



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

Relatório de Estágio

**Cuidado Transicional ao Cuidador Informal da
pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Intervenções
do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação**

Ana Mafalda Ribeiro Peixoto



**Lisboa
2023**



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

Relatório de Estágio

**Cuidado Transicional ao Cuidador Informal da
pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Intervenções
do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação**



Orientador: Maria Fátima Marques



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“É o tempo da travessia: e, se não
ousarmos fazê-la, teremos ficado, para
sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

À Professora Doutora Fátima Marques, orientadora exemplar, que me acompanhou neste percurso lado a lado, pelo profissionalismo e disponibilidade sem medida e pela confiança em mim depositada.

Às enfermeiras orientadoras pela disponibilidade total na partilha de conhecimentos e por me ensinarem o que é cuidar em reabilitação.

Aos meus colegas do mestrado pela união ao longo deste percurso.

Ao enfermeiro chefe Paulo Barreiros, meu chefe, pela ajuda incondicional permitindo que este percurso fosse realizado de uma maneira mais leve.

Aos meus colegas de trabalho pela minha menor disponibilidade para os turnos extras e sempre com uma palavra de força e coragem.

À minha família pela compreensão dos momentos ausentes, pelo apoio constante com uma palavra sempre de confiança e pela preocupação do meu bem-estar, em especial à minha mãe e à minha irmã.

À minha sogra pela sua presença, tornando o caminho mais leve nos momentos aflitivos.

À minha amiga Ana Isabel Mata, pelo apoio incondicional nesta caminhada.

A ti que mesmo noutra dimensão, foste o companheiro nas minhas horas de silêncio.

Por fim, mas os mais importantes, os meus alicerces, uma obrigada ao meu marido e à minha filha pela paciência nos momentos mais difíceis, por aturarem o meu mau feitio com o cansaço acentuado e por nunca me deixarem desistir em momento algum, sempre com uma palavra, um abraço e um beijo de conforto.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CI- Cuidador Informal

DL – Decreto-Lei

DR- Diário da República

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL- Equipa Coordenadora Local

EE – Enfermeiro/a(s) Especialista(s)

EEEMC – Enfermeiro/a(s) Especialista(s) em Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

EEESIP- Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMP- Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ER – Enfermagem de Reabilitação

GUSS – Gugging Swallowing Screen

NIHSS- National Institutes Health Stroke Scale

INE – Instituto Nacional de Estatística

MFR- Medicina física e Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC - Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

PII- Plano Individual de Intervenção

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPA – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

TVM- Traumatismos Vertebro-Medulares

UC- Unidade Curricular

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

Resumo

A doença neurológica tem um elevado impacto social e económico a nível das doenças mundiais, surgindo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como responsável pela principal causa de morte e incapacidade física prolongada em Portugal. Desta forma, apresenta grandes implicações a vários níveis, incidindo as maiores alterações a nível sensoriomotor, acarretando assim grandes incapacidades e limitações à pessoa em realizar atividades de vida diária de forma autónoma e independente, necessitando assim da presença de um cuidador como forma de assegurar as necessidades do dia-a-dia. O cuidador informal surge muitas vezes de forma inesperada tendo de assumir um novo papel sem preparação prévia. No entanto, são um elo de ligação fundamental entre a pessoa com AVC e os enfermeiros prestadores de cuidados especializados, sendo neles depositado o comprometimento de assegurar a continuidade de cuidados na transição hospital – casa. O cuidado transicional foca-se em estratégias que permitam assegurar a continuidade de cuidados perante uma mudança na vida de uma pessoa e sua família. Segundo o modelo teórico das transições de Meleis (2010), a transição está relacionada com a mudança, desencadeando um processo psicológico que envolve uma adaptação de aceitação à nova realidade.

Desta forma, no âmbito do curso de mestrado em enfermagem, na área de especialização em enfermagem de reabilitação, este relatório pretende descrever e refletir acerca do percurso formativo comportado na aquisição de conhecimentos através de evidência científica, tal como, na reflexão e análise da prática ao longo dos ensinamentos clínicos. Pretende salientar as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na aptidão do cuidador informal em adquirir novos conhecimentos e competências de forma a manter a continuidade de cuidados com qualidade à pessoa com AVC no domicílio, garantindo qualidade de vida e bem-estar.

