertebral e Basilar	Diplopia ^{1,2} Nistagmo ^{1,2} Disartria ^{1,2} Disfagia e soluços ^{1,2} Coma ^{1,2}
Artéria Cerebral Posterior	Hemianopsia homónima contralateral ^{1,2} Hemihipostesia ²
1 – Retirado de Carvalho (2014) 2 – Retirado de Menoita, et al. (2012)	

O episódio pode evoluir de duas formas: estabilização do quadro clínico seguido de recuperação progressiva e completa num período inferior a 24 horas – Acidente Isquémico Transitório; ou agravamento e/ou manutenção dos défices que perduram mais de 24 horas – Acidente Vascular Cerebral (Carvalho, 2014; Menoita, et al. 2012).

A pessoa que sofre um AVC, dependendo dos *déficits* associados, poderá passar de um *status* de independência para um *status* de dependência, sem qualquer preparação ou aviso prévio na medida em que o evento ocorre de forma súbita. Desta forma, não é possível a pessoa preparar-se psicológica e emocionalmente para a

transição que irá experienciar nem às adaptações e aprendizagens que esta irá exigir (Faria, 2014). Esta experiência, à luz do modelo das transições de Afaf Meleis, pode ser interpretada como uma transição saúde/doença (independência/dependência), envolvendo necessariamente a mobilização de diversos recursos internos e externos, na vivência saudável/positiva da transição.

Meleis (2012) define transição como uma mudança no estado de saúde ou no desempenho do papel relacional, nas expectativas e nas competências da pessoa, sendo que estas alterações terão impacto em todos os seus sistemas. Estas mudanças desencadeiam processos que podem ser vistos como uma oportunidade para melhorar o bem-estar do cliente (Meleis & Messias, 2000). A transição pode-se relacionar com o processo ou com o resultado tendo em conta a diversidade de interações entre a pessoa e o ambiente. O que nos explica esta teórica é que, na transição existe uma mudança significativa na vida, quer seja na alteração de processos, papéis ou estados e esta alteração deriva de diferentes estímulos e da aquisição de novos conhecimentos. O que vai conduzir a uma possível mudança de comportamento e a uma nova definição de si num contexto social (Faria, 2014).

A teoria das transições de Meleis é facilitadora da análise e abordagem da situação, na medida em que é holística e permite a organização do pensamento em diferentes domínios. No entanto a enfermeira norte americana de reabilitação, Kristen Mauk desenvolveu um modelo para a Recuperação de pessoas com AVC – *The Mauk Model of Poststroke Recovery*, que permite intervir junto da pessoa com AVC, tendo em consideração toda a complexidade do processo de recuperação (Mauk, et al., 2011).

O modelo de Mauk (2006) sugere que existem seis fases de recuperação após um AVC – *Agonizing, Fantasizing, Realizing, Blending, Framing* e *Owning*. (modelo ilustrado no anexo 1). O reconhecimento destas fases poderá mostrar-se facilitador e norteador da intervenção de enfermagem junto da pessoa e família. Teoricamente, em cada fase, a pessoa deve completar uma determinada tarefa, tendo a enfermeira de reabilitação também uma tarefa/foco associada/o, no sentido do sucesso do processo de recuperação, tendo como objetivo que a pessoa e a família integrem esta nova realidade. As seis fases identificadas são de certa forma ordenadas, podendo

coexistir, havendo sempre uma dominante, contudo são individuais e moldáveis consoante as adaptações ao AVC forem sendo feitas de forma positiva.

Estas fases permitem reconhecer a singularidade, individualidade e complexidade da experiência da pessoa que sofre um AVC, durante o processo de reabilitação, sendo assim um contributo essencial para a prestação de cuidados individualizados. Mauk desenvolveu este modelo com base em perspetivas de sobreviventes de AVC, de modo a ter um ponto de vista e uma visão clara do processo de reabilitação a que estas pessoas estão sujeitas (Mauk, et al., 2011).

Mauk (2011) considera que os sobreviventes do AVC e as suas famílias não estão disponíveis nem têm capacidade de assimilar os ensinamentos no momento em que estes são realizados, preferindo ser esclarecidos quando já estão em casa, sentindo-se mais preparados e motivados para lidar com as consequências do AVC. A realização de ensinamentos quando a família ainda não está disponível para os receber poderá conduzir a sentimentos de raiva e frustração, além da ineficácia dos mesmos. Em todo o processo de reabilitação, a premissa essencial consiste em respeitar o tempo da pessoa e da família, visto que só a partir de determinada fase a pessoa estará preparada para se readaptar (Mauk, 2006; Mauk, Lemley, Pierce, & Schmidt, 2011; Mouziraji et al., 2014; Shoja et al., 2015).

Um dos objetivos da autora é que este modelo facilite a identificação da fase em que se encontra o indivíduo, permitindo à equipa agir em uníssono, com estratégias e intervenções cada vez mais dirigidas e individualizadas para suprir as necessidades inerentes a cada fase de reabilitação, subjacente à recuperação do AVC.

Durante a investigação/ pesquisa realizada pela autora, as vítimas de AVC descreviam numa fase inicial sentimentos de medo, choque/surpresa, de perda, de dúvida e negação pós AVC – *Agonizing* – esta fase constitui então o primeiro estágio da recuperação, aqui a tarefa do indivíduo é sobreviver ao evento. A intervenção principal do enfermeiro nesta fase é “providing protection and physical care” (Mauk, 2006, p. 257).

Por norma, segue-se a fase *Fantasizing*, que implica sentimentos onde os sobreviventes acreditam numa recuperação total, isto é, têm a fantasia (ilusão) de que

os défices serão todos resolúveis e que é possível voltar à condição pré AVC, esta fase é considerada como a miragem da recuperação, não correspondendo à realidade. A tarefa do indivíduo nesta fase é de “Ego protection” (Mauk, 2006, p. 257), e a do enfermeiro de reabilitação é providenciar orientação para a realidade e suporte emocional.

Há muitos sobreviventes de AVC que identificam estas duas primeiras fases como sendo ainda um efeito do AVC *per si*. O tempo que decorre nestas fases parece ser facilitado pela idade, experiência de vida e pelo conhecimento/compreensão da causa do AVC. Estas fases podem parecer circulares antes de ser possível avançar para a fase seguinte (Mauk, et al. 2011).

A fase *Realizing* aparenta ser fortemente influenciada pela expectativa do que é ter um AVC, do apoio social e da própria fé, nesta fase sentimentos de raiva, fadiga e depressão são mais comuns, assim como a sua perceção da realidade se vai tornando mais clara, esta fase é das mais importantes, a partir desta não existe mais negação da ocorrência do AVC, nem a fantasia de que os défices simplesmente vão desaparecer (Mauk et al., 2011). É neste momento que o indivíduo enfrenta de forma realista as suas limitações e a situação como ela se estabelece, compreendendo na perfeição que os défices, na sua maioria, serão permanentes (Mauk, 2006). A tarefa nesta fase crucial é enfrentar a realidade. O enfermeiro de reabilitação aqui deve providenciar suporte emocional e psicossocial (Mauk, 2006).

Nas últimas três fases os indivíduos fazem ajustes positivos de forma a alcançar a adaptação positiva a uma vida nova pós AVC. A fase *Blending* pretende representar o caminho que o indivíduo percorre como aprender, adaptar-se e integrar os défices na sua vida, isto é, uma fase onde há um emparelhar da vida pré e pós AVC, ajustando-se à mudança. A esta fase, está associado um aumento do sentimento de frustração e é este que, segundo Mauk (Mauk, 2006), constitui o melhor momento para os EEER fornecerem as ferramentas e investirem no ensino ao indivíduo e família, porque é neste momento que estão preparados para aprender a lidar com os défices, apresentando maior prontidão e esperança no futuro. A sua tarefa será de adaptação. E os EEER têm como principal objetivo ensinar: realizar ensinamentos, encontrar estratégias e meios de adaptação em parceria com a família (Mauk, 2006).

Segundo Hesbeen (2003) “o prestador de cuidados tem por missão ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação e isso, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afecção” (p. XIV). Mauk (2006), demonstra exatamente a mesma filosofia de cuidados defendida por Hesbeen, onde a preocupação com a pessoa, e pela forma com que esta se adapta à sua nova situação de vida, é uma constante.

A fase *Framing* ocorre quando o indivíduo procura ativamente a razão da ocorrência do AVC e pretende responder a si próprio ao *porquê*, é uma fase de reflexão em que a pessoa tem que encontrar um sentido para a experiência vivida. A tarefa do indivíduo será a reflexão. Já o EEER deve ser capaz de prestar uma escuta ativa e providenciar uma razão médica válida para a ocorrência do AVC (Mauk et al., 2011; Mauk, 2006).

A fase final *Owning* implica a aceitação e integração do sucedido e determinação em alcançar qualidade de vida apesar dos efeitos do AVC, o indivíduo deve voltar a sentir o controlo da sua vida e apresentar espírito de iniciativa para ultrapassar cada situação (Mauk et al., 2011; Mauk, 2006). A sua tarefa é seguir em frente com a vida. O EEER tem como principal objetivo aprimorar os recursos internos do indivíduo e família, bem como auxiliá-los na procura de apoios comunitários adequados às suas necessidades específicas e únicas (Mauk, 2006).

Apesar do processo de reabilitação da pessoa com AVC poder ser moroso e conturbado, especialmente numa fase inicial, compreende-se que no momento em que a pessoa atinge a fase do *Realizing* está a trabalhar para alcançar a ultima fase – *owning*, que a um certo ponto se vai tornar a fase dominante do processo de reabilitação desta pessoa. Durante o processo de recuperação, os indivíduos atravessam as diferentes fases, não sendo um processo linear, é multidimensional e os indivíduos experienciam mais que uma fase em simultâneo, em diferentes proporções e durante anos após o AVC (Mauk, 2006; Mauk et al., 2011).

Neste sentido, a correta identificação da fase em que o indivíduo se encontra vai ajudar o enfermeiro de reabilitação a especificar, individualizar e satisfazer as necessidades únicas das pessoas com AVC num determinado momento do seu processo de reabilitação (Mauk et al., 2011; Mauk, 2006). No entanto, Mauk alerta-

nos para o facto de que a fase identificada pelo EEER pode ser diferente daquela em que o indivíduo se encontra, sendo crucial estabelecer uma relação próxima com o indivíduo e família, de forma a identificar os sentimentos presentes e a atitude face ao sucedido e ao processo de reabilitação (Mauk et al., 2011).

Nesta linha de pensamento, torna-se incontornável a importância do trabalho desenvolvido pelo EEER, em parceria com o indivíduo, família e restante equipa de saúde, na medida em que este é capaz de

“mudar a sua visão dos factos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se apresentem. Este espírito é sinónimo de um interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afeição ou às suas características. É testemunho de uma atenção subtil dada às pessoas, às coisas que lhes acontecem ao longo da existência, que as tornam diferentes daquilo que eram antes e que afetam igualmente aqueles que as rodeiam” (Hesbeen, p. 35, 2003).

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza que a intervenção do EEER:

“visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente)” (Regulamento no392/2019. (2019).

O EEER tem a habilidade e a competência única de avaliar o indivíduo com AVC e deve ser capaz de identificar de forma consistente e confiante as fases de recuperação, de modo a aplicar intervenções que facilitam ao indivíduo a consecução das tarefas associadas a cada fase.

A dimensão psicoemocional diz respeito a aspetos psicológicos associados às emoções e aos afetos², sendo que as emoções são a resposta sentimental dos indivíduos a uma variedade de estímulos (Callahan, 2019). Desta forma as alterações psicoemocionais tornam-se relevantes na abordagem como demonstrado durante a explicação do Modelo de Mauk (Mouziraji et al., 2014; Shoja et al., 2015).

Há vários aspetos que podem influenciar o processo de reabilitação pós AVC, alguns deles já descritos, como a idade, a experiência de vida, o contexto familiar e

² Acedido a : 03/05/2019

social do indivíduo, o conhecimento e compreensão da causa do AVC, entre outros. Além destes, que representam o contexto do indivíduo, vários estudos defendem que as alterações psicoemocionais, decorrentes ou potenciadas pelo evento, têm impacto negativo na funcionalidade e na recuperação da mesma na pessoa que sofreu um AVC.

Towfighi, et al (2017) e Gittler & Davis (2018) referem que a depressão ocorre em 33% dos sobreviventes a AVC e que este facto se associa a um aumento da mortalidade e a baixos resultados a nível da funcionalidade. Também, Kutlubaev & Hackett (2014) realizaram uma revisão sistemática de estudos observacionais, que revelou que a depressão é preditiva de piores resultados a nível funcional, o que revela um ciclo vicioso entre a habilidade funcional e a depressão após AVC. A pessoa com depressão apresenta um menor envolvimento na reabilitação física e cognitiva, diminuindo a probabilidade de adotar mudanças no estilo de vida, sendo estas necessárias para atingir um máximo de recuperação após o AVC (Kutlubaev & Hackett, 2014).

Nunes & Queirós (2017), numa revisão integrativa de literatura, afirmam que o planeamento da alta realizado de forma personalizada tem impacto na qualidade de vida da pessoa e cuidadores e, também, na sua funcionalidade. Durante a leitura dos trabalhos seleccionados, estes autores – enfermeiros especialistas de reabilitação – notaram uma “intrincada relação entre a designada dimensão funcional – física e psicoemocional (centrada na “depressão”) – e a qualidade de vida percebida” (p.441) embora não tenha sido realizada pesquisa específica na vertente psicoemocional, esta foi uma constante nos diferentes estudos incluídos nesta revisão.

Desta forma, Nunes & Queirós (2017) relacionam a sintomatologia depressiva com a qualidade de vida, numa abordagem metodológica transversal; e com a funcionalidade, numa abordagem prospetiva, e concluem que, em interação, há menor qualidade de vida e menor funcionalidade.

Há ainda referência “à persistência de alterações psicoemocionais que se prolongam no tempo e se constituem em traço caracterizador e, simultaneamente, poderoso alerta para a necessidade de intervenção” (Nunes & Queirós, 2017, p.441). Estes autores, consideram a transição hospital-domicílio “um momento crítico de todo

um complexo processo físico e psicológico, de adaptação” à nova condição (Nunes & Queirós, 2017, p.441).

A temática acima descrita mostra-se, pelos dados apresentados, muito pertinente e atual, inserindo-se também nas áreas de investigação consideradas prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação em 2015, nomeadamente o estudo das intervenções autónomas do EEER na função motora e na dependência no autocuidado em contexto domiciliário, no âmbito dos processos fisiológicos e adaptativos, respetivamente.

O projeto que me proponho a desenvolver enquadra-se nas referidas áreas de investigação, na medida em que visa ser aplicado em dois contextos (hospitalar e comunitário, descritos noutra capítulo do projeto), com o objetivo de analisar as intervenções do EEER na capacitação psicoemocional da pessoa com AVC para promover a sua funcionalidade (OE, 2015).

Também os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação mostram a relevância do projeto mencionado, na medida em que focam a atenção do EEER na “manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, restaurando a funcionalidade quando possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades” (OE, 2018, p. 7). O enunciado descritivo – A reeducação funcional – salienta como cuidados especializados a “avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença sempre que ocorram alterações da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado” (OE, 2018, p.14)

Desta forma, pretendo evidenciar que os cuidados de enfermagem de reabilitação se propõem a “Agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida ainda compatível com o desenvolvimento das pessoas e que não se limite a uma espera, por vezes vivida como uma espécie de fardo” (Hesbeen, 2003, p. 33).

Scoping Review

Para a realização da revisão sistemática da literatura, foi realizado uma *Scoping review* de modo a organizar o pensamento e dar resposta à questão de investigação: Que intervenções o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode realizar na capacitação psicoemocional da pessoa com AVC para a promoção da funcionalidade?

Desta forma, ao utilizar o acrónimo PCC, identifiquei a **População** – adultos com AVC; o **Conceito** – de que forma o EER pode capacitar o indivíduo nas alterações psicoemocionais, de forma a maximizar a sua recuperação funcional (estado funcional, recuperação funcional, bem-estar psicológico, adaptação psicológica e emocional *adjustment*); e o **Contexto** – hospitalar e comunidade, como ilustrado no quadro 2.

A estratégia de pesquisa está representada no apêndice 1. Os marcadores booleanos empregues foram: OR entre os diferentes conceitos e AND entre População e Conceito e Contexto. A pesquisa foi realizada no dia 27/05/2019, os limitadores utilizados foram: *full text* e *pair review*.

	População	Conceito	Contexto
MEDLINE	Stroke	Recovery of function	Em qualquer contexto de cuidados
		Adaptation psychological	
		Emocional Adjustment	
CINAHL	Stroke	Functional Status	
		Psychological well being	
		Adaptation psychological	

Quadro 2 – População, Conceito e Contexto – segundo as bases de dados Medline e Cinahl

Após aplicação de critérios de inclusão (especificados em seguida) e exclusão, foi realizado o fluxograma de pesquisa, que se encontra no apêndice 2.

Crêterios De Inclusão:

Participantes

Estudos que incluam pessoas com mais de 18 anos, de ambos os g neros com diagnóstico de AVC.

Conceito Central

Intervenções do EEER para capacitar a pessoa com alterações psicoemocionais de forma a maximizar a funcionalidade.

Contexto

As alterações psicoemocionais podem acontecer em qualquer contexto e a promoção da funcionalidade deve ser realizada em todos os contextos, pelo que não foi restrito o contexto nesta investigação.

Seguidamente apresentam-se as conclusões dos estudos incluídos:

Tramonti, Fanciullacci, Giunti (2014), num estudo que analisa a associação entre o estado funcional e diferentes avaliações da qualidade de vida, onde é considerado o papel das estratégias de *coping*, do suporte social e *psychological distress*, conclui que é evidente que os fatores psicossociais são de extrema importância no processo de recuperação e que o apoio psicológico para o sobrevivente ao AVC e família devem ser providenciados durante as diferentes etapas do processo de recuperação. Este apoio pode ter especial importância numa fase final da recuperação, em que o indivíduo regressa ao seu ambiente, conseguindo percecionar o real impacto das limitações físicas decorrentes do evento, na recuperação e execução dos seus papéis na família e sociedade, e as adaptações necessárias.

Matsuzaki, et al. (2015) concluem, num estudo prospetivo sobre a relação entre depressão e a recuperação funcional, que a depressão e a apatia podem ocorrer de forma independente após o AVC e que podem, individualmente, influenciar a recuperação funcional, de forma negativa, isto é, relacionam-se a piores resultados a nível funcional.

Huang et al. (2014), num estudo transversal, mostram-nos que a irritabilidade e sentimentos de desamparo podem reduzir a motivação para aderir ao programa de reabilitação e afetar diretamente a recuperação funcional. Identificam a perda de controlo, incerteza sobre o futuro e falta de estratégias de *coping* como causas primárias para problemas psicoemocionais. Estes autores concluem que os sobreviventes do AVC revelam diversas formas de alterações psicoemocionais com sofrimento psicológico leve.

Este estudo torna-se relevante, na medida em que é a compreensão da importância dos vários tipos de alterações psicoemocionais que vai permitir uma avaliação mais precisa do indivíduo, possibilitando direccionar as intervenções de forma a melhorar a saúde mental e, consequentemente, física da pessoa com AVC.

Objetivos

Como EEER, é expectável que desenvolva competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas de EEER e, como mestranda, competências ao nível dos descritores de Dublin.

Objetivo geral:

Desenvolver competências de intervenção do EEER na área de reabilitação motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação, da sexualidade.

Desenvolver competências de intervenção do EEER na capacitação psicoemocional da pessoa com AVC para a promoção da funcionalidade.

Objetivos específicos:

1. Analisar a atuação do EEER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade;
2. Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação;
3. Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC e sua família;
4. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao cliente e família na área de reabilitação motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação, da sexualidade;
5. Capacitar o cliente e família em processo de recuperação pós AVC a lidar com as alterações psicoemocionais para promover a funcionalidade;
6. Analisar processo de aprendizagem efetuado.

A expectativa é que a concretização destes objetivos me vá permitir alcançar as competências delineadas nos descritores de Dublin e nas competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Descrição Dos Contextos De Estágio

Serviço de medicina física e de reabilitação de um Hospital de Lisboa

As informações que disponho e passo a expor foram obtidas em contexto de entrevista com o Enfermeiro chefe do serviço supracitado.

Os utentes internados neste serviço são previamente sujeitos a entrevista com a médica fisiatra, sendo os critérios de admissão: - estabilidade clínica, nomeadamente do padrão respiratório, sem necessidade de aporte de O₂; e - capacidade de aprendizagem, como cumprimento de ordens e motivação, sendo estes aspetos essenciais para o sucesso do plano de reabilitação. As patologias mais frequentes são o AVC, lesão vertebro-medular e alterações neurológicas, desde traumatismos cranianos, aneurismas e esclerose múltipla.

O serviço tem capacidade para 9 homens e 9 mulheres; a equipa é constituída por Enfermeiros – enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e em enfermagem de saúde mental e enfermeiros generalistas; fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fisiatras, nutricionista e existe o apoio de outras especialidades: Psicologia, Psiquiatria, Medicina Interna, Ortopedia, Neurologia.

Existem 5 enfermeiros especialistas de reabilitação a exercer funções. O segundo e terceiro elemento são enfermeiros especialistas em reabilitação. O segundo elemento está envolvido num projeto de equipa que inclui a consulta pélvico-perineal, pela qual é responsável, e ainda realiza os estudos uro-dinâmicos em colaboração com a Fisiatra.

O Enf.º Chefe evidenciou que a calma é uma característica fulcral que está na base da intervenção da equipa de enfermagem. Isto é, o tempo para cada pessoa é gerido consoante as suas necessidades de aprendizagem. Este aspeto assume especial importância no desenvolvimento do meu projeto de estágio. Tendo em conta que o enfoque no aumento da funcionalidade passa pela identificação correta da fase em que o utente se encontra após AVC, despender o tempo necessário para avaliar corretamente a pessoa é crucial para individualizar as intervenções.

Estas, serão mais personalizadas e individualizadas e assim, vão permitir guiar a pessoa de forma a alcançar as tarefas associadas a cada fase. Só uma total disponibilidade, verdadeiramente empática, e sem pressão do serviço vai permitir alcançar os objetivos expostos anteriormente.