Palavras chaves: Cuidado Transicional; Cuidador Informal; Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem em Reabilitação;

Abstract

Neurological disease has a light social and economic impact in terms of world diseases, with stroke emerging as the main cause of death and prolonged physical disability in Portugal. In this way, it has major implications at various levels, focusing on the greatest changes at the sensorimotor level, thus causing great disabilities and limitations to the person in carrying out activities of daily living autonomously and independently, requiring the presence of a caregiver as a way of ensuring the day-to-day needs. The informal caregiver often appears unexpectedly, having to assume a new role without prior preparation. However, they are a fundamental link between the person with a stroke and the nurses providing specialized care, with the commitment to ensuring the continuity of care in the hospital-home transition being deposited in them. Transitional care focuses on strategies that ensure continuity of care in the face of a change in the life of a person and their family. According to the theoretical model of transitions by Meleis, the transition is related to change, triggering a psychological process that involves an adaptation of acceptance to the new reality.

In this way, within the scope of the master's degree in nursing, in the area of specialization in rehabilitation nursing, this report intends to describe and reflect on the training path involved in the acquisition of knowledge through scientific evidence, such as, in the reflection and analysis of the practice throughout clinical training. It intends to emphasize the interventions of the rehabilitation nurse in the ability of the informal caregiver to acquire new knowledge and skills in order to maintain the continuity of quality care for the person with stroke at home, guaranteeing quality of life and well-being.

Descriptors: Transitional Care; caregiver; Stroke; Rehabilitation Nurse;

Índice

Introdução.....	10
1. Enquadramento Concetual.....	14
1.1. Acidente vascular cerebral.....	14
1.2. Cuidado transicional ao cuidador informal e suas transições.....	17
1.3. Uma visão sobre a teoria das transições.....	23
2. Descrição, Análise Crítica dos Objetivos Propostos e Atividades Desenvolvidas.....	26
2.1. Breve contextualização dos locais de estágio.....	26
2.2. A transição para enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.....	29
3. Retrospectiva do Percurso formativo.....	67
4. Considerações Finais.....	72
Referências Bibliográficas.....	74

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto De Estágio

Apêndice II – Roteiro de Ensinos ao Cuidador Informal

Apêndice III – Espelho Reedução dos Músculos da Face

Apêndice IV – Guia de Apoio ao Utente e Cuidador Informal

Apêndice V – Documento Orientador de Recolha de Dados e Avaliação

Introdução

A elaboração deste Relatório é proveniente da unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no terceiro semestre, do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, como condição para a obtenção de grau de Mestre (Decreto-lei n.º 74/2006).

Tem como intuito a descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo dos Ensinos Clínicos, refletindo de que forma os mesmos contribuíram para fomentar o meu percurso formativo, permitindo adquirir os objetivos propostos e aquisição de competências à obtenção do título de mestre na área de reabilitação, como preconizado nos descritores de Dublin (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011).

Foi elaborado previamente um projeto de formação (apêndice I) que serviria como guia condutor no desenvolvimento do presente relatório e nos respetivos ensinos clínicos, cujo foco é o cuidador informal (CI) da pessoa com acidente vascular cerebral (AVC) em assegurar a continuidade dos cuidados necessários com qualidade preservando a qualidade de vida e bem-estar de ambos. Evidencia-se a intervenção do EEER na adaptação e capacitação do CI na transição do hospital-casa.

Desta forma delineei como objetivos gerais: Desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista de reabilitação nas intervenções de cuidado transicional ao cuidador da pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC); desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor, cardiorrespiratório e eliminação, promovendo a capacitação do cuidador na transição hospital-casa. Tenho como objetivos específicos: Desenvolver práticas de qualidade responsáveis através de um ambiente terapêutico, garantindo a defesa e o respeito pelos direitos humanos da pessoa e família nos diferentes contextos; Fomentar oportunidades de aprendizagem que permitam o autoconhecimento, com vista em estratégias para facilitar o relacionamento com a pessoa, cuidador e com a equipa interdisciplinar; Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados especializados de reabilitação, com base nas necessidades/limitações/incapacidades das pessoas com alterações da função motora, cognitiva, sensorial, respiratória e eliminação, com o objetivo de potencializar autonomia, funcionalidade, autocuidado e a continuidade dos cuidados, envolvendo o cuidador, em qualquer contexto; Identificar fatores inibidores e facilitadores para a capacitação do cuidador no cuidado transicional;

Implementar programas de treino de atividades de vida diária, exercícios terapêuticos, posicionamentos para a promoção das capacidades à pessoa e cuidador sobre o cuidado transicional.

O tema escolhido para o meu Relatório foi “Cuidado Transicional ao Cuidador Informal da pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”. Sendo uma temática com grandes implicações sociais e epidemiológicas, tal como, sendo uma área de interesse pessoal e profissional. A minha experiência profissional insere-se num serviço de urgência central que me permite vivenciar muitos incidentes de AVC e consequentemente constatar as sequelas que dele acarretam, não esquecendo que agregado a esta situação encere-se uma família em que subitamente um dos seus elementos se torna cuidador (Akgun-Citak et al., 2020; Marques & Corte, 2021; Pereira, 2013).

A reabilitação da pessoa com AVC é um processo longo, sendo a presença do CI fundamental de forma a manter a continuidade de cuidados no domicílio, desempenhando tarefas complexas e sem preparação prévia, o que desencadeia uma sobrecarga física, económica, emocional e psicossocial. O enfermeiro tem um papel fundamental (em articulação com a equipa multidisciplinar) na implementação de estratégias/ intervenções promotoras de apoio educacional e aconselhamento ao CI de forma ao colmatar as necessidades sentidas no processo de cuidar da pessoa com AVC (Silva & Boery, 2021).

Existe então a necessidade de capacitar o CI de forma a arranjar estratégias para encarar a nova realidade, sem que o sentimento de destaque seja negativismo, mas que é possível continuar a caminhada de uma forma plena mantendo a qualidade de vida e bem-estar. Desta forma pretendo dar resposta às necessidades identificadas no meu contexto profissional, e não só, permitindo aplicar as competências adquiridas no meu percurso formativo.

No âmbito da disciplina de Enfermagem de Reabilitação, uma das áreas de investigação prioritárias (2015-2025) é a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal, o que salienta o meu interesse académico pelo tema (Ordem Enfermeiros, 2015a).

Metodologicamente, a elaboração do relatório consistiu na realização de uma revisão narrativa da literatura, tendo por base a pesquisa bibliográfica em artigos científicos, em base de dados como o MEDLINE, Google académico, revistas de

enfermagem, guidelines, jornais (onde foram publicados artigos pertinentes para com o tema), bem como, livros da especialidade de reabilitação e outras áreas, dissertações de mestrado e a outras fontes consideradas literatura cinzenta. O enquadramento teórico foi definido um limite temporal de 10 anos, exceto os livros de referência, em que foi mantida a data original.

O modelo teórico das transições de Meleis (2010), é o modelo na qual me identifiquei, servindo assim como linha orientadora para estruturar/organizar/planear os meus pensamentos e ações, no entanto, serve como orientação à prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, estruturando e otimizando a qualidade do exercício profissional. Também é o modelo que para mim se enquadra com o tema. O foco deste modelo são as transições bem-sucedidas que permite o domínio/mestria (por parte do utente/CI) na aquisição das novas competências e o seu domínio, sendo possível lidar de forma equilibrada e estabilizada com a nova realidade. Desta forma, as intervenções do EEER focam-se no instruir, capacitar a pessoa e CI acerca da sua nova condição, promovendo máxima autonomia e independência. Assim sendo, através do trabalho em conjunto é possível promover a continuidade de cuidados mantendo a mesma qualidade, ou seja, o cuidado transicional.

O projeto delineado foi realizado durante o período de ensino clínico que decorreu de 27 de setembro de 2022 a 1 de fevereiro de 2023, constituído por dois momentos de estágio: o primeiro (vertente comunitária) numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na região metropolitana de Lisboa e o segundo momento (vertente hospitalar) decorreu num serviço de medicina física de reabilitação (MFR) de um hospital central de Lisboa. Foram desenvolvidas aprendizagens delineadas nos objetivos individuais de estágio, em cada contexto.