Equipa de Cuidados Continuados da ECCI de Lisboa

As informações que disponho e passo a expor foram obtidas em contexto de entrevista com o Enfermeiro chefe do serviço supracitado.

Os utentes internados neste serviço são provenientes de referência da RNCCI quer unidades de média duração como de longa e convalescença, e ainda do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, Hospital São Francisco Xavier e Egas Moniz. Sendo os critérios de admissão a existência de um cuidador.

As patologias mais frequentes são o acidente vascular cerebral, síndromes de imobilidade, DPOC e fratura do fémur.

O serviço tem capacidade para 22 utentes, com uma média de idades compreendida entre os 75 e 95 anos, as visitas são realizadas de 2ª a sábado entre as 8h e as 20h. Ao domingo se for necessário prestar cuidados, é a equipa de paliativos que fará a visita, esta equipa dá suporte a 3 ECCI. A Equipa de ECCI é constituída por Enfermeiros, Assistente Social e Psicologia.

A média de internamento é de 90-100 dias, e a alta é dada por atingimento dos objetivos definidos, após a capacitação do cuidador, e fornecendo recursos e apoio à pessoa e família de modo a que estes mantenham as orientações fornecidas. Muitas vezes agiliza-se de forma a que a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa passe a dar apoio, ou por exemplo as paróquias, vizinhos, amigos, mas em regra encaminha-se para IPSS.

Como nem todos os enfermeiros da ECCI são enfermeiros especialistas em reabilitação, estes fazem ensinamentos no seio da equipa e esta, junta-se semanalmente de modo a poder traçar um plano de reabilitação das pessoas a que não faz visita, e com base na avaliação dos colegas, é possível reajustar o plano de reabilitação de acordo com as necessidades individuais.

Os projetos que estavam a ser realizados na ECCI estão atualmente em pausa por falta de recursos humanos que não permitem o desenvolvimento destes para priorização dos utentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A delineação deste projeto foi desafiante e a pesquisa bibliográfica realizada para a sua execução fez-me repensar diariamente na minha prática onde lido com utentes após AVC.

Em contexto de prestação de serviços, deparo-me frequentemente com utentes pós AVC em diferentes estádios de recuperação e com alterações psicoemocionais que condicionam o seu processo de recuperação.

Mauk foca-se no processo de recuperação do utente após AVC construindo um modelo que pretende orientar a prática de enfermagem. Explicitar que a compreensão das alterações psicoemocionais são fulcrais no processo de reabilitação tornou-se obvio para mim e para a minha prática. E os estudos encontrados afirmam que as alterações psicoemocionais afetam diretamente a recuperação funcional. Desta forma, tornar este processo facilitador para o utente e família de modo a simplificar a sua progressão no processo de recuperação é um dos objetivos que pretendo alcançar no futuro.

Intervir no plano de recuperação dos utentes após AVC com a perspetiva de Mauk torna a intervenção mais orientada, mais individualizada e mais personalizada e, espero que no relatório de estágio seja capaz de demonstrar que tal abordagem permite alcançar melhores resultados.

Para tal pretendo realizar as atividades a que me proponho de modo a alcançar os objetivos delineados anteriormente.

Espero também, no relatório de estágio, ser capaz de espelhar o quanto considero esta área fascinante e ao mesmo tempo demonstrar a aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assim como as competências delineadas pelos descritores de Dublin para o grau académico de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnoldussen, B., Callahan, B., Daley, L. K., Hand, M. C., Phillips, P. & Rodehorst, T.K. (2019). *Nursing: A concept based approach to learning*, (3rd ed). (pp. 1909-1973). Boston: Pearson
- Ascenso, D. et al. (2019). Resultados da reabilitação em internamento após AVC: quanto evoluímos em 10 anos?. In Sociedade Portuguesa do AVC (2019). *Livro do 13º Congresso Português de AVC* (31 de janeiro a 2 de fevereiro. Porto. Acedido em: 30/09/19. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1eFIJpLAMNBT8l4QXBFPFUr4XpNiFaCfd/view>
- Carvalho, M. (2014). Doença vascular cerebral. In M. J. Sá (coord), *Neurologia clínica: Compreender as doenças neurológicas*. (2^a ed.), (pp. 249–292) Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- European Stroke Initiative (2003). *AVC isquémico: profilaxia e tratamento informação para médicos hospitalares e medicina ambulatória*. Heidelberg: Comité Executivo da EUSI.
- Faria, A. (2014). *A pessoa após AVC: Transição da autonomia para a dependência*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9514>
- Gittler, M., & Davis, A. M. (2018). JAMA clinical guidelines synopsis: Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. *Clinical Review & Education*, 319(8), 820–821. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2017.22036>
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência
- Huang, H., Huang, L., Hu, C., Chang, C., Lee, H., Chi, N. ... Chang, H. (2014). The mediating effect of psychological distress on functional dependence in stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (23-24), 3533–3543. <https://doi.org/10.1111/jocn.12606>
- Jacinto, J. (2019). Onde estamos 10 anos após um AVC?. In 13º Congresso Português

do AVC (2019). (pp. 18). Porto: Sociedade Portuguesa do AVC

- Kutlubaev, M. A., & Hackett, M. L. (2014). Part II : predictors of depression after stroke and impact of depression on stroke outcome : An updated systematic review of observational studies. *International Journal of Stroke*, 9(8). <https://doi.org/10.1111/ij.s.12356>
- Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y. & Ykeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders*, 176, 56–60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.020>
- Mauk, K. L. (2006). Nursing interventions within the Mauk model of poststroke recovery. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 257–264. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00022.x>
- Mauk, K. L., Lemley, C., Pierce, J., & Schmidt, N. A. (2011). The Mauk model for poststroke recovery: assessing the phases. *Rehabilitation Nursing*, 36(6), 241–247. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2011.tb00089.x>
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development & progress*. (5^a ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins
- Meleis, A., & Messias, H. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Menoita, E.C., Sousa, L.M., Pão Alvo, I. & Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Mouziraji, Z. E., Dalvandi, A., Khankeh, H., Kamezi, R., Tafakhori, A., Sarraf, P., ... Mauk, K. L. (2014). Implication of mauk nursing rehabilitation model on adjustment of stroke patients. *Iranian Rehabilitation Journal*, 12(22), 6–10. Acedido em 23-05-2019. Disponível em: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-391-en.html>
- Nunes, H. J. M., & Queirós, P. J. P. (2017). Doente com acidente vascular cerebral : planeamento de alta , funcionalidade e qualidade de vida. *Revista Brasileira de*

Enfermagem, 70(2), 433–442. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0166>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, C. E., Sousa, R. D., Andrade, M. R., Albuquerque, N. & Jacinto, J. (2019). Mortalidade numa cohort de doentes com sequelas de AVC, 10 anos após a alta do Centro de Reabilitação. In Sociedade Portuguesa de AVC (2019). *Livro do 13º Congresso Português de AVC* (31 de janeiro a 2 de fevereiro). Porto. Acedido em: 30/09/2019. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1l4ce5MmRVtIhaQwBDnJELQi74S_pjDdS/view

Pinto, F. Guidelines de HTA: Como ser bem sucedido na sua aplicação. (2019). In Sociedade Portuguesa do AVC (2019) Livro do 13º Congresso Português de AVC (31 janeiro a 2 de fevereiro). Porto: Sociedade Portuguesa do AVC.

Regulamento nº392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº85 de 03-05-2019), 13565–13568. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J., Culebras, A., ... Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century. *Stroke*, 44, 2064–2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>

Shoja, M., Dalvandi, A., Khanke, H. R., Mouziraji, Z. E., Tafakhori, A., Sarraf, P., ... Mauk, K. L. (2015). Implication of Mauk nursing intervention model on coping strategies of stroke survivors. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(2). 51- 56. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/287208309>

Sousa, R. D., Pereira, C. E., Albuquerque, N., Andrade, M. R. & Jacinto, J. (2019). É possível regressar ao trabalho, 10 anos após um acidente vascular cerebral em

idade ativa?. In Sociedade Portuguesa de AVC (2019). *Livro do 13º Congresso Português de AVC* (31 de janeiro a 2 de fevereiro). Porto. Acedido em: 30/09/2019. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1vSepUxXZLPgQespReRI0nTzWnkxSMrKF/view>

Towfighi, A., Ovbiagele, B., Hussein, N. El, Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., ... Williams, L. S. (2016). Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 48(2), 1–15. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000113>

Tramonti, F., Fanciullacci, C., Giunti, G., Rossi, B., & Chisari, C. (2014). Functional status and quality of life of stroke survivors undergoing rehabilitation programmes in a hospital setting. *NeuroRehabilitation*, vol 35(1), 1–7. <https://doi.org/10.3233/NRE-141092>

World Stroke Organization. (2018). *Annual report 2018*. Disponível em: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2018_online_final_COMPRESSED.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Estratégica de Pesquisa

Estratégia de Pesquisa

<i>Pesquisa</i>	<i>Termos de pesquisa</i>	<i>Resultados</i>
S1	Stroke	11178
S2	Funtional status	3902
S3	Psychological well being	2821
S4	Adaptation psychological	2790
S5	S3 or S4	5465
S6	S2 and S5	164
S7	S1 and S6	5

Tabela 1 - Termos pesquisados e estratégia de pesquisa na base de dados CINAHL via EBSCO

<i>Pesquisa</i>	<i>Termos de pesquisa</i>	<i>Resultados</i>
S1	Stroke	29575
S2	Recovery of function	7346
S3	Adaptation psychological	7893
S4	Emotional adjustment	270
S5	S3 or S4	8116
S6	S2 and S5	47
S7	S1 and S6	8

Tabela 2 - Termos pesquisados e estratégia de pesquisa na base de dados MEDLINE via EBSCO.

APÊNDICE 2 – Fluxograma da Pesquisa

Fluxograma de Pesquisa

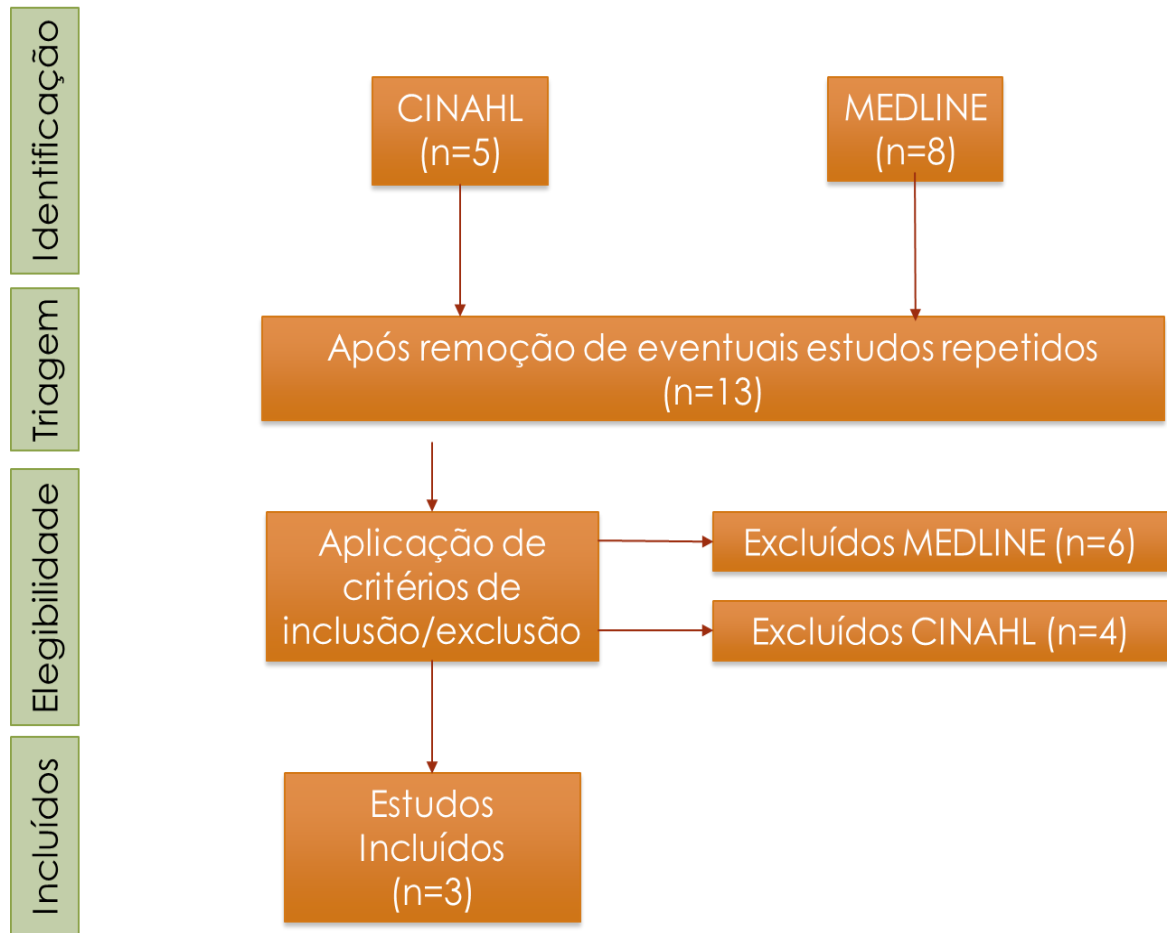


Imagem 1 – Fluxograma da pesquisa

APÊNDICE 3 – Planeamento de Atividades

Domínios e Competências Gerais e Específicas:

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades/Estratégias</u>	<u>Indicadores</u>
1. Analisar a atuação do EER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade;	• Realização de entrevistas em cada local de estágio; • Observação e compreensão das dinâmicas das equipas de enfermagem e multidisciplinar, nos locais de estágio; • Observação da intervenção do EER e a dinâmica da sua intervenção na equipa multidisciplinar; • Identificação de instrumentos de colheita de dados, avaliação e registos utilizados nos serviços; • Consulta de manuais e protocolos dos locais de estágio, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados • Recolha de informação pertinente que permita a articulação com outros serviços e com a comunidade	• Ter realizado entrevistas em cada local de estágio • Ter demonstrado compreensão e conhecimento sobre o funcionamento do serviço em termos estruturais, funcionais e organizacionais • Ter compreendido a atuação/intervenção/ papel do EER em cada local de estágio • Ter consultado documentos do serviço existentes • Ter informação sobre a articulação dos serviços com outros serviços e com a comunidade que promovem a continuidade de cuidados nos programas de reabilitação
<u>Recursos</u>	<u>Humanos:</u> Enfermeiros chefes, EER orientador de cada local de estágio, Equipas de enfermagem dos locais de estágio, restante equipa multidisciplinar; pessoa e/ou família; Docente orientador	
	<u>Materiais:</u> normas, protocolos e projetos dos serviços, guias de acolhimento/integração, instrumentos de colheita de dados e de transferência/alta e seguimento de cada local de estágio e escalas de avaliação	
	<u>Físicos:</u> ECCI e MFR do CHLC	
	<u>Temporais:</u> ver cronograma	

Domínios e Competências Gerais e Específicas:

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades/Estratégias</u>	<u>Indicadores</u>
2. Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação	• Aprofundar um exercício profissional com base nos direitos humanos e no código deontológico; • Cooperação com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa e família, respeitando os seus valores, costumes, privacidade, crenças pessoais e religiosas; • Reflexão e participação na tomada de decisão em conjunto com a equipa com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão	• Ter desenvolvido uma prática de cuidados de enfermagem de acordo com os princípios éticos, morais e deontológicos que regem a profissão; • Ter demonstrado uma prática em cooperação com a equipa multidisciplinar que envolve a pessoa e família na tomada de decisão de acordo com as intervenções delineadas para a prestação de cuidados; • Ter demonstrado capacidade de reflexão e participação na tomada de decisão em conjunto com a equipa multidisciplinar
<u>Recursos</u>	<u>Humanos:</u> Enfermeiros Chefes, EEER orientador de cada local de estágio, Equipas de enfermagem dos locais de estágio, restante equipa multidisciplinar; pessoa e/ou família; Docente orientadora	
	<u>Materiais:</u> código deontológico do enfermeiro e outros documentos reguladores da profissão, carta dos direitos e deveres do doente; Publicações na área da ética e deontologia de enfermagem	
	<u>Físicos:</u> ECCI e MFR do CHLC e biblioteca da ESEL	
	<u>Temporais:</u> ver cronograma	

Domínios e Competências Gerais e Específicas:

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades/Estratégias</u>	<u>Indicadores</u>
3. Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC e sua família	• Pesquisa bibliográfica pertinente da mais adequada evidência científica sobre a temática • Desenvolvimento de conhecimentos técnico-científicos na área do AVC • Desenvolvimento de conhecimentos sobre as principais alterações psicoemocionais na pessoa com AVC e a sua influência no processo de reabilitação/recuperação • Desenvolvimento de conhecimentos sobre as principais alterações na pessoa com AVC a nível das diferentes funções: cognitiva, sensorial, motora, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; • Rentabilização das oportunidades de aprendizagem	• Ter demonstrado conhecimentos com base em evidência científica • Ter desenvolvido conhecimentos técnico-científicos na área do AVC • Ter demonstrado conhecimentos sobre as alterações psicoemocionais mais prevalentes na pessoa com AVC e como elas afetam a sua recuperação • Ter demonstrado apropriação de conhecimentos sobre as principais alterações na pessoa com AVC
<u>Recursos</u>	<u>Humanos:</u> Enfermeiros chefes, EEER orientador de cada local de estágio, Equipas de enfermagem dos locais de estágio, restante equipa multidisciplinar; pessoa e/ou família; Docente orientadora	
	<u>Materiais:</u> computador com acesso à internet, livros, artigos científicos em revistas ou bases de dados, trabalhos académicos, ou qualquer bibliografia pertinente na área da reabilitação, produtos de apoio, legislação em vigor	
	<u>Físicos:</u> ECCI e MFR do CHLC	
	<u>Temporais:</u> ver cronograma	

<u>Domínios e Competências Gerais e Específicas:</u> A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa		
<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades/Estratégias</u>	<u>Indicadores</u>
4. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao cliente e família, na área da reabilitação motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação, da sexualidade	• Observação e avaliação do cliente e família de modo a identificar as necessidades de intervenção; • Colheita de dados objetivos e subjetivos, história clínica e familiar, identificação das necessidades específicas do utente e família e de fatores facilitadores e inibidores para a satisfação das mesmas; • Preenchimento de instrumentos de colheita de dados, de escalas e instrumentos de avaliação funcional da pessoa; • Elaboração e implementação de um plano de cuidados de reabilitação adaptado às necessidades da pessoa; • Avaliação dos resultados das intervenções implementadas; • Reformulação das intervenções implementadas, conforme evolução; • Elaboração de registos de enfermagem que deem visibilidade às intervenções implementadas.	• Ter estabelecido uma relação de confiança e de parceria de cuidados com a pessoa e família e ter identificado as suas necessidades; • Ter selecionado informação pertinente acerca das necessidades e dos fatores inibidores e facilitadores para a satisfação das mesmas; • Ter selecionado as escalas e instrumentos mais adequados a cada situação específica de cada pessoa e família; • Ter elaborado e implementado planos de reabilitação adequados às necessidades da pessoa e família; • Ter avaliado os resultados das intervenções implementadas; • Ter reformulado as intervenções de acordo com a evolução do cliente e família; • Ter elaborado registos de enfermagem que dão visibilidade às intervenções implementadas.
<u>Recursos</u>	<u>Humanos:</u> EEER orientador de cada local de estágio, Equipas de enfermagem dos locais de estágio, restante equipa multidisciplinar; pessoa e/ou família; Docente orientadora	
	<u>Materiais:</u> computador com acesso à internet, livros, artigos científicos em revistas ou bases de dados, trabalhos académicos, ou qualquer bibliografia pertinente na área da reabilitação, produtos de apoio, legislação em vigor, escalas de avaliação, processo clínico	
	<u>Físicos:</u> ECCI e MFR do CHLC	
	<u>Temporais:</u> ver cronograma	

Domínios e Competências Gerais e Específicas:

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades/Estratégias</u>	<u>Indicadores</u>
5. Capacitar o cliente e família em processo de recuperação pós AVC a lidar com as alterações psicoemocionais , para promover a funcionalidade	• Demonstração de conhecimentos técnico-científicos adquiridos sobre a temática; • Planeamento das intervenções de enfermagem a realizar tendo em conta um plano individualizado de prestação de cuidados à pessoa com AVC e família tendo em conta o modelo de Mauk • Prestação de cuidados individualizados e adequados à avaliação realizada com base no Modelo de Mauk • Capacitação da pessoa com AVC e família para a identificação de alterações psicoemocionais e ensino de estratégias para lidar com as mesmas tendo em conta o modelo de Mauk; • Promoção da funcionalidade da pessoa com AVC • Avaliação das intervenções realizadas e atualização/reformulação do plano individual de intervenção sempre que necessário • Ensino, treino e supervisão da pessoa com AVC e família de técnicas de satisfação das necessidades identificadas para promover a independência; • Identificação de produtos de apoio que possam maximizar a funcionalidade e a independência da pessoa com AVC • Ensino, treino e supervisão da utilização de produtos de apoio com intuito de promoção da funcionalidade e independência	• Ter demonstrado conhecimento específico da área e capacidade de mobilização para a prática • Ter elaborado planos individuais de intervenção à pessoa com AVC e família; • Ter prestado cuidados individualizados e adequados justificando-os com o Modelo de Mauk e com evidência científica • Ter criado uma relação de parceria de cuidados com a pessoa e família de forma a capacitá-las para a promoção da funcionalidade; • Ter promovido a funcionalidade da pessoa com AVC • Ter avaliado as intervenções realizadas e atualizado planos de intervenção. • Ter envolvido a pessoa e família nos cuidados e nos ensinamentos realizados para a promoção da sua independência; • Ter selecionado os produtos de apoio mais adequados a cada situação para a promoção da funcionalidade;

	• Avaliação das intervenções realizadas e atualização/reformulação do plano individual de intervenção sempre que necessário	• Ter realizado ensinios e supervisão da utilização dos produtos de apoio e das técnicas sugeridas; • Ter validado ensinios
<u>Recursos</u>	<u>Humanos:</u> Enfermeiros chefes, EEER orientador; pessoa e/ou família; Docente orientadora	
	<u>Materiais:</u> computador com acesso à internet, livros, artigos científicos em revistas ou bases de dados, trabalhos académicos, ou qualquer bibliografia pertinente na área da reabilitação, produtos de apoio, legislação em vigor	
	<u>Físicos:</u> ECCI e MFR do CHLC	
	<u>Temporais:</u> ver cronograma	

<u>Domínios e Competências Gerais e Específicas:</u> D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica		
<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades/Estratégias</u>	<u>Indicadores</u>
6. Analisar processo de aprendizagem efetuado	• Reflexão diária do exercício profissional • Realização de reuniões formais e informais com o orientador e com a docente de modo a discutir a minha evolução e quais os aspetos em que me devo focar de forma a melhorar a prestação de cuidados; • Procura de momentos de aprendizagem com aumento da complexidade no decorrer dos estágios; • Análise e reflexão de casos/acidentes/situações da prática de cuidados de forma a consolidar conhecimentos teóricos e práticos • Identificação de competências desenvolvidas e a desenvolver	• Ter demonstrado capacidade de reflexão; • Reconhecer capacidades, limitações e aspetos a melhorar na minha prática; • Ter procurado situações cada vez mais complexas no decorrer do estágio • Ter demonstrado apropriação de conhecimentos após reflexão das situações vivenciadas na prática; • Ter identificado capacidades adquiridas e capacidades que devo continuar a desenvolver no futuro
<u>Recursos</u>	<u>Humanos:</u> Enfermeiros Chefes, EEER orientador de cada local de estágio, Equipas de enfermagem dos locais de estágio, restante equipa multidisciplinar; pessoa e/ou família; Docente Orientador	
	<u>Materiais:</u> código deontológico do enfermeiro e regulamento das competências comuns e específicas de ER, Publicações na área de enfermagem de reabilitação; jornais de aprendizagem	
	<u>Físicos:</u> ECCI e MFR do CHLC e biblioteca da Esel	
	<u>Temporais:</u> ver cronograma	

APÊNDICE 4 - Cronograma

CRONOGRAMA

[illegible]

ANEXOS

The Mauk Model for Poststroke Recovery



In Mauk, K. L., Lemley, C., Pierce, J., & Schmidt, N. A. (2011). The Mauk model for poststroke recovery : assessing the phases. *Rehabilitation Nursing*, 36(6), 241–247. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2011.tb00089.x>

APÊNDICE 2 – Plano de Cuidados Sr. E (MFR)



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Curso Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação
Estágio com Relatório

Estudo de caso - I

DISCENTE:

Nº 4325 Teresa Eurica Prazeres Castanho

Lisboa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Curso Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação
Estágio com Relatório

Estudo de caso - I

DISCENTE

Nº 4325 Teresa Eurica Prazeres Castanho

REGENTE

Prof Maria do Céu Sá

DOCENTES:

Prof. Dra. M^a. Fátima Marques

Lisboa

Novembro 2019

ÍNDICE

0.	Revisão Anatomo-Patológica Relativa À Situação Clínica	4
1.	Colheita De Dados	5
	Dados Pessoais	5
	História De Saúde Atual	6
	Exames Complementares De Diagnóstico	8
	Estado Mental	11
	Sensibilidade	11
	Motricidade	11
	Pares Cranianos	13
	Equilíbrio	14
	Marcha	22
	Avaliação Do Grau De Dependência E Impacto No Autocuidado	23
	Escalas De Avaliação	23
	Programa De Reabilitação/ Plano De Intervenção	23
	The Mauk Model For Poststroke Recovery	24
	Plano De Cuidados	25
	Referências Bibliográficas	38

0. REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA RELATIVA À SITUAÇÃO CLÍNICA

Em maio de 2019, o Sr. E. sofre um episódio inaugural de instalação rápida caracterizado por diminuição súbita da força muscular do hemicorpo esquerdo associado a cefaleia intensa. Segundo Garcia e Coelho (2009) “o acontecimento cerebrovascular é, em geral, um episódio agudo e/ou isquémico ou hemorrágico. (...) É o acidente vascular cerebral (AVC)” (p.160).

Quando há suspeita clínica de AVC, uma das técnicas de maior utilidade na investigação do AVC é a Tomografia Computorizada (TC) (Menoita, et al., 2012), que o Sr. E. realizou em S. Tomé e Príncipe e que terá revelado hemorragia parieto-occipital direita. Que, segundo a mesma autora, uma hemorragia intracerebral lobar tem como um dos sintomas mais frequentes a cefaleia.

À chegada a Portugal, no exame neurológico do SU destacava-se no Sr. E.: extinção sensitiva esquerda, hemianopsia homónima esquerda por confrontação, hipoalgesia da hemiface esquerda, apagamento do sulco nasogeniano esquerdo, hemiplegia esquerda.

Por o Sr. E. ter apenas 35 anos, procedeu-se ao estudo do AVC no jovem que para Garcia e Coelho (2009) constitui um grande desafio, dado que consiste na identificação das etiologias mais frequentes do AVC nesta faixa etária. Este estudo no Sr. E. deu negativo.

Contudo, nos exames complementares de diagnóstico efetuados foi diagnosticada dissecção carotídea ipsilateral que resultou em enfarte de áreas hemisféricas cerebrais direitas, em território da Artéria Cerebral Média (parietal, com extensão frontal; occipital externa; núcleo capsular/radiaria). Que justificam a sintomatologia existente no SU, como explicitado de seguida.

A dissecção arterial consiste na ocorrência de hemorragia na espessura da parede duma artéria, que no caso de ser uma carótida leva à estenose ou oclusão da artéria e, eventualmente, enfarte cerebral. (Garcia & Coelho, 2009).

Lesões na região parietal vão afetar a via da sensibilidade, pelo que irão originar hipostesia e/ou analgesia. Uma lesão na cápsula interna pode causar hemiplegia,

se for na região parietal direita o mais provável é a pessoa apresentar *neglet*. Uma hemorragia intracerebral hemisférica lobar tem como sintomas mais frequentes a hemianopsia, o *neglet*, entre outros (Garcia & Coelho, 2009; Menoita, et al. 2012).

No internamento na MFR do HCC não se verifica *neglet*, este foi avaliado através da prova da barragem e do desenho do relógio como demonstrado nas fig. 1 e 2, respetivamente. Tal pode-se justificar com a idade do Sr. E. pois como nos diz Menoita, et al. (2012), um cérebro jovem tem maior capacidade de adaptação funcional.

Na avaliação neurológica do Sr. E. foi possível detetar défice de atenção. Garcia e Coelho (2009) explicitam-nos que o hemisfério cerebral direito é responsável pelo processo da atenção, pelo que lesões neste hemisfério vão afetar esta função cognitiva. Também o EEG de 30/08/2019 refere atividade lenta praticamente continua frontotemporal direita a indicar alteração funcional deficitária nesta localização. E, de acordo com os autores supracitados, o processo da atenção, apesar de ter sede no tronco cerebral, envolve outras estruturas encefálicas, com igual importância, nomeadamente áreas do córtex cerebral frontal, parietal e temporal.

Segundo Garcia e Coelho (2009), a paralisia facial central integra-se no contexto de hemiplegia do mesmo lado, como demonstrava o Sr. E. à avaliação no SU. Uma lesão para causar hemiplegia “tem que ser extensa se for cortical podendo ser pequena se for na cápsula interna” (p.116).

1. COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais

Nome: E. Q. C.

Data de nascimento: 13/01/1984

Idade: 35 anos

Género: Masculino

Estado civil: Casado

Profissão: Motorista do Ministério da Saúde

Habilitações literárias: Curso profissional de gestão empresarial

Grupo Étnico: Africano

Natural de: São Tomé e Príncipe

Residência: Lisboa

Condições residenciais: apartamento alugado em Algés, rés do chão com 7 degraus de acesso após a entrada no prédio.

Situação atual familiar/habitacional/social:

O Sr. E tem esposa e dois filhos a residir em São Tomé e Príncipe. Não prevê o regresso à terra natal, num futuro próximo. A residir em Portugal, tem a mãe e um irmão, que se identificaram como cuidadores.

HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL

Informação colhida a partir do processo clínico e de entrevista ao Sr. E.

Em maio de 2019, o Sr. E. deu entrada no Hospital AB por um episódio inaugural de instalação rápida caracterizado por diminuição súbita da força muscular do hemicorpo esquerdo associado a cefaleia intensa. Com agravamento nos dias subsequentes, com alteração do estado de consciência, havendo ainda referência a possível crise convulsiva, iniciou fenitoína. Neste internamento terá realizado **TC-TC CE que terá mostrado hemorragia parieto-occipital direita.**

Esteve internado até finais de julho mantendo-se estável e sem recuperação dos défices. Foi evacuado e transferido para o Hospital CD para avaliação por neurologia no dia 23 de agosto de 2019.

Ao exame neurológico no serviço de urgência destacava-se: extinção sensitiva esquerda, hemianopsia homónima esquerda por confrontação, hipoalgesia da hemiface esquerda, apagamento do sulco nasogeniano esquerdo, hemiplegia esquerda, com hipotonia do membro superior e membro inferior já com esboços de

espasticidade, hiperreflexia miotética relativa à esquerda e reflexo córneo palpebral sem resposta à esquerda.

Após realização de meios complementares de diagnóstico (descritos em subcapítulo próprio) diagnosticada dissecção carotídea ipsilateral que resultou em enfarte de áreas hemisféricas cerebrais direitas, em território da Artéria Cerebral Média (parietal, com extensão frontal; occipital externa; núcleo capsular/radiaria). Mantendo como diagnóstico principal AVC hemorrágico.

Iniciou anti agregação plaquetar com clopidogrel, fez-se *switch* da fenitoina para levetiracetam 500mg 12/12h e o Sr. E. ficou internado no Serviço de Neurologia do Hospital EF para investigação ulterior.

Realizado estudo de AVC jovem que se revelou normal/negativo.

Como intercorrência a destacar neste internamento: pneumonia nosocomial direita, cumpriu ciclo de antibioterapia com piperacilina+tazobactam, durante 7 dias, com boa resposta clínica.

O Sr. E. iniciou reabilitação motora com melhoria progressiva do défice motor, sendo que a data da alta deste serviço apresentava: hemianopsia homónima esquerda, extinção sensitiva esquerda, hemiparesia esquerda de predomínio braquial, com avaliação da forma muscular segmentar: abdução ombro 2-5 embora à custa do movimento de elevação do ombro, lesão do cotovelo 2-5 sem movimentos ativos do punho ou da mão; MIE – flexão da coxa 3-5, extensão joelho 3-5 sem movimentos do pé. Hemihipoalgesia esquerda com face. Mantém bom equilíbrio sentado, sendo incapaz de assumir o ortostatismo.

Transferido para Medicina Física e Reabilitação a 26 de setembro do Hospital GH.

Medicação atual – Enoxaparina sódica 40mg/0.4ml (1x/dia); Levetiracetam 1000mg (2x/dia); Clopidogrel 75mg (1x/dia); SOS: Metamizol Magnésico 575mg; Paracetamol 1g

Por apresentar tensão arterial tendencialmente elevada (13/10 165/93mmHg; 12/10 164/93mmHg; 9/10 165/88mmHg), inicia Nifedipina 60mg a 15/10. Restantes sinais vitais sem alterações.

Co-morbilidades

Antecedentes pessoais: sem antecedentes pessoais conhecidos, sem hábitos tabágicos ou etanólicos, sem medicação atual prévia, alérgico à aspirina (reação cutânea).

Exames complementares de diagnóstico

- 1) TC-CE (24/08) “Cortes axiais desde o plano do buraco magno até ao vértex, sem administração de contraste. Sem evidencia de lesão vascular aguda, isquémica ou hemorrágica. Sequelas de lesões vasculares estriatocapsular, frontoparietal bilateral na alta convexidade e parietal parassagital direitas. Não há coleções hemorrágicas pericerebrais. Ligeira redução global do volume encefálico. Seios perinasais e ouvidos médios com transparência conservada”
- 2) AngioTAC-CE (24/08): “assinalamos afilamento da artéria carótida interna direita pós-bulbar até compartimento intracraniano, filiforme ao nível da bifurcação, com duvidosa interrupção (vs estenose pré-oclusiva) do seu fluxo a nível do segmento 1proximal. Preenchimento, por colaterais, do segmento M1 distal assim como das suas divisões, apesar de menos expressivo do que no hemisfério contralateral. De referir ainda presença de estrutura hipodensa na parede pósterolateral do bulbo – sequela de hematoma mural? Os aspetos descritos poderão estar relacionados com eventual dissecção. Sem outras aparentes alterações vasculares, de natureza actasante e/ou estenosantes”
- 3) RM-CE com Angio (30/08/2019): áreas de enfarte recentes hemisféricas cerebrais direitas, em território da ACM (parietal, com extensão frontal; occipital externa; núcleo capsular/radiaria). Persistem sinais de efeito massa. Pequenos focos de transformação hemorrágica de provável natureza petequial, em localização núcleo capsular e radiaria. Sem desvios compartimentais.

O estudo angio TM efetuado revela redução significativa do calibre e sinal de fluxo na carótida interna direita, desde o segmento bulbar, com marcado afilamento dos segmentos pós bulbar e cervical superior. Compatíveis com estenose acentuada. Persiste escasso sinal de fluxo dos segmentos petroso e cavernoso, bem como da ACM direita e respetivos ramos. Aparente

preenchimento do segmento A1direito (mais evidente em imagens de aquisição). Regular calibre e morfologia dos restantes segmentos arteriais intracranianos. Restantes segmentos arteriais cervicais permeáveis com redução aparente de calibre da artéria vertebral direita, sobretudo nos seus segmentos V1 e V4, sem irregularidades parietais evidentes. A sequencia T1 fs dirigida ao pescoço revela hipsinal (de predomínio periférico) da carótida interna direita, desde a sua origem, mais acentuado no segmento cervical superior, que relacionamos com presença de rombo, a suportar o diagnostico de dissecção

- 4) Ecodoppler dos vasos do pescoço (29/08/2019): afilamento do segmento pós-bulbar da artéria carótida interna direita, a qual preenche regularmente por efeito Doppler cor, assinalando-se contudo alteração hemodinâmica da carótida pos bulbar, com redução global da velocidade sistodiastolica, verificando-se aumento do índice resistência na carótida primitiva homolateral. A carótida externa direita está permeável e admite-se aumento da velocidade diastólica da artéria carótida externa – internalização da carótida externa direita. Não se observa doença ateromatosa deste eixo vascular ou dos restantes troncos supra-aorticos ou alterações da parede vascular, sugestivas de doença de natureza inflamatória. As alterações ecográficas e hemodinâmicas referenciadas – estenose longa e filiforme da CID por dissecção vascular, sem hematoma intra-mural ou aneurisma associado. Regular preenchimento das artérias carótidas primitivas pelo efeito doppler cor, sem evidencia de infiltração ateromatosa. Aumento das velocidades de fluxo da artéria carótida primitiva esquerda (VS 146cm/s e VD 33.6 cm/s), atribuível a fenómeno compensatório pela circulação contralateral, estando mantidas as normais velocidades de fluxo da artéria carótida primitiva direita. O estudo da artéria carótida interna esquerda e do segmento inter-transverario das artérias vertebrais não revelou alterações ecográficas de significado patológico, não se constatando alteração dos respetivos perfis velocimétricos.
- 5) EEG (30/08/2019) 1. eletrogénese de base preservada; 2. atividade lenta praticamente continua frontotemporal direita a indicar alteração funcional deficitária nesta localização, a merecer correlação com exames de imagem, 3. Sem registo de atividade paroxística.

2. EXAME FISICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Exame físico sumário

Vígil, e orientado nas três vertentes. Idade aparente coincidente com a idade real. Eupneico em ar ambiente, com 18 ciclos por minuto. Hemodinamicamente estável com pressão arterial de 111/86 mmHg, após introdução de anti hipertensor; frequência cardíaca de 65 batimentos por minuto, temperatura timpânica de 35.8°C, e sem manifestações de dor e/ou desconforto em repouso.

Pele e mucosas hidratadas, coradas e íntegras. Aparência cuidada.

Sem paralisia facial. Sem edema no hemicorpo esquerdo.

Sem alterações morfológicas visíveis.

Embora não tenha sido possível até à data avaliar o peso, aparentemente bem nutrido.

Estado emocional

Humor subeutímico maioria do tempo;

Fácies sorridente ao contacto, comunicativo à abordagem, sem barreiras linguísticas.

Apresenta períodos de ansiedade, por vezes relacionados com frustração quando confrontado com os défices.

Questiona várias vezes as expectativas dos profissionais de saúde relativamente à sua recuperação embora não verbalize as suas, dizendo que: “é um dia de cada vez” (SIC), pergunta se “a mão vai voltar a mexer” (SIC) e se vai “voltar a andar” (SIC).

Motivado para o programa de reabilitação.

A 5/11 apresentou episódio de labilidade emocional associado a um sonho no qual não tinha sofrido o episódio de AVC nem tinha défices. Ao acordar, deparou-se com os seus défices e verbalizou preocupação com o futuro. Compreende que não vai ser possível voltar ao antigo emprego (motorista), porém considera a hipótese de se manter a trabalhar para o ministério da saúde de S. Tomé e Príncipe, uma vez que tem um curso profissional de gestão empresarial.

3. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESTADO MENTAL:

Estado de consciência – vígil

Estado de orientação – orientado nas 3 vertentes

Atenção – hipoprosexia – (vigilância – Hipovígil + tenacidade - constante distração + concentração – diminuição da capacidade da manutenção da atenção voluntária)

Memória – sem alterações

Linguagem – nomeia, repete, fluente, cumpre ordens simples e complexas

Negligencia hemiespacial unilateral – apresenta algum *neglet* segundo a prova de barragem (Fig.1), relógio – não confirma *neglet*. (Fig.2).

Nota: Após a prova de *neglet* e a avaliação dos campos visuais (pares craneanos): admitida possível alteração dos campos visuais, de difícil avaliação por déficit de atenção.

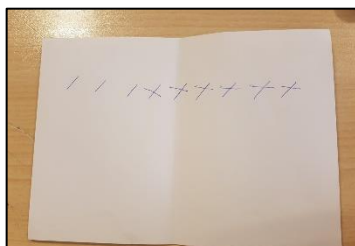


Fig.1 – Prova “de barragem”

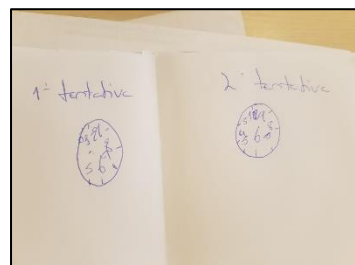


Fig.2 prova de *neglet*: desenho espontâneo de relógio

SENSIBILIDADE

Sensibilidade mantida no hemicorpo direito.

Sensibilidade superficial – hipostesia tátil no hemicorpo esquerdo;

Sensibilidade profunda – sentido de pressão comprometido; sensibilidade postural alterada; sensibilidade vibratória comprometida;

MOTRICIDADE

Coordenação motora

Prova índice – nariz e prova de Barany – taxia mantida no MSDto.
Não avaliada no MSESq.

Prova calcanhar – joelho – taxia mantida no MIDto. Não avaliada no MIESq.

Tónus muscular

Avaliação da Espasticidade - Ashworth		27/09/19	17/10/2019	5/11/2019
Cabeça e pescoço		0	0	0
Tronco		0	0	0
Cintura Escapular	Levantadores da omoplata	0	0	0
	Adutores da omoplata	0	0	0
	Abdutores da omoplata	0	0	0
	Adutores omoplata e braço	0	0	0
	Flexores do ombro	0	0	0
	Extensores do ombro	0	0	0
	Abdutores do ombro	0	0	0
	Adutores/abaixadores ombro	0	0	0
	Rotadores internos do ombro	0	0	0
	Rotadores externos do ombro	0	0	0
Cotovelo	Flexores	0	1	1
	Extensores	0	1	1
	Pronadores	0	1	1
	Supinadores	0	1	1
Punho	Flexores	1	1	1
	Extensores	1	1	1
Mão	Flexores dos dedos	1	1	1
	Extensores dos dedos	1	1	1
	Abdutores dos dedos	1	1	1
	Adutores dos dedos	1	1	1
	Extensor/abdutor do polegar	1	1	1
	Músculos Intrínsecos do Polegar	1	1	1
Anca	Flexores	0	0	0
	Extensores	0	0	0
	Abdutores	0	0	0
	Adutores	0	0	0
	Rotadores internos	0	0	0
	Rotadores externos	0	0	0
Joelho	Flexores	0	0	0
	Extensores	0	0	0
Tornozelo	Flexores dorsais	0	0	0
	Flexores plantares	0	0	0
Pé	Eversores	0	0	0
	Inversores	0	0	0
	Flexores dos dedos	0	0	0
	Extensores dos dedos	0	0	0

Força muscular

Medical Research Council – Escala Força Muscular no hemicorpo esquerdo							
	0 Nenhuma contração visível	1 Contração visível sem moviment o do segmento	2 Movimento ativo com eliminação da gravidade	3 Movimento ativo contra a gravidade	4 Movimento ativo contra gravidade e resistência	5 Força normal	
Abdução do ombro		x					Data 27.09
				x			16.10
	X						27.09
Extensão do punho			x				16.10
	X						27.09
		x					16.10
Extensão do joelho			x				27.09
			x				16.10
		x					27.09
			x				16.10
		x					27.09
		x					16.10

PARES CRANIANOS

<u>Pares Cranianos</u> M- mantido D- diminuído A - ausente NA- não avaliável		Data	
		2 Out	17 Out
I – Olfactivo	Fechar os olhos e identificar odores (Café, canela)	M Dta D Esq	M Dta D Esq
II – Óptico	Para encerrar um dos olhos, avaliar campo visual (60° em relação à linha média e a 40° da linha nasal para dentro)	D	D

III – Óculo-motor	Resposta pupilar ao estímulo luminoso		
IV – Patético	Seguir o dedo do enfermeiro que irá desenhar um H	M	M
VI- Motor Ocular Externo	Simetria dos movimentos oculares	M	M
V – Trigêmeo	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa	M	M
	Reflexo córneo-palpebral	M	M
	Encerrar e mover a mandíbula bilateralmente	M	M
VII – Facial	Sorrir e para franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras	M	M
	Apagamento do sulco nasogeniano	M	M
VIII – Acústico	Acuidade auditiva de olhos fechados		
	Equilíbrio estático e dinâmico	M	M
	Tonturas e ou vertigens	D	D
	Teste de Romberg - pé com os pés juntos e os membros superiores em extensão (anterior) e olhos fechados	D	D
IX – Glossofaríngeo	Reconhecer sabores como o doce e salgado	NA	NA
X – Vago	Reflexo do vômito	M	M
	Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão	M	M
XI – Espinhal	Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente contra resistência	M	M
XII – Hipoglosso	Diferentes movimentos da língua e com contra a resistência	M	M

EQUILIBRIO

Equilíbrio sentado estático e dinâmico mantido.