Estruturalmente o relatório está organizado em duas partes, sendo que a primeira parte aborda a fundamentação teórica e uma contextualização do tema (concretizado o enquadramento concetual a pertinência do tema, referência ao modelo teórico a utilizar na análise do tema). Numa segunda parte, será descrita a análise crítica e reflexão do percurso desenvolvido nos ensinamentos clínicos, que permitiram a aquisição de competências gerais e específicas de Enfermeiro Especialista (EE) e mestre na área de reabilitação, tendo enfoque os objetivos definidos no projeto que precedeu os estágios.

No final, delineiam-se algumas considerações finais, onde se realiza um balanço final de todo o percurso concretizado. Seguem-se as referências bibliográficas de acordo com as normas APA descritas no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações (Godinho, 2023) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e os respetivos apêndices.

1. Enquadramento Conceptual

1.1. Acidente vascular cerebral

As doenças neurológicas advêm de uma lesão do sistema nervoso central e/ou do sistema nervoso periférico e as suas sequelas incitam alterações cognitivas, emocionais, psíquicas, sensoriomotoras e coordenação motor, que se traduz num impacto negativo a nível da independência funcional e qualidade de vida das pessoas/família (Diccini & Santos, 2017; Silva et al., 2016).

A nível mundial, as doenças neurológicas representam 6.3%, revelando que 11.2% destina-se à Europa, sendo possível afirmar que refletem um elevado impacto social e económico (Rede de Referência Hospitalar, 2017; Teixeira & Araújo, 2020).

As doenças neurológicas representam um custo per capita anual de 1.234 euros, em Portugal, sendo que 34% revelam custos diretos em cuidados de saúde, 40% custos diretos não médicos e 26% custos indiretos (Rede de Referência Hospitalar, 2017).

Grande parte das doenças neurológicas evoluem para cronicidade exigindo assim, cuidados em saúde permanentes (Rede de Referência Hospitalar, 2017).

Para Jani e Gore (2014), as doenças neurológicas surgem através de diversos sintomas e delas podem erguer-se causas dos mais variados fatores etiológicos, destacando o acidente vascular cerebral (AVC), sendo o responsável pela causa mais comum de distúrbios neurológicos.

De acordo com os dados da Rede de Referência Hospitalar (2017), as doenças cerebrovasculares representam 64% dos casos na Europa. Segundo Norrving et al. (2018), a prevalência de AVC não tende a diminuir na próxima década pelo facto do aumento da população envelhecida na Europa, com um aumento projetado de 35% entre 2017 e 2050.

O AVC em Portugal é responsável pela primeira causa de mortalidade e incapacidade física prolongada (Teixeira & Araújo, 2020). No entanto, segundo a Direção-Geral da Saúde (2017) nos últimos anos com o avanço na saúde verificou-se uma diminuição da mortalidade por AVC. O plano de ação em 2015 aglomerava um conjunto de medidas combinadas com o foco na prevenção, aliadas aos avanços na vertente assistencial, onde foi possível superar a meta estabelecida.

As incidências do AVC em Portugal relacionam-se com a faixa etária em indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e 65 anos. Estima-se que ocorram três AVC por hora sendo que um deles é fatal e outro acarreta sequelas graves (Pimenta, 2018).

Em Portugal, a esperança média de vida à nascença, foi calculada em 80.72 anos, no triénio 2019-2021 (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Segundo as autoras Santos, Martins e Campos (2020), o progressivo envelhecimento da população reflete um aumento de internamentos por AVC no período de 2011 a 2016, ultrapassando 25.000 casos. Para Sousa et al. (2019), cerca de 74% das pessoas sobrevivem a um AVC e 57% desses sobreviventes necessitam de ajuda para realizar AVD.

Ao encontro dos autores em cima citados, um outro estudo consta que após um episódio de AVC, 60% das pessoas recuperam a independência para os autocuidados, 75% recuperam a independência para a marcha e 20% das pessoas necessitam de cuidados institucionais (Rocha et al., 2020).

O AVC torna-se assim uma doença devastadora com um grande impacto a nível financeiro, familiar e na própria sociedade, pelas consequências físicas, mentais e sociais que estas acarretam às pessoas/famílias limitando-os a nível da sua funcionalidade e independência (Gomes, Marques-Vieira & Braga, 2021).