Assume ortostatismo com ajuda mínima, equilíbrio estático mantido após correção do pé esquerdo e com controlo do joelho esquerdo.

Equilíbrio dinâmico comprometido.

Escala de Berg			
1. Posição sentada para posição em pé (instruções: por favor levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente			X
(3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos		X	
(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas	X		
(1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se			
(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se			
2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos			
(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão		X	X
(2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	X		
(1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			
(0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)			

Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 1 minuto	X	X	X
(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão			
(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos			
(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos			
(0) Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos			
4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos			X
(3) controla a descida utilizando as mãos	X	X	
(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida			
(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle			
(0) Necessita de ajuda para sentar-se			
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.			
Pontuação	27.09	17.10	05.11

(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos			X
(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos		X	
(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão	X		
(1) necessita de uma pessoa para ajudar			
(0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança			
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: Por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança			
(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão		X	X
(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos	X		
(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé			
(0) necessita de ajuda para não cair			
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança			

(3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão			
(2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos			X
(1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos		X	
(0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos	X		

8. Alcançar a frente com o braço entendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).

Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)			X
(3) capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)			
(2) capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)		X	
(1) capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão			
(0) perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo	X		

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções: pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança			
(3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão			X
(2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente		X	
(1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando	X		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair			
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso			
(3) olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso		X	X
(2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio	X		
(1) necessita de supervisão para virar			

(0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair			
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou mãos			
(3) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos			X
(2) capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente			
(1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais		X	
(0) necessita de ajuda enquanto gira	X		
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos			
(3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos			
(2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda			
(1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda			X

(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair	X	X	
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: (demonstre para o paciente). Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos			
(3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos			
(2) capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos			
(1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos			
(0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé	X	X	X
14. Permanecer em pé sobre uma perna (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)			
Pontuação	27.09	17.10	05.11
(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos			
(3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos			

(2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos			
(1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente		X	X
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair	X		
PONTUAÇÃO FINAL	18 - elevado risco de queda / equilíbrio diminuído	29 - risco de queda médio/ equilíbrio médio	39 - risco de queda médio/ equilíbrio médio

MARCHA

Encontra-se a realizar treino de marcha por curtos períodos e para curtas distâncias. Necessita de auxiliar de marcha - tripé à direita e apoio unilateral à esquerda com atenção para manter um correto posicionamento do joelho e do pé esquerdo (utiliza *foot-up*).

Categorias Funcionais da Marcha (Escala)			
Avaliações	27.09	17.10	05.11
0 – não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo	X		
1 – marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas		X	
2- marcha domiciliar: a ambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa			X
3 – deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distancia limitada e restrita			
4 – marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distancia considerável, ate mesmo irrestrita			
5 – marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distancia como em aparência.			

Avaliação do grau de dependência e Impacto no autocuidado

Escalas de avaliação

Escalas:	27/09/19	16/10/19	05/11/19
MIF	73	77	88
Legenda	61 a 103: dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)	61 a 103: dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)	61 a 103: dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)
Barthel	35	45	55
Legenda	21 a 60: Grave Dependência	21 a 60: Grave dependência	21 a 60: Grave dependência
MMSE	-	26	
Legenda		Sem defeito cognitivo	
Morse	30	65	65
Legenda	Médio risco de queda	Alto risco de queda	Alto risco de queda
Berg	18	29	39
Legenda	elevado risco de queda / equilíbrio diminuído	risco de queda médio/ equilíbrio médio	risco de queda médio/ equilíbrio médio

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO/ PLANO DE INTERVENÇÃO

Os principais focos para a elaboração do plano de intervenção de acordo com os principais problemas identificados através da avaliação funcional pela escala MIF foram: ao nível dos Autocuidados – banho, vestir e despir (metade superior e inferior); Mobilidade – transferências e Locomoção – marcha.

Planeamento futuro:

O irmão conseguiu mudar de casa, para uma casa maior e com condições para os 3 adultos. A perspetiva será manter tratamento em ambulatório pelo que o Sr., pediu transferência do processo clínico para o Hospital IJ – aguarda-se resposta;

THE MAUK MODEL FOR POSTSTROKE RECOVERY

Na primeira semana de intervenção com o Sr. E. admiti que este estaria na fase *Blending*. Uma vez que o seu discurso demonstrava uma tentativa para se ajustar à mudança, disponibilidade para aprender e para se adaptar – “eu tenho vontade de aprender, eu quero ser independente outra vez” (SIC). Três dias depois, durante a intervenção, quando tinha dificuldade no vestir, verbalizou sentir-se frustrado por não conseguir realizar a atividade de forma correta à primeira: “eu fico chateado por não conseguir, mas eu estou a tentar” (SIC) e enquanto refere isto, suspira, e tem movimentos grossos e uma atitude quase derrotista, apesar da verbalização da tentativa. Noutras alturas, refere: “eu vou conseguir” (SIC). Este discurso, segundo Mauk (Mauk et al. 2011, Mauk, 2006), coloca-o na fase mencionada.

Fase	Tarefa	Intervenção principal
Agonizing	Sobreviver ao evento	“Providing protection and physical care”
Fantasizing	“Ego protection”	Orientação para a realidade e suporte emocional
Realizing	Enfrentar a realidade	Suporte emocional e psicossocial
Blending	Adaptação	Ensinar: realizar ensinios, encontrar estratégias e meios de adaptação em parceria com a família
Framing	Reflexão	Escuta ativa e razão medica válida para a ocorrência do AVC
Owning	Seguir em frente com a vida	Aprimorar recursos internos do individuo e família

PLANO DE CUIDADOS

	Como já foi identificado anteriormente, segundo a Mauk, o utente encontra-se na fase Blending, e tem associada uma tarefa específica – Adaptação – que é expectável atingir no final desta fase. Para tal, a mesma autora sugere determinadas intervenções de enfermagem específicas para esta etapa. É possível associar algumas dessas intervenções aos diagnósticos seguidamente apresentados, contudo existem outras que são transversais ao plano de cuidados, nomeadamente: ✓ Encorajar a persistência e a perseverança na reabilitação – feedback positivo, confrontação com os ganhos adquiridos até ao momento; ✓ Focalizar nos ensinamentos de enfermagem, incluindo as competências necessárias para a adaptação no domicílio após o AVC – ensinamentos realizados nos diferentes diagnósticos levantados e ensinamentos sobre estratégias adaptativas relevantes para a cuidadora adotar no domicílio; ✓ Incentivar e motivar a aprendizagem de novas competências – criar ambiente propício à aprendizagem, transmitir a confiança necessária para tentar dar espaço para o erro, melhorar as técnicas, valorizando os “pequenos” ganhos ✓ Providenciar uma visualização realista da recuperação funcional ✓ Promover o envolvimento familiar – identificada cuidadora principal – mãe, à qual foram realizados ensinamentos específicos sobre prevenção de quedas, sobre preparação da alimentação; sobre técnica de marcha com bengala; sobre técnica de vestir e despir; sobre orientação para a tarefa, mediando expectativas e enfatizando a necessidade de dar tempo à realização da tarefa sem substituir ✓ Enfatizar as forças do “stroke survivor” de forma a fomentar a esperança - feedback positivo, confrontação com os ganhos adquiridos até ao momento; ✓ Incentivar a esperança de forma realista – incentivar a expressão de emoções e sentimentos: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros, e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejos de viver, paz interior, otimismo; associado ao traçar de objetivos e mobilização de energia ✓ Auxiliar na elaboração de objetivos tanto a longo, como a curto prazo – em parceria com a pessoa e a família, por exemplo: para a semana tolerar uma distância maior no treino de marcha; ✓ Planear uma avaliação periódica, para monitorizar como estão a ser atingidos os objetivos – discussão com a pessoa e família dos ganhos obtidos de 15 em 15 dias. ✓ Explicar as complicações decorrentes do AVC
--	--

	✓ Avaliar o utente para potenciais complicações do AVC e fatores de risco para ocorrência de novo episódio, identificar fatores de risco intrínsecos e extrínsecos; ✓ Providenciar ensinamentos para a prevenção de novo evento de AVC – ensinamentos sobre HTA (principal fator de risco) gestão terapêutica, monitorizar valores de tensão arterial; anti coagulação; alimentação saudável hipossalina ✓ Alertar para expectativas irrealistas de recuperação – tanto à pessoa como à família, consciencialização dos déficits.			
Diagnóstico	Resultado esperado	Intervenções	Objetivo	Avaliação
27.09.2019 - Mobilidade Comprometida [relacionado com alterações neurológicas manifestadas por: - hemiparesia esquerda grau 0/2 de acordo com movimentos avaliados (Medical Research Council Muscle Scale); - Espasticidade do hemicorpo esquerdo, grau 1 no punho e mão e grau 0 nos restantes segmentos avaliados (Escala Ashworth Modificada); - Dor grau 7 (escala numérica da dor) à mobilização articular do ombro (à extensão e abdução) - Equilíbrio diminuído (Escala de Berg - score 18 – elevado risco de queda)	Mobilidade melhorada ao final de 4 semanas (16.10): - melhore a força muscular pelo menos 1 grau em cada segmento relativamente à avaliação inicial (Medical Research Council Muscle Scale); - Previna e corrija o padrão espástico com evolução do tônus pelo menos de Grau 1 para Grau 0 no punho e mão e manutenção dos restantes segmentos em grau 0 (Escala Ashworth Modificada);	Realizar atividades terapêuticas - 1 sessão de 5 repetições e ir aumentando gradualmente conforme tolerância do Sr. E.: • Facilitação cruzada – intervir com o Sr. E pelo lado esquerdo; pedir que mude objetos (almofadas) de um lado para outro no leito, colocar objetos que necessita à esquerda (copo com escova de dentes, comprimidos, copo de água, mesinha de cabeceira);	- estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado esquerdo; - reeducar o reflexo postural do lado esquerdo; - estimular a sensibilidade postural; - reintegrar o esquema corporal;	27.09 - Consegue realizar sem dificuldade a facilitação cruzada

	- Diminua a dor para grau 5 (escala numérica da dor) à mobilização articular do ombro (à extensão e abdução)	• Executar técnica de posicionamento de padrão anti-espástico - Posicionamento em padrão anti-espástico durante 15 minutos no período pós-prandial (às 14h sensivelmente, com aumento progressivo consoante tolerância); - Explicar a importância do posicionamento lateral – sendo este preferencial por não agravar o padrão espástico, sendo que o esquerdo tem a vantagem de desencadear estímulos proprioceptivos, embora por curtos períodos para prevenir o desenvolvimento do ombro doloroso;	- prevenir a espasticidade; - facilitar a integração do esquema corporal; - proporcionar conforto e bem estar;	De 27.09 a 11.10 O sr. E. desposiciona-se, pelo que é reposicionado várias vezes por turno; e explicada novamente a importância de manter o posicionamento, realizada tentativa de alternar decúbito, que o sr. E. recusa. – o Sr. E. prefere, decúbito dorsal. 16.10 a 25.10 tolera posicionamentos cerca de 20 min até desfazer o posicionamento novamente; cumpre lateral direito durante 15 min no período pós prandial (às 14h, sensivelmente)
		• Executar movimentos articulares passivos: Mobilizações passivas do hemicorpo esquerdo – após posicionamento em padrão antiespástico; cama em plano zero; realizadas lentamente;	- manter a integridade das estruturas articulares; - manter a amplitude dos movimentos; - conservar a flexibilidade; - evitar aderências e contraturas;	27.09 Alguma dificuldade em manter o foco na atividade; Necessidade de corrigir o posicionamento do hemicorpo direito durante a realização das

		em todos os turnos; até ao limiar da dor; bilateralmente, eu realizei as mobilizações passivas do hemicorpo esquerdo com voz de comando e o sr E. ao mesmo tempo e a visualizar o hemicorpo esquerdo, realiza mobilizações ativas do hemicorpo direito. MS – dedos – flexão/extensão e oponência do polegar; punho – flexão/extensão, desvio cubital e radial; cotovelo – flexão/extensão e supinação/pronação; ombro – extensão/flexão e adução/abdução até limiar de dor MI – inversão/eversão e extensão/flexão do tornozelo; flexão/extensão do joelho; e ativas assistidas na anca - flexão/extensão, rotação interna/externa e adução/abdução.	Melhorar a circulação de retorno; - manter imagem psico-sensorial e psico-motora; - preparar para a posição sentada e ortostática; - inibir a espasticidade; - estimular a sensibilidade proprioceptiva; - melhorar o equilíbrio; Exercitar mecanismos de reflexo postural; - estimular a neuroplasticidade	mobilizações bilateral; no ombro com limitação por dor à extensão do ombro 75° abdução 35° Espasticidade presente, grau 1 no punho e mão e grau 0 nos restantes segmentos avaliados (Escala Ashworth Modificada); 25.10 Alguma dificuldade em manter o foco na atividade; Necessidade de corrigir o posicionamento do hemicorpo direito durante a realização das mobilizações bilateral; melhora na articulação do ombro: extensão 130° e abdução 90° Mantém Espasticidade, grau 1 no punho e mão e grau 0 nos restantes segmentos avaliados (Escala Ashworth Modificada);
--	--	---	---	---

		• rolar – Virar na cama – alternando decúbito lateral esquerdo e direito	- tomar consciência de ambos os hemisférios; - inibir a espasticidade; - favorecer o alinhamento corporal; - estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado esquerdo; - Reeducação do reflexo postural à esquerda; - Estimular a sensibilidade;	27.09 - várias correções do posicionamento e com grande orientação verbal do exercício; 25.10 - consegue realizar o rolar para ambos os lados sob supervisão e com correções verbais pontuais – como que lembranças de pormenores- “não se esqueça de posicionar a mão; atenção à perna.”.
		• ponte – mobilizar articulação da anca no leito, com posicionamento do membro superior esquerdo e suporte do membro inferior esquerdo.	- prevenção da rotação externa do membro inferior; - inibição da espasticidade em extensão no Miesquerdo; - facilitação da elevação da bacia; - ativação da musculatura do tronco do lado esquerdo; - estimulação da sensibilidade postural; - Fortalecimento dos músculos para assumir a posição ortostática;	27.09 - ajuda moderada e muito suporte a nível de correção verbal e de posicionamento do Miesquerdo 25.10 - ajuda mínima apenas de suporte para o Miesq não escorregar no leito.

		• rotação controlada da anca • Mobilizar articulação do ombro esquerdo - automobilização em decúbito dorsal no leito, e sentado em cadeira de rodas com orientação verbal para correção da postura e suporte do membro superior esquerdo para completar o movimento • Estimular pressão na articulação do cotovelo esquerdo - carga no cotovelo com ajuda moderada para assumir a posição e manutenção da mesma;	- controlo da articulação da anca; - preparação para a posição ortostática; - tomar consciência da mão esquerda como parte integrante do corpo; - manter o msesq em padrão antispástico – proporcionando a extensão e abdução dos dedos, a extensão do cotovelo e a elevação da escapulo-umeral - aumentar o tônus muscular do extensor do msesq; - estimular os reflexos cervicais; - estimular a sensibilidade profunda; - estimular a ação voluntária dos músculos do tronco à esquerda;	27.09 a 25.10 - Controlo do pé e do joelho esquerdo 27.09 - ajuda mínima de suporte do membro esquerdo e correções verbais; 25.10 - supervisão e orientação verbal mínima para pequenas correções 27.09 - muita dificuldade no posicionamento e com pouca tolerância por dor; 25.10 - maior tolerância e com ajuda mínima no posicionamento;
--	--	--	--	---

		• Treinar equilíbrio - exercícios de equilíbrio sentado, com os pés apoiados no chão, os membros superiores posicionados no leito, provocando desequilíbrio, alternando com as mãos apoiadas nos quadríceps, provocando desequilíbrio • Instruir e treinar sobre técnica de transferência - levante e transferências com correção do posicionamento do pé esquerdo e suporte do joelho esquerdo mais apoio para o membro superior direito – carga no miesq;	- preparar para a posição sentada; - reeducar o mecanismo reflexo postural; - inibir a espasticidade; - estimular a sensibilidade postural ao realizar carga em ambos os membros; - estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado esquerdo; - preparar para a marcha; - estimular a sensibilidade postural ao realizar carga no Mlesq - estimular a ação voluntária dos 000.....músculos do hemicorpo esquerdo; - preparar para a marcha;	27.09 - equilíbrio sentado estático mantido e dinâmico com as mãos apoiadas no leito mantido; mãos no quadricípites nota-se maior dificuldade em compensar mas consegue; 25.10 - equilíbrio sentado estático e dinâmico mantido com as mãos no leito e nos quadricípites. 27.09 - equilíbrio ortostático estático mantido após correção do pé e controlo do joelho; necessita orientação verbal para a sequência da transferência 25.10 - mantém equilíbrio ortostático estático
--	--	--	---	--

		assumir a posição ortostática com ajuda mínima; exercícios de alternância de carga entre os membros inferiores;	- reeducar o mecanismo reflexo postural; - inibir a espasticidade;	mantido, apresenta integração dos ensinamentos consegue realizar a transferência com poucas orientações verbais
27.09.2019 Défice do Autocuidado: - Higiene Pessoal; [Relacionado com alterações neurológicas Manifestado por incapacidade de tomar banho sozinho, necessitando de ajuda 50% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional]	Autocuidado Higiene Pessoal melhorada ao final de 4 semanas (16.10): - Mantenha a sua higiene e conforto. - consiga realizar a sua higiene pessoal sob supervisão segundo a Escala de Medida de Independência Funcional	- Proporcionar ambiente calmo, com temperatura amena adequado à realização das ABVD; - Supervisionar a capacidade para executar higiene Instruir e treinar sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial (temperatura da água) - Instruir e treinar a participação no seu autocuidado higiene pessoal, utilizando o MSD (lavar, escovar os dentes, colocar desodorizante, creme e pentear); - Instruir e treinar sobre técnicas de adaptação para aumentar a independência – cruzar a perna para chegar ao pé, por exemplo; - Treinar a capacidade para executar higiene - Incentivar o reforço positivo; - Avaliar/monitorizar a capacidade de participação no	- Diminuir o nível de dependência, aumentar a força muscular, flexibilidade, motricidade fina e grossa Treino de autocuidado	27.09 - Consegue lavar parte anterior do troco, MSESq, coxas e genitais, precisa ajuda moderada para lavar pernas – tem medo de cair necessita que fique a conter o hemitorço esquerdo para se inclinar para a frente, é substituído para lavar pés e partes posterior do tronco - Ajuda 50% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional. 25.10 - Só necessita ser substituído para a parte posterior do tronco que conseguiria lavar sozinho se tivesse uma esponja de cabo comprido. Consegue lavar pés e pernas inclinando -se para a frente – ganhou mais força muscular e maior

		autocuidado de acordo com a Escala MIF - Ensinar sobre medidas de segurança; - Ensinar cuidador: medidas de segurança (risco de queda e de queimadura) Encorajar o “brio pessoal” para promover a autoimagem positiva		equilíbrio, aumentando o sentimento de segurança - Ajuda 25% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional
27.09.2019 Défice do Autocuidado: - Vestir/Despir; [Relacionado com alterações neurológicas Manifestado por incapacidade de se vestir/despir sozinho, necessitando de ajuda 50% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional]	Autocuidado Vestir e Despir melhorado ao final de 4 semanas (16.10): - consiga realizar o vestir e despir necessitando de ajuda 25% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional	- Instruir e treinar técnicas de adaptação para vestir-se e despir-se: colocar a roupa de forma a facilitar o processo; vestir boxers e calças inicialmente só até às coxas, e posteriormente as meias e o calçado; assumir o ortostatismo e terminar de vestir a roupa inferior; iniciar pelo hemicorpo esquerdo. - Supervisionar processo - Reforçar capacidades – feedback positivo - Obter atenção - Contenção ambiental - Remover/diminuir distrações: Redução de estímulos que causem distração; - Providenciar [tempo]: permitir que a atividade seja realizada no tempo que o Sr. E. necessita sem o apressar.	Diminuir o nível de dependência, Treino de equilíbrio Prevenir quedas; Treino cognitivo Organizar cognitivamente para a tarefa Delinear estratégias adaptativas Promover a esperança Promover a autoestima Treino de autocuidado	27.09 - Necessita ajuda moderada para colocar a roupa da forma correta, identificar a manga a vestir, colocar o braço, encontrar a manga, subir até ao ombro, encontrar a gola, consegue colocar a cabeça e o MSDto. Ajuda moderada para conseguir colocar o pé esquerdo nos boxers e nas calças, supervisão para o MIDto, ajuda moderada para manter o ortostatismo e conseguir terminar a ação. Substituído na meia e no calçado do lado esquerdo. Consegue colocar a meia direita, necessita ajuda mínima para o calçado.

		- Educar cuidador sobre risco de queda - Instruir e treinar cuidador sobre técnicas adaptativas de VD - Avaliar/monitorizar a capacidade de participação no autocuidado de acordo com a Escala MIF Encorajar o “brio pessoal” para promover a autoimagem positiva		2.10 - Detetada concentração deficitária, pelo que se adotaram estratégias: contenção ambiental com redução dos estímulos para facilitar o pensamento e a organização mental necessárias à tarefa. Utilizada CR para o VD para não ter o desequilíbrio como risco associado de forma a que o Sr E. se sentisse mais seguro para realizar o VD sem o risco de queda iminente. 25.10 - Necessita ajuda mínima para iniciar o MSEsq, supervisão durante o restante procedimento, consegue identificar a manga direita e vestir restante parte de cima. Consegue colocar boxers e calças em ambos os membros até às coxas, consegue meia e calçado à direita, necessita ajuda moderada para a meia esquerda e ajuda total para o calçado esquerdo.
--	--	---	--	--

27.09.2019 Défice do Autocuidado: - Transferir-se [r/c alteração neurológica m/p equilíbrio diminuído (Escala de Berg - score 18 – elevado risco de queda), incapacidade de se transferir sozinho, necessitando de ajuda 50% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional]	Autocuidado: Transferir-se melhorado ao final de 4 semanas (16.10): - consiga realizar transferências necessitando de ajuda 25% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional	- Instruir e treinar sobre técnica de transferir-se: virar de lado; colocar ambos os membros inferiores para fora do colchão; apoiar o cotovelo; sentar; adotar uma posição sentada correta; - Treinar equilíbrio – sentar-se: correção postural; introdução de desequilíbrio externo. - Instruir sobre medidas de segurança: Apoio correto de ambos os pés no chão, com calçado apropriado; posicionamento dos membros superiores; avaliação do ambiente (chão molhado, verificar se a cadeira de rodas está travada) - Aplicar pressão intermitentemente: alternância de carga entre calcâneo e metatarsos; - Posicionar cliente: assumir ortostatismo; - Aplicar pressão intermitentemente nos MI: Alternância de carga em ortostatismo; introdução de desequilíbrio em ortostatismo; - Treinar técnica transferir-se;	promover a independência a nível da locomoção e segurança a um dispêndio de energia razoável; Promover a esperança Promover a autoestima Melhorar equilíbrio Readquirir o padrão automático perdido	27.09 - Necessidade de orientação verbal e demonstração; correção postural; explicitação; ensino; Assume posição sentado; Equilíbrio sentado estático e dinâmico mantidos; consegue realizar transferência com ajuda moderada; necessita correção do Mlesquerdo e orientação para a tarefa assume ortostatismo; equilíbrio em ortostatismo estático e dinâmico comprometidos. 25.10 - Consegue assumir posição sentado; consegue posicionar-se corretamente após instrução/relembrar verbal; Assume ortostatismo com apoio estático (barra da cama ou braço da cadeira); equilíbrio em ortostatismo estático mantido; dinâmico comprometido;
---	--	---	--	--

		- Instruir técnica de marcha com auxiliar de marcha – bengala; - Treinar técnica de marcha com auxiliar de marcha – bengala – para curtas e posteriormente médias distâncias com correção verbal do método e da postura -Instruir e treinar o cuidador: risco de queda e apoio unilateral Explicar o propósito dos produtos de apoio Usar produtos de apoio estritamente necessários ao processo de recuperação e minimizar a sua utilização adaptando-os aos progressos adquiridos;		Marcha com bengala ainda com encurtamento da base de apoio, com necessidade de apoio unilateral e orientação verbal para correção do método e da postura; tolera medias distâncias; percorre corredor com 35m sem cansaço; ainda utiliza o quadrado lombar para balancear o Mlesquerdo e progredir na marcha
27.09.2019 Défi ce do Autocuidado: - Alimentar-se [r/c alteração neurológica m/p força grau 0 na Medical Research Council Muscle Scale na mão esq e, incapacidade para preparação do prato, necessitando de ajuda 25% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional]	Autocuidado alimentar-se: se mantenha com ajuda mínima 25% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional, em 4 semanas. Manter autocuidado alimentar-se seguro e manter deglutição	Supervisionar a alimentação; Cortar os alimentos Ensinar cuidador: preparação de alimentos – fracionar alimentos	Alimentação e deglutição segura	27.09 a 25.10 – alimenta-se de forma autônoma após preparação do prato; mãe já esteve presente durante a refeição; realizados ensin os e validação dos mesmos, aparentemente cuidadora preparada.

	segura durante todo o internamento.			
27.09.2019 Atenção comprometida [r/c alteração neurológica m/p diminuição da capacidade da manutenção da atenção voluntária]	Atenção melhorada de captável para mantida durante a realização de uma tarefa simples (exemplo: realização do mini mental state examination, desenho livre, vestir metade inferior) ao fim de 4 semanas.	- Obter atenção - Contenção ambiental: proporcionar ambiente calmo, com temperatura e luz amena para evitar distrações (quarto) - Proporcionar uma posição de conforto, relaxamento - Remover/diminuir distrações: - Reduzir os estímulos que causem distração; - Instruir e treinar atenção – (exemplo: “sempre que ouvir a letra A bater com a mão na perna”)	Melhorar a manutenção da atenção Melhorar a função cognitiva Melhorar capacidade de execução do autocuidado	27.09 – avaliação neurológica com avaliação da atenção: hipoprosexia – (vigilância – Hipovígil + tenacidade - constante distração + concentração – diminuição da capacidade da manutenção da atenção voluntária)
27.09.2019 Risco de queda [r/c alteração neurológica e score morse – 30 pontos – médio risco de queda]	Sem episódio de queda durante todo o internamento.	Instruir e treinar sobre medidas de segurança Instruir e treinar sobre prevenção de queda; Reforçar procedimentos: transferência, controlo ambiental, controlo postural, marcha Ensinar cuidador	Prevenção de queda	27.09 - score morse 30 pontos 25.10 – score morse 65 pontos – aumento do risco de queda devido ao início de treino de marcha com bengala 27.09 a 25.10 – sem episódios de queda

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Garcia, C. & Coelho, M. H. (2009). *Neurologia clínica: princípios fundamentais*. Lisboa: LIDEL

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

Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Medida de Independência Funcional

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL MIF

NÍVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA
	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 $\geq 0\%$)	AJUDA

	DATA	27/9	16/10	5/11
	<u>Auto-Cuidados</u>	<u>ADMIS.</u>	<u>ADMIS.</u>	<u>ADMIS.</u>
A. Alimentação		4	4	4
B. Higiene pessoal		4	4	4
C. Banho (Lavar Corpo)		3	4	4
D. Vestir metade superior		3	3	4
E. Vestir metade inferior		3	3	4
F. Utilização da sanita		3	3	3
	<u>Controlo dos Esfíncteres</u>			
G. Bexiga		4	5	+
H. Intestino		4	5	+
	<u>Mobilidade</u>			
	Transferências:			
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		4	4	5
J. Sanita		4	4	5
K. Banheira, Duche		4	4	5
	<u>Locomoção</u>			
L. Marcha / Cadeira de Rodas		1 1	2 1	4 1
M. Escadas				
	<u>Comunicação</u>			
N. Compreensão		6 6	6 6	6 6
O. Expressão				
	<u>Cognição Social</u>			
P. Interação social		6 6	6 6	6 6
Q. Resolução dos problemas		7	7	7
R. Memória				
	TOTAL	73	77	88

NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1

APÊNDICE 2 – Índice de Barthel

NOME _____

DIAGNOSTICO _____

CAMA _____

ÍNDICE DE BARTHEL

DATA

27/9/19	16/10/19	5/11/19	_/_/_	_/_/_	_/_/_
---------	----------	---------	-------	-------	-------

Items							
INTESTINO							
Controle perfeito	10						
Problemas ocasionais	5	5	10	10			
Problemas habituais	0						
BEXIGA							
Controle perfeito	10						
Problemas ocasionais	5	5	10	10			
Problemas habituais	0						
Higiene pessoal							
Barba / dentes / cabelo / face	5						
Dependente	0	0	0	0			
Uso da sanita							
Independente	10						
Ajuda parcial	5	5	5	5			
Totalmente dependente	0						
Alimentação							
Independente	10						
Com ajuda (para cortar)	5	5	5	5			
Impossível	0						
Transferência leito - C.R.							
Independente	15						
Ajuda minor / verbal	10	10	10	10			
Ajuda maior	5						
Dependente	0						
Mobilidade							
Independente	15						
Com ajuda	10						
Independente em C.R.	5	0	0	10			
Impossível	0						
Vestir							
Independente	10						
Ajuda moderada	5	5	5	5			
Impossível	0						
Escadas							
Independente	10						
Ajuda / supervisão	5	0	0	0			
Impossível	0						
Banho							
Independente	5						
Dependente	0	0	0	0			
TOTAL: (0 - 100)		35	45	55			

APÊNDICE 3 – Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 2011 ✓
Em que mês estamos? Junho ✓
Em que dia do mês estamos? 15 ✓
Em que dia da semana estamos? Quarta ✓
Em que estação do ano estamos? Verão ✓

Nota: 4

Em que país estamos? Portugal ✓
Em que distrito vive? Lisboa ✓
Em que terra vive? Almada ✓
Em que casa estamos? 2 ✓
Em que andar estamos? 1 ✓

Nota: 5

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: 3

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

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

27 ✓ 24 ✓ 21 ✓ 18 ✓ 15 ✓

Nota: 4

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: 2

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: 2

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

Nota: 1

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: 3

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

Fechou os olhos _____

Nota: 1

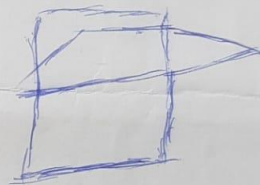
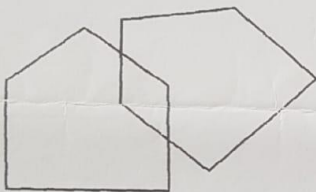
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: 1

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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



Cópia: _____

Nota: 26

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

APÊNDICE 4 – Apresentação do Estudo de Caso (PowerPoint)

10º Curso de Mestrado na Área de Especialização
em Enfermagem de Reabilitação

A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na capacitação
psicoemocional da pessoa com Acidente Vascular
Cerebral para a promoção da funcionalidade

Estudo de caso

Docente orientadora: Profª. Dr.ª M.ª Fátima Marques

Mestranda: Enf.ª Teresa Castanho



Lisboa, 11 de Novembro, 2019

ÍNDICE

- APRESENTAÇÃO DO SR. E.C.
 - História de saúde atual
- REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA RELATIVA À SITUAÇÃO CLÍNICA
- AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
 - Estado mental
 - Sensibilidade
 - Motricidade
 - Pares cranianos
 - Equilíbrio
 - Marcha
 - Avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado
 - Escalas de avaliação
- PROGRAMA DE REABILITAÇÃO/PLANO DE INTERVENÇÃO
- THE MAUK MODEL FOR POSTSTROKE RECOVERY
- PLANO DE CUIDADOS
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APRESENTAÇÃO DO SR. E.C.

Dados pessoais

- Nome: E. O. C.
 - Data de nascimento: 13/01/1984
 - Idade: 35 anos
 - Género: Masculino
 - Estado civil: Casado
 - Profissão: Motorista do Ministério da Saúde
 - Habilitações literárias: Curso profissional de gestão empresarial
 - Grupo Étnico: Africano
 - Natural de: São Tomé e Príncipe
 - Residência: Lisboa
- Condições residenciais:
Apartamento alugado em Algés, **rés-do-chão**, com **7 degraus de acesso**, após a entrada no prédio.
 - Situação atual familiar/habitacional/social: O Sr. E.C. tem esposa e dois filhos a residir em São Tomé e Príncipe. Não prevê o regresso à terra natal, num futuro próximo. **A residir em Portugal**, tem a **mãe e um irmão**, que se identificaram **como cuidadores**.

APRESENTAÇÃO DO SR. E.C.

História de saúde atual

Em maio de 2019 dá entrada no

Episódio inaugural de instalação rápida caracterizado por diminuição súbita da força muscular do hemicorpo esquerdo associado a cefaleia intensa.

TC-CE: hemorragia parieto-occipital direita

Evacuado e transferido para para avaliação por neurologia a 23 de agosto de 2019

APRESENTAÇÃO DO SR. E.C.

História de saúde atual

Exame neurológico (SU):

Extinção sensitiva esquerda, hemianopsia homônima esquerda por confrontação, hipoalgesia da hemiface esquerda, apagamento do sulco nasogeniano esquerdo, hemiplegia esquerda, com hipotonia do membro superior e membro inferior já com esboços de espasticidade, hiperreflexia miotética relativa à esquerda e reflexo córneo palpebral sem resposta à esquerda.



Transferido para o serviço de **Medicina Física e Reabilitação** do a 26 de setembro, 2019.

5

REVISÃO ANATOMO- PATOLÓGICA RELATIVA À SITUAÇÃO CLÍNICA

Dissecção carotídea ipsilateral

- A **dissecção arterial** consiste na ocorrência de hemorragia na espessura da parede duma artéria, que no caso de ser uma carótida leva à estenose ou oclusão da artéria e, eventualmente, **enfarte cerebral**.

Enfarte de áreas hemisféricas cerebrais direitas

- O **hemisfério cerebral direito** é responsável pelo processo da atenção.
- O Sr. E. apresenta um **défice de atenção** detetado na avaliação neurológica.

(Garcia e Coelho, 2009).

6

REVISÃO ANATOMO- PATOLÓGICA RELATIVA À SITUAÇÃO CLÍNICA

No território da Artéria Cerebral Média

(parietal, com extensão frontal; occipital externa; núcleo capsular/radiária)

Lesões na **região parietal** vão afetar a via da **sensibilidade**, pelo que irão originar hipostesia e/ou analgesia.

EEG de 30/08/2019 refere atividade lenta praticamente contínua frontotemporal direita a indicar alteração funcional deficitária nesta localização.

O processo da **atenção**, apesar de ter sede no tronco cerebral, envolve outras estruturas encefálicas, com igual importância, nomeadamente **áreas do córtex cerebral frontal, parietal e temporal**.

A **paralisia facial central** integra-se no contexto de **hemiplegia do mesmo lado**, como demonstrava o Sr. E. à avaliação no SU. Uma lesão para causar hemiplegia "tem que ser extensa se for cortical podendo ser pequena se for na **capsula interna**" (p.116).

(Garcia e Coelho, 2009).

7

REVISÃO ANATOMO- PATOLÓGICA RELATIVA À SITUAÇÃO CLÍNICA

- Uma lesão na **cápsula interna** pode causar **hemiplegia**, se for na região **parietal direita** o mais provável é a pessoa apresentar **neglet**.

- Uma **hemorragia intracerebral hemisférica lobar** tem como sintomas mais frequentes a **hemianopsia**, o **neglet**, entre outros.

Não se verificou neglet

Avaliado através da prova da barragem e do desenho do relógio como demonstrado:



- "cérebro jovem tem maior capacidade de adaptação funcional"

(Garcia e Coelho, 2009; Menoita, et al. 2012).

8

APRESENTAÇÃO DO SR. E.C.

História de saúde atual

Medicação atual:

Enoxaparina sódica 40mg/0.4ml (1x/dia); Levetiracetam 1000mg (2x/dia); Clopidogrel 75mg (1x/dia); SOS: Metamizol Magnésico 575mg; Paracetamol 1g

Por apresentar tensão arterial tendencialmente elevada
(9/10: 165/88mmHg; 12/10: 164/93mmHg; 13/10: 165/93mmHg)
Inicia Nifedipina 60mg

Antecedentes pessoais:

Sem antecedentes pessoais conhecidos, sem hábitos tabágicos ou etanólicos, sem medicação atual prévia, alérgico à aspirina (reação cutânea).

9

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- Estado mental
- Sensibilidade
- Motricidade
- Pares cranianos
- Equilíbrio
- Marcha
- Avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado

10

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Estado mental

Estado de consciência –
vigil

Estado de orientação –
orientado nas 3
vertentes

Memória – sem
alterações

Atenção – hipoprosexia –
(vigilância – Hipovigil +
tenacidade – constante
distração + concentração –
diminuição da capacidade
da manutenção da atenção
voluntária)

Linguagem – nomeia,
repete, fluente, cumpre
ordens simples e
complexas

Negligência
hemiespacial unilateral
– apresenta algum
neglet segundo a prova
de barragem (Fig.1)

16/10/2019 - MMSE – 26 pontos – sem defeito cognitivo

11

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Sensibilidade

Sensibilidade mantida no
hemisfério direito

Sensibilidade no hemisfério
esquerdo

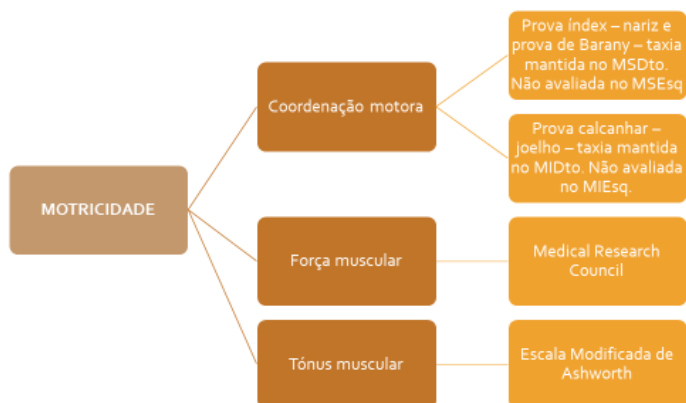
Sensibilidade superficial –
hipoestesia tátil no hemisfério
esquerdo

Sensibilidade profunda – sentido
de pressão comprometido;
sensibilidade postural alterada;
sensibilidade vibratória
comprometida

12

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Motricidade



13

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Motricidade

	0 Nenhuma contração visível	1 Contração visível sem moviment o do segmento	2 Moviment o ativo com eliminaçã o da gravidade	3 Moviment o ativo contra a gravidade	4 Moviment o ativo contra gravidade e resistência	5 Força norma l	
Movimentos avaliados							Data
Abdução do ombro		x		x			27.09 16.10
Flexão do cotovelo	x		x				27.09 16.10
Extensão do punho	x	x					27.09 16.10
Flexão da anca			x				27.09 16.10
Extensão do joelho		x	x				27.09 16.10
Dorsiflexão da tibiotalar		x					27.09 16.10

14

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Motricidade

Avaliação da Espasticidade - Ashworth		27/09/19	27/10/2019	5/11/2019
Cabeça e pescoço		0	0	0
Tronco		0	0	0
Cintura Escapular	Levantadores da omoplata	0	0	0
	Adutores da omoplata	0	0	0
	Abdutores da omoplata	0	0	0
	Adutores omoplata e braço	0	0	0
	Flexores do ombro	0	0	0
	Extensores do ombro	0	0	0
	Abdutores do ombro	0	0	0
	Adutores/abaixadores ombro	0	0	0
	Rotadores internos do ombro	0	0	0
	Rotadores externos do ombro	0	0	0
Cotovelo	Flexores	0	1	1
	Extensores	0	1	1
	Pronadores	0	1	1
	Supinadores	0	1	1
Punho	Flexores	1	1	1
	Extensores	1	1	1
Mão	Flexores dos dedos	1	1	1
	Extensores dos dedos	1	1	1
	Abdutores dos dedos	1	1	1
	Adutores dos dedos	1	1	1
	Extensor/abdutor do polegar	1	1	1
	Músculos intrínsecos do Polegar	1	1	1
Anca	Flexores	0	0	0
	Extensores	0	0	0
	Abdutores	0	0	0
	Adutores	0	0	0
	Rotadores internos	0	0	0
	Rotadores externos	0	0	0
Joelho	Flexores	0	0	0
	Extensores	0	0	0
Tornozelo	Flexores dorsais	0	0	0
	Flexores plantares	0	0	0
Pé	Eversores	0	0	0
	Inversores	0	0	0
	Flexores dos dedos	0	0	0
	Extensores dos dedos	0	0	0

15

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Pares cranianos

Pares Cranianos		Data	
M= mantido D= diminuído A= ausente NA= não avaliável		2 Out	17 Out
I – Olfativo	Fechar os olhos e identificar odores (Café, canela)	M Dta	M Dta
II – Óptico	Para encerrar um dos olhos, avaliar campo visual (60º em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro)	D Esq	D Esq
III – Óculo-motor	Resposta pupilar ao estímulo luminoso	M	M
IV – Patético	Seguir o dedo do enfermeiro que irá desenhar um H	M	M
VI- Motor Ocular Externo	Simetria dos movimentos oculares	M	M
V – Trigêmeo	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa	M	M
	Reflexo córneo-palpebral	M	M
VII – Facial	Encerrar e mover a mandíbula bilateralmente	M	M
	Sorrir e para franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras	M	M
VIII – Acústico	Apagamento do sulco nasogeniano	M	M
	Acuidade auditiva de olhos fechados	M	M
	Equilíbrio estático e dinâmico	D	D
	Tonturas e ou vertigens	D	D
IX – Glossofaringeo	Teste de Romberg - pé com os pés juntos e os membros superiores em extensão (anterior) e olhos fechados	NA	NA
	Reconhecer sabores como o doce e salgado	M	M
X – Vago	Reflexo do vômito	M	M
	Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão	M	M
XI – Espinhal	Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente contra resistência	M	M
	Diferentes movimentos da língua e com contra a resistência	M	M

16

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Equilíbrio

- Equilíbrio sentado estático e dinâmico mantido.
- Assume ortostatismo com ajuda mínima, equilíbrio estático mantido após correção do pé esquerdo e com controlo do joelho esquerdo.
- Equilíbrio dinâmico comprometido.

Escala de Berg			
	27.09	17.10	05.11
PONTUAÇÃO FINAL	18 - elevado risco de queda / equilíbrio diminuído	29 - risco de queda médio/ equilíbrio médio	39 - risco de queda médio/ equilíbrio médio

17

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Marcha

Categorias Funcionais da Marcha (Escala)			
Avaliações	27.09	17.10	05.11
0 - não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo	X		
1 - marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas		X	
2 - marcha domiciliar: a ambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa			X
3 - deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita			
4 - marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita			
5 - marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência.			

Encontra-se a realizar treino de marcha por curtos períodos e para curtas distâncias. Necessita de auxiliar de marcha - tripé à direita e apoio unilateral à esquerda com atenção para manter um correto posicionamento do joelho e do pé esquerdo (utiliza foot-up).