Para Sá (2014), a doença neurológica acarreta uma grande pressão, ao nível dos profissionais, nas dinâmicas familiares e socioeconómicas, devido à necessidade da maior procura dos serviços de saúde, nomeadamente serviços de urgência, consulta e exames regulares, terapêuticas dispendiosas e a necessidade de reabilitação.

O AVC é originado pela perda repentina da função neurológica ao limitar a chegada de sangue ao cérebro (Wilkinson & Lennox, 2005). Este facto é responsável pelas incapacidades físicas. É definido como “um comprometimento neurológico focal ou global, de provável origem vascular, que ocorre de forma súbita e tem duração superior a 24 horas, podendo mesmo causar a morte” (Santos et al, 2020, p.37). Wilkinson e Lennox (2005), referem que os eventos de AVC podem ocorrer de forma inesperada, o que leva à maioria das pessoas a receber um tratamento conservador de otimização, recuperação e prevenção de novas incidências e das sequelas resultantes. Para os mesmos autores, a prevenção torna-se crucial de forma a controlar os fatores de risco.

Segundo Gomes et al. (2021), subsistem dois processos patológicos que dão origem ao AVC, a oclusão das artérias causadas por enfartes encefálicos, espinhal ou da

retina – AVC isquêmico (87%) ou a rotura das artérias desenvolvendo rápida presença de sangue no parênquima cerebral ou sistema ventricular - AVC hemorrágico (13%). Assim sendo, o AVC isquêmico caracteriza-se por “oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo localmente formado ou por deslocação de um êmbolo” e o AVC hemorrágico categoriza-se de intracerebral “ocorrer no tecido cerebral, ou subaracnoídea, se surgir entre as duas meninges conhecidas como pia-máter e aracnoide” (Santos et al., 2020, p.37).

O AVC ostenta défices neurológicos e incapacidades a nível físico, emocional, sensorial, cognitivo, visual, social, tal como, alterações na comunicação, deglutição, mobilidade/atividade, motricidade, eliminação e sexualidade a longo prazo, que se traduzem em implicações de incapacidades nas atividades das básicas às complexas do quotidiano (vestir-se, alimentar-se, higienização, deambular, entre outros). Estima-se, no entanto, que 60% das pessoas readquiram a independência para os autocuidados, 75% retomem a independência para a marcha e que 20% das pessoas necessitem de cuidados institucionais (Gomes et al., 2021; Rocha et al., 2020).

Segundo Norrving et al. (2018), a função sensório-motor representa maior défice neurológico após o episódio de AVC com 50-85%, desencadeando alterações a nível dos movimentos: marcha, equilíbrio, deglutição, alteração da sensibilidade e eliminação. Persegue a função cognitiva como segundo maior défice, com alterações de memória, défice da atenção, disfunção funcional, incapacidade de gerir as atividades do dia a dia e alteração na comunicação.

Rocha et al. (2020), vai ao encontro dos autores acima citados quando alude para a alteração da mobilidade do tronco um dos défices mais relevantes após AVC, pelo facto de interferirem com a incapacidade das atividades funcionais, sendo estas controladas pelo tronco como base do movimento. O equilíbrio postural vai ser afetado nesta sequência, uma vez que as funções dos músculos do tronco estão comprometidas. Desta forma, é possível prever a incapacidade/dificuldade do equilíbrio, das transferências e da marcha, tão cruciais para realização das atividades de vida diárias (AVD).

O AVC sendo uma doença neurológica complexa consequentemente detém implicações também elas complexas. Após o episódio de AVC e as sequelas que dele acarretam, é possível constatar que a pessoas/família vão carecer de orientações/acompanhamento das diversas áreas da saúde, destacando a intervenção

fundamentar do EEER, de forma a adquirir ferramentas necessárias (domínio de novas competências, novos conhecimentos) para encarar a nova realidade mantendo qualidade de vida e bem-estar (Lin, Xie, et al, 2022; Magagnin & Heidemann, 2019; Meleis, 2010; Sousa et al., 2019).

A janela de tempo para a reabilitação é particularmente minuciosa pelo facto de ser individualizado/personalizado respeitando o timing de cada pessoa e CI. O objetivo do cuidado foca-se em melhorar a qualidade de vida e promover o bem-estar, trabalhando no sentido de maximizar a independência e autonomia de ambos. É notória a importância da existência de um cuidador informal, que representa uma peça fundamental para a recuperação/reabilitação das pessoas com AVC. Ambos atravessam aqui o grande desafio das suas vidas (Camicia et al., 2021; Lin, Xiao et al., 2022; McNair, 2019).

1.2. Cuidado transicional ao cuidador informal e suas transições

Ser CI conduz a uma realidade complexa que não implica apenas 'cuidar de alguém' ou 'cuidar de pessoas dependentes nas AVD'. Este papel assumido muitas vezes de uma forma inesperada, representa assumir um papel de comando, ter a cargo alguém, dar respostas a várias necessidades do dia-a-dia, assumir o cuidado e mais importante, assumir o bem-estar e a saúde de outrem (Pereira, 2013).

Considera-se CI “cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada” (Decreto Regulamentar n.º 1/2022, 2022, p. 22). Cuidador Informal Principal “a) viver em comunhão de habitação com a pessoa cuidada; b) Prestar cuidados de forma permanente (...) não exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados permanentes à pessoa cuidada” (Decreto Regulamentar n.º 1/2022, 2022, p. 23).

É importante clarificar a diferença entre os tipos de prestadores de cuidados existentes que se distinguem consoante as especificidades/necessidades de uma determinada situação. Existem dois tipos de cuidadores, os cuidadores formais e os cuidadores informais.

Os cuidados prestados pelos cuidadores formais são cuidados concedidos por profissionais qualificados (Enfermeiros, Médicos, Assistentes Sociais, Psicólogo, entre outros) com competências específicas e diferenciadas para desenvolver a sua atividade profissional (Rodrigues, 2018).

Os cuidados prestados pelos CI, são cuidados realizados na sua maioria em contexto de domicílio, prestados por familiares próximos ou coniventes significativos, não remunerada e são motivadas pelas ligações afetivas (Pereira, 2013).

No entanto, a estrutura familiar foi sofrendo modificações na sociedade contemporânea, levando a uma diminuição de tempo e membros disponíveis para cuidar, isto é, com famílias mais reduzidas, a introdução da mulher no mundo do trabalho e os papéis que cada membro desempenha na sociedade acaba por afetar diretamente o suposto papel de cuidar (Petronilho, 2007).

Segundo a European Association Working for Carers (2023), estima-se que existam 1.274.280 cuidadores em Portugal sendo que 12.3% são reconhecidos responsáveis pelos cuidados. Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2019 estima-se a existência de 1.059.012 horas por semana despendidas por cuidadores informais, das quais 692 mil são prestadas por mulheres e 366 mil por homens (INE, 2020).

A realidade atual diz-nos que com o aumento da esperança média de vida e com o envelhecimento demográfico, estamos perante CI envelhecidos. Pereira (2013), aponta CI na faixa etária acima de 50 anos, o que levanta a necessidade de maior preocupação com a saúde e qualidade de vida dos próprios cuidadores. Desta forma, é necessário um apoio acrescido aos CI de forma a que este consigam desempenhar o seu papel em pleno.

Para o mesmo autor acima citado, os CI assumem este papel na maioria das vezes de forma repentina não tendo noção da dimensão desse compromisso. Dele advém prejuízos para a sua própria saúde (física e psicológica), prejuízos a níveis económicos (gastos com ajudas técnicas, com serviços, rendimentos, a diminuição da produtividade no seu trabalho) e prejuízos sociais (familiares e extrafamiliares – diminuição de tempo para participação social e relação com os outros), o que nos leva a concluir que estes merecem a maior atenção por parte dos profissionais, estando despidos a eventuais ocorrências/dificuldades que possam surgir, influenciando assim a continuidade dos cuidados à pessoa doente (Pereira, 2013).

As pessoas com AVC e os CI deparam-se com uma realidade de dependência que exige uma complexidade de cuidados, sendo crucial a existência por parte dos profissionais e instituições uma transição de cuidados eficaz. No entanto, não é suficiente apenas a transmissão de informações, mas sim, é fundamental um conjunto de ações

coordenadas de forma a assegurar a continuidade de cuidados à medida que a pessoa e CI vão progredindo no seu estado de saúde (Sousa et al. 2019). O papel do CI é fundamental, como forma de garantir a continuidade e qualidade dos cuidados inerentes à pessoa com AVC no domicílio.