18

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado

Escalas:	27/09/19
MIF	73
Legenda	61 a 103: dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)
Barthel	35
Legenda	21 a 60: Grave Dependência

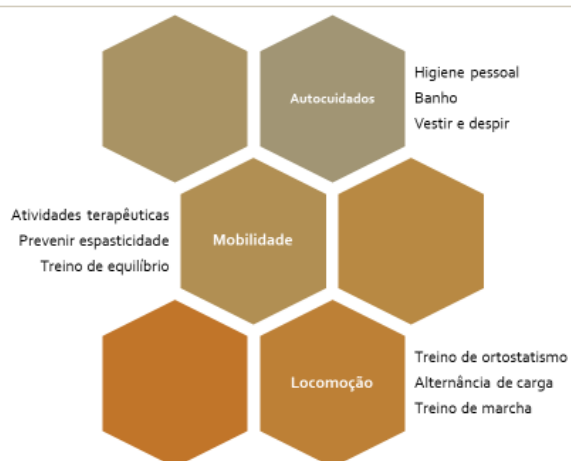
MIF motor 42 pontos
AVC moderado

(DGS, 2011)

19

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO/ PLANO DE INTERVENÇÃO

Principais focos para a elaboração do plano de intervenção de acordo com os principais problemas identificados através da avaliação funcional pela escala MIF:



20

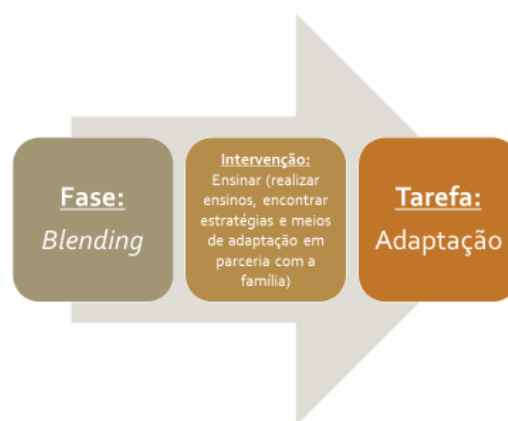
THE MAUK MODEL FOR POSTSTROKE RECOVERY



(Mauk, 2006)

21

THE MAUK MODEL FOR POSTSTROKE RECOVERY



(Mauk, 2006)

22

THE MAUK MODEL FOR POSTSTROKE RECOVERY

Intervenções de enfermagem específicas para esta etapa:

- ✓ Encorajar a persistência e a perseverança na reabilitação – **feedback positivo, confrontação com os ganhos adquiridos até ao momento;**
- ✓ **Foco nos ensinamentos de enfermagem**, incluindo as competências necessárias para a adaptação no domicílio após o AVC – ensinamentos realizados nos diferentes diagnósticos levantados e ensinamentos sobre estratégias adaptativas relevantes para a cuidadora adotar no domicílio;
- ✓ **Incentivar e motivar a aprendizagem de novas competências** – criar ambiente propício à aprendizagem, transmitir a confiança necessária para tentar dar espaço para o erro, melhorar as técnicas, valorizando os “pequenos” ganhos
- ✓ Providenciar uma **visualização realista da recuperação funcional**
- ✓ **Promover o envolvimento familiar** – identificada cuidadora principal – mãe, à qual foram realizados ensinamentos específicos sobre prevenção de quedas, sobre preparação da alimentação; sobre técnica de marcha com bengala; sobre técnica de vestir e despir; sobre orientação para a tarefa, mediando expectativas e enfatizando a necessidade de dar tempo à realização da tarefa sem substituir

(Mauk, 2006)

23

THE MAUK MODEL FOR POSTSTROKE RECOVERY

Intervenções de enfermagem específicas para esta etapa:

- ✓ **Incentivar a esperança de forma realista** – incentivar a expressão de emoções e sentimentos: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros, e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejos de viver, paz interior, otimismo; associado ao traçar de objetivos e mobilização de energia
- ✓ **Auxiliar na elaboração de objetivos tanto a longo, como a curto prazo** – em parceria com a pessoa e a família, por exemplo: para a semana tolerar uma distância maior no treino de marcha;
- ✓ **Planejar uma avaliação periódica, para monitorizar como estão a ser atingidos os objetivos** – discussão com a pessoa e família dos ganhos obtidos de 15 em 15 dias.
- ✓ Explicar as **complicações decorrentes do AVC**
- ✓ Avaliar o utente para **potenciais complicações do AVC e fatores de risco para ocorrência de novo episódio**, identificar fatores de risco intrínsecos e extrínsecos;
- ✓ Providenciar ensinamentos para a **prevenção de novo evento de AVC** – ensinamentos sobre HTA (principal fator de risco) gestão terapêutica, monitorizar valores de tensão arterial; anti coagulação; alimentação saudável hipossalina
- ✓ **Alertar para expectativas irrealistas de recuperação** – tanto à pessoa como à família, consciencialização dos déficits

(Mauk, 2006)

24

PLANO DE CUIDADOS

Mobilidade Comprometida

Défice do Autocuidado

- Transferir-se
- Andar
- Higiene pessoal
- Vestir e Despir
- Alimentação
- Eliminação

Atenção Comprometida

Risco de queda

25

Diagnóstico	Resultado esperado	Intervenções	Objetivo	Avaliação
27.09.2019 Mobilidade Comprometida [relacionado com alterações neurológicas manifestadas por: - hemiparesia esquerda grau 0/2 de acordo com movimentos avaliados (Medical Research Council Muscle Scale); - Espasticidade do hemicorpo esquerdo, grau 1 no punho e mão e grau 0 nos restantes segmentos avaliados (Escala Ashworth Modificada); - Dor grau 7 (escala numérica da dor) à mobilização articular do ombro (à extensão e abdução) - Equilíbrio diminuído (Escala de Berg - score 18 - elevado risco de queda)	Mobilidade melhorada ao final de 4 semanas (16.10): - Melhorar a força muscular pelo menos 1 grau em cada segmento relativamente à avaliação inicial (Medical Research Council Muscle Scale); - Prevenir e corrigir o padrão espástico com evolução do tônus pelo menos de Grau 1 para Grau 0 no punho e mão e manutenção dos restantes segmentos em grau 0 (Escala Ashworth Modificada); - Diminuir a dor para grau 5 (escala numérica da dor) à mobilização articular do ombro (à extensão e abdução)	Realizar atividades terapêuticas - 1 sessão de 5 repetições e ir aumentando gradualmente conforme tolerância do Sr. E.: - Executar técnica de facilitação cruzada – Intervir com o Sr. E pelo lado esquerdo: pedir que mude objetos (almofadas) de um lado para outro no leito, colocar objetos que necessita à esquerda (copo com escova de dentes, comprimidos, copo de água, mesinha de cabeceira); - Executar técnica de posicionamento de padrão anti-espástico - Posicionamento em padrão anti-espástico durante 15 minutos no período pós-prandial (às 14h sensivelmente, com aumento progressivo consoante tolerância); - Explicada a importância do posicionamento lateral – sendo este preferencial por não agravar o padrão espástico, sendo que o esquerdo tem a vantagem de desencadear estímulos proprioceptivos, embora por curtos períodos para prevenir o desenvolvimento do ombro doloroso;	- Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado esquerdo; - Reeducação do reflexo postural do lado esquerdo; - Estimular a sensibilidade postural; - Reintegrar o esquema corporal; - Prevenir a espasticidade; - Facilitar a integração do esquema corporal; - Proporcionar conforto e bem estar;	27.09 a 25.10- Consegue realizar sem dificuldade a facilitação cruzada. De 27.09 a 11.10: O Sr. E. desfaz posicionamento, pelo que é reposicionado várias vezes por turno; explicada novamente a importância de manter o posicionamento, realizada tentativa de alternar decúbito, que o sr. E. recusa, dado que prefere decúbito dorsal. 16.10 a 25.10: tolera posicionamentos cerca de 20 min até desfazer o posicionamento novamente; cumpre lateral direito durante 15 min no período pós prandial (às 14h, sensivelmente)

26

Diagnóstico	Resultado esperado	Intervenções	Objetivo	Avaliação
27.09.2019 Mobilidade Comprometida [relacionado com alterações neurológicas manifestadas por: - hemiparesia esquerda grau 0/2 de acordo com movimentos avaliados (Medical Research Council Muscle Scale); - Espasticidade do hemicorpo esquerdo, grau 1 no punho e mão e grau 0 nos restantes segmentos avaliados (Escala Ashworth Modificada); - Dor grau 7 (escala numérica da dor) à mobilização articular do ombro (à extensão e abdução) - Equilíbrio diminuído (Escala de Berg - score 18 - elevado risco de queda)	Mobilidade melhorada ao final de 4 semanas (16.10): - Melhore a força muscular pelo menos 1 grau em cada segmento relativamente à avaliação inicial (Medical Research Council Muscle Scale); - Previna e corrija o padrão espástico com evolução do tônus pelo menos de Grau 1 para Grau 0 no punho e mão e manutenção dos restantes segmentos em grau 0 (Escala Ashworth Modificada); - Diminua a dor para grau 5 (escala numérica da dor) à mobilização articular do ombro (à extensão e abdução)	<u>Atividades terapêuticas:</u> • Rolar – Virar na cama – alternando decúbito lateral esquerdo e direito • Ponte – mobilizar articulação da anca no leito, com posicionamento do membro superior esquerdo e suporte do membro inferior esquerdo. • Rotação controlada da anca	- tomar consciência de ambos os hemicorpos; - inibir a espasticidade; - favorecer o alinhamento corporal; - estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado esquerdo; - Reeducar o reflexo postural à esquerda; - Estimular a sensibilidade; - prevenção da rotação externa do membro inferior; - inibição da espasticidade em extensão no Miesquerdo; - facilitação da elevação da bacia; - ativação da musculatura do tronco do lado esquerdo; - estimulação da sensibilidade postural; Fortalecimento dos músculos para assumir a posição ortostática; - controlo da articulação da anca; - preparação para a posição ortostática	27.09 - várias correções do posicionamento e com grande orientação verbal do exercício; 25.10 - consegue realizar o rolar para ambos os lados sob supervisão e com correções verbais pontuais – como que lembranças de pormenores- “não se esqueça de posicionar a mão; atenção à perna.”. 27.09 - ajuda moderada e muito suporte a nível de correção verbal e de posicionamento do miesquerdo 25.10 - ajuda mínima apenas de suporte para o miesq não escorregar no leito. 27.09 a 25.10 - Controlo do pé e do joelho esquerdo

27

Diagnóstico	Resultado esperado	Intervenções	Objetivo	Avaliação
27.09.2019 Mobilidade Comprometida [relacionado com alterações neurológicas manifestadas por: - hemiparesia esquerda grau 0/2 de acordo com movimentos avaliados (Medical Research Council Muscle Scale); - Espasticidade do hemicorpo esquerdo, grau 1 no punho e mão e grau 0 nos restantes segmentos avaliados (Escala Ashworth Modificada); - Dor grau 7 (escala numérica da dor) à mobilização articular do ombro (à extensão e abdução) - Equilíbrio diminuído (Escala de Berg - score 18 - elevado risco de queda)	Mobilidade melhorada ao final de 4 semanas (16.10): - Melhore a força muscular pelo menos 1 grau em cada segmento relativamente à avaliação inicial (Medical Research Council Muscle Scale); - Previna e corrija o padrão espástico com evolução do tônus pelo menos de Grau 1 para Grau 0 no punho e mão e manutenção dos restantes segmentos em grau 0 (Escala Ashworth Modificada); - Diminua a dor para grau 5 (escala numérica da dor) à mobilização articular do ombro (à extensão e abdução)	• Executar movimentos articulares passivos do hemicorpo esquerdo - após posicionamento em padrão antiespástico; cama em plano zero; realizadas lentamente; em todos os turnos; até ao limiar da dor; bilateralmente, com voz de comando e com o sr E. a visualizar o hemicorpo esquerdo, realiza mobilizações ativas do hemicorpo direito. MS – dedos – flexão/extensão e oposição do polegar; punho – flexão/extensão, desvio cubital e radial; cotovelo – flexão/extensão e supinação/pronação; ombro – extensão/flexão e adução/abdução até limiar de dor MI – inversão/eversão e extensão/flexão do tornozelo; flexão/extensão do joelho, e ativas assistidas na anca - flexão/extensão, rotação interna/externa e adução/abdução. • Mobilizar articulação do ombro esquerdo - automobilização em decúbito dorsal no leito, e sentado em cadeira de rodas com orientação verbal para correção da postura e suporte do membro superior esquerdo para completar o movimento • Estimular pressão na articulação do cotovelo esquerdo - carga no cotovelo com ajuda moderada para assumir a posição e manutenção da mesma	- manter a integridade das estruturas articulares; - manter a amplitude dos movimentos; - conservar a flexibilidade; - evitar aderências e contraturas; Melhorar a circulação de retorno; - manter imagem psico-sensorial e psico-motora; - preparar para a posição sentada e ortostática; - inibir a espasticidade; - estimular a sensibilidade proprioceptiva; - melhorar o equilíbrio; Exercitar mecanismos de reflexo postural; - estimular a neuroplasticidade - aumentar o tônus muscular do extensor do miesq; - estimular os reflexos cervicais; - estimular a sensibilidade profunda; - estimular a ação voluntária dos músculos do tronco à esquerda; - preparar para a posição sentada; - reeducar o mecanismo reflexo postural; - inibir a espasticidade; - estimular a sensibilidade postural ao realizar carga em ambos os membros; - estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado esquerdo; - preparar para a marcha;	27.09 Alguma dificuldade em manter o foco na atividade; Necessidade de corrigir o posicionamento do hemicorpo direito durante a realização das mobilizações bilaterais; no ombro com limitação por dor à extensão do ombro 75° abdução 35°. 25.10 Alguma dificuldade em manter o foco na atividade; Necessidade de corrigir o posicionamento do hemicorpo direito durante a realização das mobilizações bilaterais; melhora na articulação do ombro: extensão 130° e abdução 90°. 27.09 - ajuda mínima de suporte do membro esquerdo e correções verbais; 25.10 - supervisão e orientação verbal mínima para pequenas correções 27.09 - muita dificuldade no posicionamento e com pouca tolerância por dor; 25.10 - maior tolerância e com ajuda mínima no posicionamento;

8

Diagnóstico	Resultado esperado	Intervenções	Objetivo	Avaliação
27.09.2019 Mobilidade Comprometida [relacionado com alterações neurológicas manifestadas por: - hemiparesia esquerda grau 0/2 de acordo com movimentos avaliados (Medical Research Council Muscle Scale); - Espasticidade do hemicorpo esquerdo, grau 1 no punho e mão e grau 0 nos restantes segmentos avaliados (Escala Ashworth Modificada); - Dor grau 7 (escala numérica da dor) à mobilização articular do ombro (à extensão e abdução) - Equilíbrio diminuído (Escala de Berg - score 18 - elevado risco de queda)	Mobilidade melhorada ao final de 4 semanas (16.10): - Melhorar a força muscular pelo menos 1 grau em cada segmento relativamente à avaliação inicial (Medical Research Council Muscle Scale); - Prevenir e corrigir o padrão espástico com evolução do tônus pelo menos de Grau 1 para Grau 0 no punho e mão e manutenção dos restantes segmentos em grau 0 (Escala Ashworth Modificada); - Diminuir a dor para grau 5 (escala numérica da dor) a mobilização articular do ombro (à extensão e abdução)	• Treinar equilíbrio - exercícios de equilíbrio sentado, com os pés apoiados no chão, os membros superiores posicionados no leito, provocando desequilíbrio, alternando com as mãos apoiadas nos quadriceps, provocando desequilíbrio • Instruir e treinar sobre técnica de transferência - levantar e transferências com correção do posicionamento do pé esquerdo e suporte do joelho esquerdo mais apoio para o membro superior direito - carga no mlesq; assumir a posição ortostática com ajuda mínima; exercícios de alternância de carga entre os membros inferiores;	- reeducar o mecanismo reflexo postural; - inibir a espasticidade; - estimular a sensibilidade postural ao realizar carga em ambos os membros; - estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado esquerdo; - preparar para a marcha; - estimular a sensibilidade postural ao realizar carga no Mlesq - estimular a ação voluntária dos músculos do hemicorpo esquerdo; - preparar para a marcha; - reeducar o mecanismo reflexo postural; - inibir a espasticidade; 0,0,0,	27.09 - equilíbrio sentado estático mantido e dinâmico com as mãos apoiadas no leito mantido; mãos no quadrilite nota-se maior dificuldade em compensar mas consegue; 25.10 - equilíbrio sentado estático e dinâmico mantido com as mãos no leito e nos quadrilites. 27.09 - equilíbrio ortostático estático mantido após correção do pé e controle do joelho; necessita orientação verbal para a sequência da transferência 25.10 - mantém equilíbrio ortostático estático mantido, apresenta integração dos ensinamentos consegue realizar a transferência com poucas orientações verbais

29

Diagnóstico	Resultado esperado	Intervenções	Objetivo	Avaliação
27.09.2019 Déficit do Autocuidado: - Vestir/Despir; [Relacionado com alterações neurológicas Manifestado por incapacidade de se vestir/despir sozinho, necessitando de ajuda 50% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional]	Autocuidado Vestir e Despir melhorado ao final de 4 semanas (16.10): - consiga realizar o vestir e despir necessitando de ajuda 25% segundo a Escala de Medida de Independência Funcional	Instruir e treinar técnicas de adaptação para vestir-se e despir-se- Colocar a roupa de forma a facilitar o processo, vestir boxers e calças inicialmente só até às coxas, e posteriormente às meias e ao calçado, assumir o ortostatismo e completar de vestir a roupa inferior; iniciar pelo hemicorpo esquerdo, Supervisionar processo Treinar processo Reforçar capacidades – feedback positivo Obter atenção - Contenção ambiental Remover/diminuir distrações - Redução de estímulos que causem distração; Providenciar [tempo] – permitir que a atividade seja realizada no tempo que o Sr. E. necessita sem o apressar. Educar cuidador sobre risco de queda Instruir e treinar cuidador sobre técnicas adaptativas de VD - Avaliar/monitorizar a capacidade de participação no autocuidado de acordo com a Escala MIF Encorajar o “brijo pessoal” para promover a autoimagem positiva	Diminuir o nível de dependência. Treino de equilíbrio Prevenir quedas; Treino cognitivo Organizar cognitivamente para a tarefa Delinear estratégias adaptativas Promover a esperança Promover a autoestima Treino de autocuidado	27.09 - Necessita ajuda moderada para colocar a roupa da forma correta, identificar a manga a vestir, colocar o braço, encontrar a manga, subir até ao ombro, encontrar a gola, consegue colocar a cabeça e o MSDto. Ajuda moderada para conseguir colocar o pé esquerdo nos boxers e nas calças, supervisão para o MIDto, ajuda moderada para manter o ortostatismo e conseguir terminar a ação. Substituído na meia e no calçado do lado esquerdo. Consegue colocar a meia direita, necessita ajuda mínima para o calçado. 2.10 - Detetada concentração deficitária, pelo que se adotaram estratégias: contenção ambiental com redução dos estímulos para facilitar o pensamento e a organização mental necessárias a tarefa. Utilizada CR para o VD para não ter o desequilíbrio como risco associado de forma a que o Sr E. se sentisse mais seguro para realizar o VD sem o risco de queda iminente. 25.10 - Necessita ajuda mínima para iniciar o MSESq, supervisão durante o restante procedimento, consegue identificar a manga direita e vestir restante parte de cima. Consegue colocar boxers e calças em ambos os membros até às coxas, consegue meia e calçado à direita, necessita ajuda moderada para a meia esquerda e ajuda total para o calçado esquerdo.

30

AVALIAÇÃO

Escalas:	27/09/19	16/10/19	05/11/19
MIF	73	77	88
Legenda	61 a 103: dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)	61 a 103: dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)	61 a 103: dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)
Barthel	35	45	55
Legenda	21 a 60: Grave Dependência	21 a 60: Grave dependência	21 a 60: Grave dependência
Morse	30	65	65
Legenda	Médio risco de queda	Alto risco de queda	Alto risco de queda
Berg	18	29	39
Legenda	elevado risco de queda / equilíbrio diminuído	risco de queda médio / equilíbrio médio	risco de queda médio / equilíbrio médio
Categorias Funcionais da Marcha (Escala)	0	1	2
Legenda	Não realiza marcha	Marcha terapêutica, não funcional.	Marcha domiciliar

31

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação Lisboa
- Garcia, C. & Coelho, M. (2009). *Neurologia clínica princípios fundamentais*. Lisboa: Lidel
- Mauk, K. L. (2006). Nursing interventions within the mauk model of poststroke recovery. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 257–264. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00022.x>
- Mauk, K. L., Lemley, C., Pierce, J., & Schmidt, N. A. (2011). The Mauk model for poststroke recovery : assessing the phases. *Rehabilitation Nursing*, 36(6), 241–247. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2011.tb00089.x>
- Menoita, E.C., Sousa, L.M., Pão Alvo, I., Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta.
- Mouziraji, Z. E., Dalvandi, A., Khankeh, H., Kamezi, R., Tafakhori, A., Sarraf, P., ... Mauk, K. L. (2014). Implication of mauk nursing rehabilitation model on adjustment of stroke patients. *Iranian Rehabilitation Journal*, 12(22), 6–10. Acedido em 23-05-2019. Disponível em: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-391-en.html>
- Shoja, M., Dalvandi, A., Khanke, H. R., Mouziraji, Z. E., Tafakhori, A., Sarraf, P., ... Mauk, K. L. (2015). Implication of mauk nursing intervention model on coping strategies of stroke survivors. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(2). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/287208309>

32

APÊNDICE 3 – Jornal de aprendizagem



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Curso Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação
Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem - V

DISCENTE:

Nº 4325 Teresa Eurica Prazeres Castanho

Lisboa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem - V

DISCENTE

Nº 4325 Teresa Eurica Prazeres Castanho

REGENTE

Prof Maria do Céu Sá

DOCENTES:

Prof. Dra. M^a. Fátima Marques

Lisboa

Outubro 2019

JORNAL DE APRENDIZAGEM V

Durante o decorrer do estágio, é previsto operacionalizar-se o projeto de estágio realizado durante o semestre anterior. Contudo é também expectável o desenvolvimento de todas as competências específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Assim sendo, a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesão vertebro-medular torna-se relevante e do meu interesse pessoal por ser uma realidade com a qual não tenho tido muito contacto no meu local de prestação de serviços.

Aquando de uma passagem de turno fiquei informada que se iria realizar a atividade terapêutica - plano inclinado ao Sr. V. que estava ao cuidado do Enf. Especialista M. E perguntei se poderia estar presente, se fosse possível, uma vez que nunca a tinha realizado.

O Enf. M. mostrou-se disponível para me explicar o procedimento e mostrar-me como costuma ser realizado, que passarei a descrever seguidamente.

No turno seguinte, fiquei então responsável por prestar cuidados ao Sr. V. de 67 anos de idade, que sofreu um acidente de viação com impacto de alta energia. Do qual resultou numa luxação T4 – T5 com extensa fratura, necessitando de cirurgia - artrodese percutânea de T3 a T9 – como sequelas verificou-se um quadro de paraplegia completa ASIA A com nível neurológico T7.

Tendo em conta o contexto de estágio, e as atividades inerentes a um serviço de internamento, durante a prestação de cuidados tenho de ter em mente os horários definidos pelos setores onde a pessoa vai realizar fisioterapia e terapia ocupacional que fazem parte do programa de reabilitação/recuperação da pessoa. Aqui destaca-se a capacidade de gestão de cuidados e respetiva priorização que um EEER tem de realizar para se articular com a restante equipa.

O Sr. V. tem a primeira atividade no setor de fisioterapia às 12h20. Posto isto, e agilizando com a Enf. C., decidiu-se prestar os cuidados de higiene no leito, treinar a atividade de vida diária – vestir e despir e proceder à realização da atividade terapêutica – plano inclinado. Um dos principais objetivos do plano inclinado é a

preparação do sistema cardiovascular às diferentes exigências circulatórias presentes entre a posição de deitado e o ortostatismo (Marques-Vieira e Sousa, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Durante os 4 anos em que exerci funções como enfermeira de cuidados gerais nunca tinha realizado esta atividade, pelo que após o primeiro contacto tive a necessidade de ir aprofundar a temática que tinha sido abordada no semestre anterior.

Segundo Marques-Vieira e Sousa (2017), o papel do EEER é

tanto mais relevante quanto esse enfermeiro conseguir efetivamente ajudar a encontrar mecanismos de adaptação e de superação de dificuldades da pessoa deficiente, encontrando formas de superar as suas necessidades. Será tanto mais fácil esta ajuda quanto mais competências este enfermeiro demonstre, resultante do seu conhecimento e da aplicação que dele faz na ajuda àquela pessoa (p.434).

Validei com a Enf. C. o caminho percorrido pelo Sr. V. para estar a realizar esta atividade neste momento, após mês e meio de internamento no serviço. Compreendi, que o Sr. V. não estava a tolerar o *Standing frame*, e que tinha diversas queixas e relatos de tonturas, visão turva/enevoada, e mau estar generalizado aquando da realização das atividades nos setores. Pelo que o fisiatra tinha prescrito plano inclinado.

Sumariamente, o plano inclinado “consiste numa prancha ortostática com apoio de pés” (OE, 2009, p. 110) que a partir do plano zero, através de um comando manual ou elétrico, permite realizar a elevação gradual na vertical, avaliando o ângulo do plano (OE, 2009).

Segundo Marques-Vieira e Sousa (2017) e a Ordem dos Enfermeiros (2009) o plano inclinado tem como principais objetivos, prevenir inconvenientes da imobilidade, nomeadamente a osteoporose; preparar a pessoa para o levante e/ou assumir a posição de pé, restaurando a tolerância ao ortostatismo; tem ainda impacto positivo a nível da função respiratória, função intestinal e vesical; inibe a atrofia muscular, o pé equino e a espasticidade; permite/facilita a realização de atividades e melhora a autoestima.

Após o treino de vestir e despir (que inclui as meias elásticas) iniciamos os preparativos para o plano inclinado, em semelhança com o que tinha acontecido no turno anterior com o Enf. M. Preparado o material, iniciamos a transferência para o

plano inclinado, onde o Sr. V. efetua rolamento, passando por ventral e posicionando-se com ajuda mínima a moderada em dorsal, foram aplicadas as faixas de segurança e contenção; Iniciou-se a atividade às 10h30 em plano zero com valor de tensão arterial de 115/64 mmHg e frequência cardíaca de 70bpm. Tolerou aumento de inclinação até aos 40° sem alterações hemodinâmicas. Às 10h55, aos 45° apresentou TA de 78/39mmHg e FC de 58bpm sem sintomatologia associada. Manteve perfil hipotenso aos 50° com valor de TA 82/41mmHg e FC de 79bpm manifestou queixas de visão turva/enovoadada e mau estar generalizado que reverteu espontaneamente para TA de 105/56mmHg e FC de 60bpm. Manteve-se sem alterações hemodinâmicas aos 55°. Aumentado plano para 65° com perfil hipotenso de 71/35mmHg e FC 57 bpm e novamente com alterações visuais de nevoa e mau estar a aumentar, às 11h20 pelo que se reverteu o plano para os zero graus, retomando o perfil normotenso de 96-56mmHg e 49 bpm.

Todo este processo foi registado em folhas próprias, e contou com a presença de vários profissionais. Ao contrário do que tinha sucedido com o Enf. M., em que estávamos apenas os dois profissionais. Na altura não tinha compreendido a relevância deste pormenor. Mas, ao refletir sobre os dois dias em que realizei a atividade, dou conta que no dia do plano com o Enf M. considerei que a abordagem apenas com dois profissionais tinha sido mais adequada. O sr. V. não estava impaciente, nem ansioso, e que conseguia ir verbalizando o que sentia, ao mesmo tempo que conversava com o Enf. M. No entanto, no segundo dia, por força das circunstâncias, existia muita interação, vários enfermeiros a entrar e sair do quarto, e estudantes, tanto de licenciatura como de especialidade, considerei que o Sr. V. estava mais distraído e menos concentrado, o que na minha opinião poderá ter comprometido a descrição de alguma sintomatologia. Apesar de lhe ter sido pedido que verbalizasse quaisquer alterações do estado geral, fossem estas visuais ou de mau estar. Aparentemente, não existiram repercussões no registo, mas poderá haver se for uma pessoa um pouco mais recatada, ou ansiosa, pelo que considero importante refletir e ponderar as interrupções durante esta atividade terapêutica.

Marques-Vieira e Sousa (2017) descreve a atividade terapêutica tal e qual como realizada – o enfermeiro deve monitorizar o angulo de verticalização, os valores da tensão arterial em cada angulo, o tempo de tolerância e os sinais de intolerância.

“A hipotensão postural é um dos efeitos mais significativos da imobilidade do leito e revela uma incapacidade do sistema circulatório em se adaptar à posição de pé” (OE, 2009, p. 35). Pelo que, caso a tensão arterial baixar mais do que 20mmHg (sistólica) ou 10mmHg (diastólica), e existam mais sinais e sintomas de hipotensão, a angulação deve ser imediatamente diminuída até à estabilização sintomática e tensional (Marques-Vieira e Sousa, 2017). “Quanto mais alta for a lesão, maior será o comprometimento simpático, o que afeta a resistência vascular e consequentemente a resposta ao ortostatismo” (Marques-Vieira e Sousa, 2017, p. 438), quando há hipotensão pode-se tentar ativar alguns reflexos vasomotores, como exercícios de respiração profunda (Marques-Vieira e Sousa, 2017).

Parece-me importante, relembrar o nível da lesão do Sr. V. - ASIA A com nível neurológico T7 (luxação T4 – T5 com extensa fratura), isto porque a disreflexia autónoma é uma complicação frequente das pessoas com LM acima de T6, que também pode acontecer em lesões abaixo deste nível, embora de forma menos exuberante.

Nesta situação, perante um estímulo interpretado como nocivo a nível periférico e distal ao nível da lesão, é desencadeada uma resposta anómala do sistema nervoso autónomo. A resposta simpática subsequente é a vasoconstrição seguida de elevação da tensão arterial (este mecanismo reflexo não é inibido pelos habituais mecanismos neurológicos porque essa informação nociva nunca chega aos centros superiores supramedulares devido à LM existente). A hipertensão é detetada nos barorreceptores na carótida e crossa da aorta e transmitida ao tronco cerebral (pares cranianos IX – glossofaríngeo e X - vago). Por sua vez, o tronco cerebral desencadeia uma resposta parassimpática de bradicardia e, através da medula, envia impulsos simpáticos inibidores da vasoconstrição (mas como as eferências simpáticas estão interrompidas na LM a vasoconstrição não é aliviada abaixo da lesão). Pelo que a PA permanece elevada se o estímulo desencadeante persistir, o que desencadeia sinais e sintomas de ansiedade, nervosismo, náuseas, suores ao nível da lesão e palidez e extremidades frias abaixo do nível da lesão a par com congestão nasal, alterações da visão, bradicardia e eventual aumento da espasticidade (Marques-Vieira e Sousa, 2017; OE, 2009).

Ao repensar a minha prática, dou-me conta que não há ensinamentos sobre esta temática no meu local de trabalho, apesar de ter algum conhecimento sobre os casos de disreflexia autónoma, julgo que por nunca ter acontecido no meu local de trabalho não tinha presente que estes poderiam continuar a acontecer na vida da pessoa, não apenas numa fase aguda mas num momento já mais posterior de recuperação e ajuste. A frequência depende do nível da lesão e eventuais variáveis pessoais (Marques-Vieira e Sousa, 2017).

Sendo uma situação de emergência é necessário proceder a ensinamentos não só à pessoa, mas também à equipa para que estejamos todos despertos para a possível ocorrência deste evento e assim podermos atuar em conformidade e em tempo útil. A OE (2009) preconiza que “cabe à equipa de enfermagem envolver a pessoa com LM, familiares e cuidadores, num programa de actuação preventiva e aptidão para a acção através do ensino” (p.142)

Não é costume receber pessoas com lesão vertebral medular que ainda não tenham realizado levante na UMDR, contudo, poderá acontecer. Que eu tenha conhecimento, não existe um plano inclinado no serviço, pelo que mobilizar esta intervenção em específico para o meu contexto real torna-se complexo. No entanto esta atividade permitiu-me rever conceitos e desta forma identificar uma possível lacuna no meu local de trabalho. A análise realizada foi facilitadora da organização de pensamento e do cálculo dos riscos associados e das medidas a tomar para os prevenir. Assim como de que intervenções a realizar para poder intervir com qualidade e conhecimento de causa. Esta atividade foi importante para o meu conhecimento pessoal e para estimular a procura de conhecimento sobre a prestação de cuidados à pessoa com lesão vertebral medular.

O desenvolvimento de competências nesta área vai permitir uma intervenção diferente no meu local de trabalho e no próximo local de estágio, senti que aprendi estratégias para a realização das atividades de vida diária que não punha em prática antigamente no meu serviço, agora considero estar mais apta para intervir de forma mais competente e mais completa junto da pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros

APÊNDICE 4 – Jornal de aprendizagem



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Curso Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação
Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem - VII

DISCENTE:

Nº 4325 Teresa Eurica Prazeres Castanho

Lisboa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Curso Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação
Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem - VII

DISCENTE

Nº 4325 Teresa Eurica Prazeres Castanho

REGENTE

Prof Maria do Céu Sá

DOCENTES:

Prof. Dra. M^a. Fátima Marques

Lisboa

Janeiro 2020

JORNAL DE APRENDIZAGEM VII

Na unidade curricular Estágio com Relatório é realizada a apresentação de dois estudos de caso, para partilha e discussão de situações, com o intuito de reflexão da prática e melhoria das mesmas.

No final do primeiro contexto de estágio, realizei a apresentação do meu primeiro estudo de caso para metade da turma e aos docentes X, Y e Z.

Os comentários à minha apresentação, realizados pelos professores presentes, direcionaram-se para o meu tema de Projeto de Estágio - A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação psicoemocional da pessoa com Acidente Vascular Cerebral para a promoção da funcionalidade. Considerando estes que não havia abordado com especificidade suficiente a capacitação psicoemocional da pessoa e referiram que, tendo em conta o tema, ficaram com a expectativa de algo diferente do apresentado.

Embora tenha conseguido explicitar, de acordo com o modelo teórico utilizado - *The Mauk Model of Poststroke Recovery* –, a fase do modelo em que a pessoa alvo de cuidados se encontra, não consegui transmitir a minha linha de pensamento norteadora do cuidado promotor da capacitação psicoemocional da mesma. Assim, apesar de na minha ótica, a apresentação das intervenções realizadas/planeadas para fazer face às necessidades da pessoa em cada fase serem suficientes para abordar a temática, estas não foram claras e elucidativas, não conseguindo dar resposta às questões levantadas pelos professores.

Tal situação transmitiu-me sentimentos de dúvida e incerteza relativamente ao percurso realizado, tanto relativamente ao projeto de estágio como ao estágio, em si. Senti que, apesar de para mim, que estudei o modelo, ser claro as intervenções e a forma como estou a capacitar a pessoa através destas, tal não o é para quem não tem conhecimento do modelo. Senti no momento em que tentei responder aos professores, tive dificuldade em transmitir o conhecimento adquirido e reconheço a dificuldade em transparecer o conhecimento que possuo da situação.

Também me foi questionada a diferença entre sentimentos e emoções e de que forma é que efetivamente estou a capacitar psicoemocionalmente a pessoa.

Estas questões e estas dúvidas, levantadas pelos professores, foram positivas na medida em que me permitiram refletir sobre elas, de modo a poder dar resposta no próximo estudo de caso a apresentar. É também positivo uma vez que me faz tentar clarificar, explicitar e transmitir o meu pensamento e conhecimento de forma mais clara, objetiva e aprofundada.

Um aspeto negativo a apontar relativamente à situação descrita é a apresentação ser apenas para metade da turma e para 3 professores. Penso que, se o objetivo desta discussão é a reflexão coletiva, então, estamos a privar metade da turma de diferentes experiências, assim como estamos a condicionar os comentários e as sugestões de melhoria a apenas 3 professores.

Posto isto, e de modo a melhor suportar a minha reflexão e a minha resposta futura, considereei pertinentes as obras de António Damásio (2018, 2004^a, 2004b, 1996). As suas obras são de referência para a definição dos conceitos de emoção e sentimento. Para Damásio (2004b), a regulação da vida baseia-se em quatro níveis, sendo estes a razão, os sentimentos, as emoções e a regulação básica da vida.

O autor distingue emoção de sentimento referindo que a emoção é dirigida ao exterior, tendo um carácter relativamente público, na medida em que se pode considerá-la como observável. O sentimento é dirigido ao interior, sendo desta forma privado (Damásio, 2004b).

Não querendo ser redutora nas definições, irei alongar-me com as explicações de cada um dos conceitos para conseguir explicitar a minha intervenção e a forma como interpreto as intervenções delineadas para cada fase do modelo de Mauk (2006).

A emoção é resultado de indutores, que nem sempre conhecemos conscientemente, conduz ao sentimento e é parte integrante da tomada de decisão e do raciocínio (Damásio, 2004b). Precisamente por conduzir ao sentimento e fazer parte da tomada de decisão e do raciocínio, torna-se fulcral incentivar a pessoa a expressar os seus sentimentos, para que esta tome consciência dos mesmos e da influência que estes têm na ação e no potencial de ação/resposta. Como refere Mauk (2006), nas intervenções delineadas para as primeiras 3 fases, *Agonizing*, *Fantasizing* e *Realizing*, e com menos ênfase na quarta fase – *Blending* (em anexo apresento um quadro com a explicitação das diferentes fases para consulta em caso de dúvida).

Os estados emocionais implicam uma miríade de modificações no perfil químico do corpo, modificações no estado das vísceras e ainda modificação no grau e no padrão de contração de diversos músculos estriados, desde a face, a garganta, o tronco e membros (Damásio, 2004b).

A emoção pode ser despoletada por um indutor de emoção que vai ativar regiões neurais preparadas para responder consoante a classe específica do estímulo. A resposta é transmitida ao restante corpo e as regiões cerebrais levam à emoção, que vai modificar o estado corporal (como já foi descrito) e, desta forma, os sentimentos vão emergir numa espécie de relato dos acontecimentos que descrevem a relação emoção com objeto (Damásio, 2004b).

Segundo o autor, sentir os sentimentos vai prolongar o alcance da emoção, o que facilita o planeamento de formas de resposta adaptativas originais e feitas à medida da situação (Damásio, 2004b). Uma pessoa em processo de recuperação pós AVC, atravessa uma série de modificações às quais se tem que adaptar, de modo a integrar a nova realidade. Em todo o processo de reabilitação e durante as fases identificadas no Modelo de Mauk (2006), a premissa essencial consiste em respeitar o tempo da pessoa e da família, visto que só a partir de determinada fase a pessoa estará preparada para se readaptar (Mauk, 2006; Mauk, Lemley, Pierce, & Schmidt, 2011; Mouziraji et al., 2014; Shoja et al., 2015).

Esta adaptação implica a compreensão das alterações sentidas, o que mais uma vez, justifica a necessidade da expressão de sentimentos nas fases iniciais e na fase *Blending* a promoção da esperança (Mauk, 2006).

Para compreender a importância da promoção da esperança é necessário explicitar que os humores são constituídos por sentimentos de fundo e por sentimentos de emoções primárias, como por exemplo a tristeza e depressão (Damásio, 2004b). O autor refere ainda que existe uma relação íntima entre sentimentos de fundo e motivações, isto é, os impulsos exprimem-se diretamente nas emoções de fundo e só nos apercebemos da sua existência através dos sentimentos de fundo. As emoções de fundo são observáveis pelos outros através da velocidade e desenho dos nossos movimentos, do tom das nossas vozes e da prosódia do nosso discurso (Damásio, 2004b).

Damásio (2004b), afirma que a aprendizagem depende da emoção. Pois bem, se a aprendizagem depende da emoção, e, uma pessoa pós AVC, necessita de aprender estratégias adaptativas, integrar os défices e ajustar-se à mudança (Mauk, 2006), é notória a importância da identificação correta das emoções que a pessoa está a experienciar, bem como a expressão dos seus sentimentos. Até porque, a identificação correta da fase em que a pessoa se encontra segundo o modelo de Mauk (2006) é o que vai permitir uma intervenção mais individualizada e mais dirigida às verdadeiras necessidades da pessoa, e para se identificar a fase correta tem de se reconhecer os sentimentos desta.

Por exemplo, uma pessoa que esteja a exprimir raiva, fadiga e depressão está a atravessar a fase *Realizing*, onde, segundo Mauk (2006) a pessoa está a enfrentar a realidade, compreendendo na perfeição as suas limitações e a situação como ela se estabelece. A intervenção major delineada pela autora é o providenciar suporte emocional e psicossocial, precisamente porque, como nos diz Damásio (2018, 2004a, 1996), a tristeza (por exemplo) gera desativações muito significativas do córtex pré-frontal o que diminui em grande escala a fluência das ideias. Este modo cognitivo também é caracterizado por:

- uma lentidão na evocação das imagens,
- pela associação pobre em resposta a menos indícios,
- por inferências mais limitadas e menos eficientes,
- por uma concentração excessiva nas mesmas imagens (as que mantém a tristeza-reação emocional negativa),
- por uma inibição motora,
- por uma redução nos apetites e nos comportamentos exploratórios,
- por uma diminuição das respostas imunitárias e
- por uma diminuição da capacidade de alerta que nos pode proteger dos mais diversos riscos.

Já pelo contrário, a felicidade vai ativar regiões do córtex pré-frontal o que aumenta significativamente a fluência das ideias e vários parâmetros da fisiologia geral são orientados numa direção benéfica, por exemplo tornando as reações imunitárias mais fortes (Damásio, 2018, 2004a, 2004b, 1996).

Podemos então compreender a importância do suporte emocional referido por Mauk (2006) mais presente nas primeiras fases em que existe predominância destes sentimentos negativos e, como explicado no paragrafo anterior, não há disponibilidade da pessoa nem da família para aprender, o que vai exatamente de acordo com o que Mauk (2006) descreve no seu modelo, pois só a partir da fase *Blending* em que se promove a esperança (sentimento positivo), é que os ensinamentos passam a ser o grande enfoque das intervenções do EEER, pois a pessoa vai estar disponível para aprender, apreender, raciocinar, julgar, decidir, planejar e criar. Estas ações são sempre acompanhadas por sentimentos como nos diz Damásio (2018).

O mesmo autor refere ainda que a aprendizagem torna-se difícil de conceber sem as propriedades da recompensa e dos sentimentos que a acompanha, sendo a maioria das emoções e dos sentimentos essencial para dar energia ao processo intelectual e criador (Damásio, 2018). Justificando mais uma vez, o porquê de, segundo o modelo de Mauk (2006) os ensinamentos apenas se tornarem o enfoque quando a pessoa já ultrapassou as fases anteriores que são predominantes em sentimentos negativos.

O hemisfério cerebral direito tem uma influência dominante na emoção humana, comparável à que o hemisfério esquerdo exerce na linguagem (Damásio, 2004b, 1996). Assim, deve ser tido em conta o(s) local(is) da lesão causada pelo AVC, e ter presente que alguns destes circuitos podem estar comprometidos. Para tal é necessário sabermos que estruturas estão envolvidas nestes processos.

Segundo Damásio (2004b), para que o organismo saiba que tem um sentimento, é necessário tornar-se consciente dos processos da emoção e do sentimento. Ter a experiência de um sentimento consiste em ter uma percepção do corpo num certo estado. E sabemos que, muitas vezes a percepção pode estar alterada, como défice decorrente do AVC (Carvalho, 2014; Menoita, et al. 2012).

Os sentimentos de alegria e tristeza recrutam áreas do cérebro que recebem sinais de diversas partes do corpo. O córtex do cíngulo e o córtex da insula mostram um padrão nítido de ativações ou desativações significativas (Damásio, 2004a). Os sentimentos estão também ligados a alterações da atividade nas regiões somatosensitivas (Damásio, 2004a). É interessante lembrar que “as fibras dos nervos periféricos e as projeções neurais ligadas ao interior do corpo terminam no

córtex da insula, precisamente na mesma região onde se encontram correlatos para os sentimentos de emoções” (Damásio, 2004a, p. 123).

Segundo o autor, para existir sentimento, o sistema nervoso tem de ser capaz de mapear as estruturas do corpo e os seus diversos estados, e tem de ser capaz de transformar os padrões neurais desses mapas em padrões mentais (imagens) (Damásio, 2004a). Os sentimentos estão dependentes não só do corpo e de um cérebro capaz de representar esse corpo, como também da existência prévia de dispositivos de regulação da vida que incluem os mecanismos de emoção e de apetite (Damásio, 2004a).

Tanto a valência positiva/negativa dos sentimentos como a sua intensidade facilitam ou dificultam a regulação da vida (Damásio, 2004a).

Após o descrito acima é ainda determinante compreender que “as emoções desempenham uma função na comunicação de significados a terceiros e podem ter também o papel de orientação cognitiva” (Damásio, 1996, p.145).

As emoções primárias dependem da rede de circuitos do sistema límbico, sendo a amígdala e o cíngulo de maior importância, no entanto para as emoções secundárias, a rede necessita ser alargada, passando a utilizar-se também o córtex pré-frontal e somatossensorial.

O processamento emocional diminuído em doentes com lesões pre-frontais é do tipo secundário. Não conseguem gerar emoções relativas às imagens evocadas por determinadas categorias de situações e estímulos não podendo por isso ter o subsequente sentimento. Alterações no sistema límbico, amígdala ou cíngulo diminuem as emoções primárias e secundárias (Damásio, 1996, p.152).

Nas pessoas que apresentam anosognosia existe limitação das manifestações emocionais, ou podem até mesmo ser inexistentes. A ausência de sinais atualizados do corpo origina afirmações irracionais sobre os defeitos motores, e também emoções e sentimentos inadequados em relação ao estado de saúde. Isto deve-se ao facto de a mente estar privada da possibilidade de sentir o presente estado corporal (Damásio, 1996).

As representações dos estados do corpo atuais ocorrem em múltiplas regiões: córtices somatossensoriais nas regiões insular e parietal, sistema límbico, hipotálamo e tronco

cerebral tanto à esquerda como à direita, embora seja predominante à direita como já foi referido anteriormente (Damásio, 1996).

Os sentimentos são tão cognitivos como qualquer outra imagem perceptível e é igualmente dependente do córtex cerebral como qualquer outra imagem (Damásio, 1996). Os sentimentos espontâneos representam o estado geral da regulação da vida de um organismo, seja ele positivo, negativo ou intermédio (Damásio, 2018). Por exemplo, o stress que se associa à tristeza deve-se à entrada em ação do hipotálamo e da glândula pituitária e à libertação de moléculas cuja consequência é a redução da homeostasia e a lesão de diversos sistemas corporais, tais como os vasos sanguíneos e as estruturas musculares. Isto significa que o custo homeostático de uma doença física pode ativar o mesmo eixo hipotalâmico-pituitario e causar a libertação de dinorfina, uma molécula que conduz à tristeza e à depressão (Damásio, 2018).

“Mente e cérebro influenciam tanto o corpo como este influencia o cérebro e a mente” (Damásio, 2018, p. 170)

Os sentimentos são simultaneamente e interactivamente fenómenos tanto do corpo como do sistema nervoso, baseiam-se, fisiologicamente em processos híbridos que não são nem puramente neurais nem puramente corporais, são expressões mentais da homeostasia e essenciais para a regulação da vida (Damásio, 2018).

O cerne do cérebro e do córtex cerebral trabalham em conjunto criando a emoção e o sentimento (Damásio, 1996). A dimensão psicoemocional diz respeito a aspetos psicológicos associados às emoções e aos afetos³, sendo que as emoções são a resposta sentimental dos indivíduos a uma variedade de estímulos (Arnoldussen, 2019). Desta forma as alterações psicoemocionais tornam-se relevantes na abordagem, como demonstrado durante a explicação do Modelo de Mauk (Mouziraji et al., 2014; Shoja et al., 2015).

Neste sentido, a correta identificação da fase em que o indivíduo se encontra vai ajudar o enfermeiro de reabilitação a especificar, individualizar e satisfazer as necessidades únicas das pessoas com AVC, num determinado momento do seu

³ Acedido a : 03/05/2019

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/psicoemocional?fbclid=IwAR3q7o2budx2TksgBMp7CGSIhxftFQsK19XXUrdmQbGxP5wV0s-sBg58TFQ>

processo de reabilitação (Mauk et al., 2011; Mauk, 2006). No entanto, Mauk alerta-nos para o facto de que a fase identificada pelo EEER pode ser diferente daquela em que o indivíduo se encontra, sendo crucial estabelecer uma relação próxima com o indivíduo e família, de forma a identificar os sentimentos presentes e a atitude face ao sucedido e ao processo de reabilitação (Mauk et al., 2011).

Apesar do processo de reabilitação da pessoa com AVC poder ser moroso e conturbado, especialmente numa fase inicial, compreende-se que no momento em que a pessoa atinge a fase do *Realizing* está a trabalhar para alcançar a última fase – *owning*, que idealmente se vai tornar a fase dominante do processo de reabilitação desta pessoa. Durante o processo de recuperação, os indivíduos atravessam as diferentes fases, não sendo um processo linear, é multidimensional e os indivíduos experienciam mais que uma fase em simultâneo, em diferentes proporções e durante anos após o AVC (Mauk, 2006; Mauk et al., 2011).

O suporte teórico apresentado permitiu-me suportar o que já havia intuitivamente apropriado do modelo de Mauk. Assim penso que, teria sido construtivo e elucidativo ter realizado esta pesquisa durante a execução do projeto de estágio, de forma a suportar o estudo de caso e direccionar a apresentação do mesmo para profissionais que desconheçam o modelo que norteou o plano de cuidados.

Considero que esta situação surtiu o efeito desejado pelos professores, na medida em que suscitou o meu próprio questionamento e uma reflexão mais aprofundada sobre como desenvolverei o meu relatório de estágio. No próximo estudo de caso espero conseguir alcançar as expectativas, demonstrar a aplicação do modelo de forma clara e, simultaneamente, dar resposta ao tema por mim escolhido no projeto de estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnoldussen, B., Callahan, B., Daley, L. K., Hand, M. C., Phillips, P. & Rodehorst, T.K. (2019). *Nursing: A concept based approach to learning*, (3rd ed). (pp. 1909-1973). Boston: Pearson
- Carvalho, M. (2014). Doença vascular cerebral. In M. J. Sá (coord), *Neurologia clínica: compreender as doenças neurológicas*. (2^a ed.), (pp. 249 – 292) Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa
- Damásio, A. (1996). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. (16^a ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América
- Damásio, A. (2004a). *O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. (15^a ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América
- Damásio, A. (2004b). *Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. (6^a ed.) Mem Martins, Portugal: Publicações Europa-América
- Damásio, A. (2018). *A estranha ordem das coisas: A vida, os sentimentos e as culturas humanas*. (5^a ed.) Lisboa: Círculo de Leitores.
- Mauk, K. L. (2006). Nursing interventions within the mauk model of poststroke recovery. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 257–264. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00022.x>
- Mauk, K. L., Lemley, C., Pierce, J., & Schmidt, N. A. (2011). The Mauk model for poststroke recovery : assessing the phases. *Rehabilitation Nursing*, 36(6), 241–247. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2011.tb00089.x>
- Menoita, E.C., Sousa, L.M., Pão Alvo, I., Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta.
- Mouziraji, Z. E., Dalvandi, A., Khankeh, H., Kamezi, R., Tafakhori, A., Sarraf, P., ... Mauk, K. L. (2014). Implication of mauk nursing rehabilitation model on adjustment of stroke patients. *Iranian Rehabilitation Journal*, 12(22), 6–10. Acedido em 23-05-2019. Disponível em: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-391-en.html>

Shoja, M., Dalvandi, A., Khanke, H. R., Mouziraji, Z. E., Tafakhori, A., Sarraf, P., ...
Mauk, K. L. (2015). Implication of Mauk nursing intervention model on coping
strategies of stroke survivors. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(2). 51- 56.
Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/287208309>

ANEXOS

ANEXO 1 – The Mauk Model for Poststroke Recovery

The Mauk Model for Poststroke Recovery

Agonizing
Fantasizing

Realizing

Blending
Framing
Owning

In Mauk, K. L., Lemley, C., Pierce, J., & Schmidt, N. A. (2011). The Mauk model for poststroke recovery: assessing the phases. *Rehabilitation Nursing*, 36(6), 241–247. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2011.tb00089.x>

ANEXO 2 – Avaliação dos orientadores de estágio

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ANO LECTIVO DE 2018/2019

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	
Estudante: <u>Teresa Elisa Pinheiro Castro</u>	Nº <u>6325</u>
Data: <u>23 / 09 / 2019</u> a <u>22 / 11 / 2019</u>	
Horas: _____	
Instituição: _____	
Serviço/Unidade: <u>Medicina Física e Reabilitação</u>	
Orientador Clínico: _____	
Docente: <u>M.ª Fátima Marques</u>	
Classificação (Entrevista Aval. Sumativa): _____ Valores	Classificação Final na UC: _____ Valores Regente _____

Para ter aproveitamento o estudante não pode ter mais do que dois critérios de avaliação com classificação negativa, no total, sendo que não pode ter mais do que um critério com avaliação negativa num mesmo Resultado de Aprendizagem.

Instruções de preenchimento

Cada critério de avaliação deve ser avaliado tendo em consideração aos indicadores (escala) em rodapé.

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO		
1. COMPREENDE A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO E INSTITUIÇÃO E A ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇOS E COM A COMUNIDADE COM EVIDÊNCIA NO PAPEL DE ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO	Av. Interc.	Av. Final
– Integra-se na equipa de enfermagem, assumindo o papel de perito em Enfermagem de Reabilitação, chamando a si o planeamento e a prestação dos cuidados de maior complexidade nesta área, assegurando a continuidade desses cuidados pela equipa;	MB	E
– Integra-se na equipa multiprofissional, assumindo o papel de perito em Enfermagem de Reabilitação, articulando com os outros profissionais e intervindo de modo pertinente no planeamento global dos cuidados, promovendo o seu cumprimento e continuidade.	MB	E
– Conhece e articula com os serviços da comunidade assegurando uma adequada continuidade de cuidados, particularmente os de Enfermagem de Reabilitação.	MB	E
– Perspetiva-se a liderança de forma efetiva no processo de cuidados na área de Enfermagem de Reabilitação.	MB	E
2. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO		
– Demonstra tomada de decisão ética no processo de cuidados em situações da prática especializadas	E	E
– Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;	E	E
– Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;	E	E
– Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;	E	E
3. CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS		
Avalia e identifica as alterações da funcionalidade		
– Recolhe a informação pertinente da história de saúde	MB	E
– Avalia a capacidade funcional a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação, sexualidade e a realização das AVD (ABVD e AIVD), utilizando instrumentos e escalas de avaliação	MB	E
– Elabora diagnósticos adequados em resposta à condição de saúde (funcionalidade e capacidade) da pessoa.	MB	E
– Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a capacidade funcional aos diferentes níveis	MB	E
Concebe planos de intervenção/ programa centrados na necessidade da pessoa e família		
– Define estratégia a implementar e resultados esperados com a participação da pessoa e família de forma a promover o autocuidado e bem-estar	MB	E
– Elabora intervenções para otimizar e reeducar a função	MB	E
– Prescreve produtos de apoio adequados à necessidade de cada pessoa e família	B	E
Implementa as intervenções/programa planeados		
– Implementa os planos de intervenção para manter, melhorar o potencial e prevenir complicações da capacidade funcional nos diferentes níveis	MB	E

- Implementa programas de reeducação funcional nos diferentes níveis/áreas de intervenção	MB	E
- Ensina (instrói, demonstra e treina) as técnicas definidas nos programas para a promoção do autocuidado e da continuidade dos cuidados nos diferentes contextos	MB	E
Avalia os resultados das intervenções		
- Avalia o resultado das intervenções planeadas (instrumentos e escalas)	MB	E
- Aplica os indicadores sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para avaliar os ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia e QDV)	MB	E
- Transmite a informação, oral e escrita, sobre ações/intervenções e resultados relevantes, com rigor, objetividade e segurança promovendo o contínuo dos cuidados, utilizando linguagem científica.	E	E
4. CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINserÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA		
Implementa programa de treino de AVD		
- Adota estratégias específicas para promover o autocuidado da pessoa/cuidador: ensino da pessoa e/ou cuidador; treino específico de AVD	MB	E
- Utiliza e supervisiona a utilização de produtos de apoio para treinos específicos de atividades de autocuidado otimizando a capacidade funcional da pessoa	MB	E
Promove acessibilidade e participação social		
- Demonstra conhecimentos sobre legislação e norma promotoras de integração e participação social	MB	E
- Orienta para a gestão das barreiras arquitetónicas no contexto da vida da pessoa	MB	E
- Emite pareceres técnico científicos sobre estruturas e equipamentos sociais	MB	E
5. MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA		
Elabora e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório		
- Demonstra conhecimentos acerca das funções motora e cardiorrespiratória	MB	E
- Planeia e implementa sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões e à sua reabilitação	MB	E
Avalia e reformula os programas em função dos resultados esperados		
- Monitoriza a implementação dos programas concebidos.	MB	E
- Avalia os resultados obtidos em função dos objetivos definidos em parceria com a pessoa e família	MB	E

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO		
6. ASSUME UMA CONDUTA PROMOTORA DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E DA PROFISSÃO E DO SEU PROJETO DE FORMAÇÃO	Av. Interc.	Av. Final
Processo de aprendizagem para o desenvolvimento pessoal e da profissão		
– Revela iniciativa e responsabilidade na identificação de situações de aprendizagem de crescente complexidade;	MB	E
– Revela capacidade de autoavaliação do seu desempenho e solicita orientação de modo sistemático, adequando o seu comportamento e atitude perante a crítica construtiva;	MB	E
– Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento actualizado, na área da especialidade;	E	E
– Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;	E	E
Processo de aprendizagem relativo ao desenvolvimento do seu processo de formação		
- Implementa o seu projecto de formação, contextualizando-o nos diferentes locais de estágio	E	E
- Introduce aspectos inovadores decorrentes do seu projecto de formação nos contextos de prática de cuidados ou nos contextos da prática	MB	E

Insuficiente (Insuf.) (<10)	Suficiente (S) (10-13)	Bom (B) (14-15)	Muito Bom (MB) (16-17)	Excelente (E) (> ou = 18)
Realiza raramente/ com superficialidade ou modo muito incompleto/ não integra as orientações	Realiza algumas vezes/ com pouca profundidade ou de modo incompleto, mas minimamente aceitável/ com pouca integração das orientações	Realiza frequentemente/ com profundidade ou de modo quase completo/ integra a maioria das orientações	Realiza quase sempre/ com muita profundidade ou de modo muito completo/ com elevada capacidade de integração das orientações	Realiza sistematicamente/ com elevada profundidade e de modo totalmente completo/ com excecional capacidade de integração das orientações ou elevada capacidade de autoaprendizagem

APRECIÇÃO GERAL INTERCALAR
(sintéticas e norteadoras para o estudante e futuros orientadores)

- Bom processo de integração na equipa e no funcionamento do serviço
- Bom planeamento das atividades de enfermagem de reabilitação baseando num bom suporte teórico e de investigação
- Elaboração sistematizada dos documentos de estágio
- Ficando avaliada em Muito Bom

AVALIAÇÃO INTERCALAR		Data: 20/10/2019
Tomou conhecimento, o Estudante	Orientador Clínico	Docente
Teresa Custódio		MF

APRECIÇÃO GERAL FINAL

- Integrada na equipa
- Assume-se como "Enfermeira de Reabilitação" com conhecimentos consolidados.
- Assume-se como presença de cuidados junto da pessoa e família tendo em papel importante na facilitação de novas aprendizagens.
- Demonstrou em desenvolvimento da capacidade crítica e de auto-avaliação.
- Fica avaliada ao nível de Excelente

AVALIAÇÃO INTERCALAR		Data: 21/11/2019
Tomou conhecimento, o Estudante	Orientador Clínico	Docente
Teresa Custódio		MF

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ANO LECTIVO DE 19/20

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	
Estudante:	<u>Teresa Eugénia Pinheiro Caridade</u> Nº <u>4325</u>
Data:	<u>25, 11, 2019 a 7, 2, 2020</u>
Horas:	_____
Instituição:	_____
Serviço/Unidade:	<u>FCC I</u>
Orientador Clínico:	_____
Docente:	<u>Prof. M.ª Fátima Marques</u>
Classificação (Entrevista Aval. Sumativa): _____ Valores	Classificação Final na UC: _____ Valores Regente _____

Para ter aproveitamento o estudante não pode ter mais do que dois critérios de avaliação com classificação negativa, no total, sendo que não pode ter mais do que um critério com avaliação negativa num mesmo Resultado de Aprendizagem.

Instruções de preenchimento

Cada critério de avaliação deve ser avaliado tendo em consideração aos indicadores (escala) em rodapé.

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO		
1. COMPREENDE A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO E INSTITUIÇÃO E A ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇOS E COM A COMUNIDADE COM EVIDÊNCIA NO PAPEL DE ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO	Av. Interc.	Av. Final
– Integra-se na equipa de enfermagem, assumindo o papel de perito em Enfermagem de Reabilitação, chamando a si o planeamento e a prestação dos cuidados de maior complexidade nesta área, assegurando a continuidade desses cuidados pela equipa;	MB	MB
– Integra-se na equipa multiprofissional, assumindo o papel de perito em Enfermagem de Reabilitação, articulando com os outros profissionais e intervindo de modo pertinente no planeamento global dos cuidados, promovendo o seu cumprimento e continuidade.	B	B
– Conhece e articula com os serviços da comunidade assegurando uma adequada continuidade de cuidados, particularmente os de Enfermagem de Reabilitação.	B	MB
– Perspetiva-se a liderança de forma efetiva no processo de cuidados na área de Enfermagem de Reabilitação.	B	MB
2. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO		
– Demonstra tomada de decisão ética no processo de cuidados em situações da prática especializadas	MB	MB
– Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;	B	MB
– Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;	MB	MB
– Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;	MB	MB
3. CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS		
Avalia e identifica as alterações da funcionalidade		
– Recolhe a informação pertinente da história de saúde	MB	MB
– Avalia a capacidade funcional a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação, sexualidade e a realização das AVD (ABVD e AIVD), utilizando instrumentos e escalas de avaliação	B	MB
– Elabora diagnósticos adequados em resposta à condição de saúde (funcionalidade e capacidade) da pessoa.	MB	MB
– Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a capacidade funcional aos diferentes níveis	MB	MB
Concebe planos de intervenção/ programa centrados na necessidade da pessoa e família		
– Define estratégia a implementar e resultados esperados com a participação da pessoa e família de forma a promover o autocuidado e bem-estar	MB	MB
– Elabora intervenções para otimizar e reeducar a função	MB	MB
– Prescreve produtos de apoio adequados à necessidade de cada pessoa e família	MB	MB
Implementa as intervenções/programa planeados		
– Implementa os planos de intervenção para manter, melhorar o potencial e prevenir complicações da capacidade funcional nos diferentes níveis	MB	MB

- Implementa programas de reeducação funcional nos diferentes níveis/áreas de intervenção	B	MB
- Ensina (instrói, demonstra e treina) as técnicas definidas nos programas para a promoção do autocuidado e da continuidade dos cuidados nos diferentes contextos	B	MB
Avalia os resultados das intervenções		
- Avalia o resultado das intervenções planeadas (instrumentos e escalas)	MB	MB
- Aplica os indicadores sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para avaliar os ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia e QDV)	B	MB
- Transmite a informação, oral e escrita, sobre ações/intervenções e resultados relevantes, com rigor, objetividade e segurança promovendo o contínuo dos cuidados, utilizando linguagem científica.	B	MB
4. CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA. LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINserÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA		
Implementa programa de treino de AVD		
- Adota estratégias específicas para promover o autocuidado da pessoa/cuidador: ensino da pessoa e/ou cuidador; treino específico de AVD	B	MB
- Utiliza e supervisiona a utilização de produtos de apoio para treinos específicos de atividades de autocuidado otimizando a capacidade funcional da pessoa	MB	MB
Promove acessibilidade e participação social		
- Demonstra conhecimentos sobre legislação e norma promotoras de integração e participação social	—	—
- Orienta para a gestão das barreiras arquitetónicas no contexto da vida da pessoa		MB
- Emite pareceres técnico científicos sobre estruturas e equipamentos sociais	—	—
5. MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA		
Elabora e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório		
- Demonstra conhecimentos acerca das funções motora e cardiorrespiratória	B	MB
- Planeia e implementa sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões e à sua reabilitação	B	MB
Avalia e reformula os programas em função dos resultados esperados		
- Monitoriza a implementação dos programas concebidos.	B	MB
- Avalia os resultados obtidos em função dos objetivos definidos em parceria com a pessoa e família	B	MB

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO		
6. ASSUME UMA CONDUTA PROMOTORA DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E DA PROFISSÃO E DO SEU PROJETO DE FORMAÇÃO	Av. Interc.	Av. Final
Processo de aprendizagem para o desenvolvimento pessoal e da profissão		
- Revela iniciativa e responsabilidade na identificação de situações de aprendizagem de crescente complexidade;	MB	MB
- Revela capacidade de autoavaliação do seu desempenho e solicita orientação de modo sistemático, adequando o seu comportamento e atitude perante a crítica construtiva;	MB	MB
- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento actualizado, na área da especialidade;	B	MB
- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;	MB	MB
Processo de aprendizagem relativo ao desenvolvimento do seu processo de formação		
- Implementa o seu projecto de formação, contextualizando-o nos diferentes locais de estágio	B	MB
- Introduz aspectos inovadores decorrentes do seu projecto de formação nos contextos de prática de cuidados ou nos contextos da prática	MB	MB

Insuficiente (Insuf.) (<10)	Suficiente (S) (10-13)	Bom (B) (14-15)	Muito Bom (MB) (16-17)	Excelente (E) (> ou = 18)
Realiza raramente/ com superficialidade ou modo muito incompleto/ não integra as orientações	Realiza algumas vezes/ com pouca profundidade ou de modo incompleto, mas minimamente aceitável/ com pouca integração das orientações	Realiza frequentemente/ com profundidade ou de modo quase completo/ integra a maioria das orientações	Realiza quase sempre/ com muita profundidade ou de modo muito completo/ com elevada capacidade de integração das orientações	Realiza sistematicamente/ com elevada profundidade e de modo totalmente completo/ com excepcional capacidade de integração das orientações ou elevada capacidade de autoaprendizagem

APRECIÇÃO GERAL INTERCALAR
(sintéticas e norteadoras para o estudante e futuros orientadores)

A estudante apresenta-se proativa, com elevada capacidade para integrar novos conhecimentos e receber críticas construtivas.

Por isso a well-being: transmissão do conhecimento subjacente às suas intervenções assim como da visibilidade ao seu pensamento e raciocínio.

Fica agradecida em Bom / Muito Bom

AVALIAÇÃO INTERCALAR		Data: 16/01/2019
Tomei conhecimento, o Estudante	Orientador Clínico	Docente
<i>Teresa Esteves</i>		<i>[Assinatura]</i>

APRECIÇÃO GERAL FINAL

A estudante mostrou saber-ser e saber estar, transmitiu confiança na prestação de cuidados, mostrou iniciativa, autonomia e uma comunicação não verbal coerente com a integralidade do papel de Enfermeiro de Reabilitação.

Mostrou-se proativa e mais segura na transmissão de conhecimentos aumentando a capacidade crítica ao longo do Ensino Clínico.

AVALIAÇÃO INTERCALAR		Data: 30/01/2020
Tomei conhecimento, o Estudante	Orientador Clínico	Docente
<i>Teresa Esteves</i>		<i>[Assinatura]</i>