Posto isto, falar de cuidado transicional é essencial, uma vez que este refere-se à prossecução de cuidados de qualidade a quando uma transição saúde-doença e organizacional (hospital-casa), tal como na recuperação da situação de doença e limitações. Neste sentido, o foco é a reintegração da pessoa/família à normalidade da sua vida, mesmo que adaptada. Para que este seja efetivado de forma plena é necessário ter uma visão holística de forma a envolver todos os intervenientes necessários, família, comunidade, cuidadores e entidades sociais (World Health Organization, 2018).

Segundo Aued et al. (2019), a continuidade do cuidado torna-se fundamental pela satisfação da pessoa que recebem cuidados de qualidade prestados pelo CI, como também é vantajosa em relação à diminuição e custos em saúde, uma vez que há redução dos custos e diminuição das internações hospitalares.

O cuidado transicional envolve um plano inclusivo de cuidados e disponibilidade de profissionais de saúde diferenciados, detentores de informações do estado clínico da pessoa com AVC, tal como, avaliação sociofamiliar, condições habitacionais, nível de conhecimento, permitindo a articulação e coordenação com a restante equipa multidisciplinar, permitindo dar respostas às necessidades dos mesmos ao longo de todo o processo de saúde (Sousa et al., 2019). A preparação/instrução/capacitação dos CI é um caminho longo, mas crucial para a reabilitação da pessoa com AVC, pois o cuidado transicional é fundamental para que estes mantenham uma qualidade de vida e bem-estar dentro da nova realidade (Camicia et al., 2019).

Uma mudança acarreta necessidade de adaptação, preparação e sobre tudo respeito pelos processos de transição que a pessoa e CI estão a vivenciar. Cuidar de uma pessoa com limitações traduz-se muitas vezes num aumento de stress e de um grande esforço físico e psicológico por parte de ambos. Para contornar muitos destes fatores a preparação prévia do CI, envolvendo-o nos cuidados ainda em contexto hospitalar é crucial, de forma a que este possa adquirir novas competências/conhecimentos que se tornaram ferramentas essenciais e facilitadoras para desempenhar o seu novo papel (Costa et al., 2016; Gomes et al., 2020; Meleis, 2010).

Num estudo realizado por Silva et al., (2013), é possível constatar que os CI no processo de transição (saúde-doença, hospital-casa) demonstram algumas necessidades que podem ser notadas em quatro vertentes: défice da informação e formação (as informações clínicas devem ser fornecidas aos CI de uma forma clara, abordando as condições, evolução e do prognóstico da doença das pessoas que cuidam); défice no suporte profissional (apoio na gestão da nova realidade através de profissionais de qualidade e referência para auxiliar nas necessidades); comunicação eficaz (comunicação entre utente/cuidador e profissionais de saúde deve ser clara e adaptada a cada pessoa/família) e apoio financeiro/apoio jurídico (surge o esclarecimento das regras de elegibilidade e do apoio das entidades existentes). No último ponto o enfermeiro surge como agente facilitador na articulação com outros profissionais.

Para Petronilho (2007), acessibilidade da informação clínica e o tempo disponibilizado para a relação terapêutica individualizada por parte dos profissionais (enfermeiros) também é identificada como uma necessidade dos CI. Estas necessidades surgem quando na maioria das vezes o papel de CI não é uma escolha, e aliado a essa situação surgem vários sentimentos em simultâneo que são facilitadores para a sobrecarga dos mesmos (as incertezas, as inseguranças quanto à capacidade de prestar cuidados diretos, os apoios esperados pelos restantes membros da família e da própria sociedade, a condição económica, os tipos de relações entres familiares (antes do episódio de doença) e a modificação do seu papel social) colocando-os numa situação vulnerável acrescida.

Por vezes o estado físico e cognitivo da pessoa doente no momento da alta, coloca o CI numa posição de fragilidade ao se deparar com a nova realidade acusando assim pressão pelas responsabilidades que acarreta. Aliado a esta situação o facto de existirem necessidades adaptativas a nível económico, condições habitacionais, a articulação com a disponibilidade de recursos informais/formais e todo o planeamento do CI para dar respostas à necessidade existente, torna-se um obstáculo para adaptação à nova realidade, influenciando assim a continuidade de cuidado (Camicia et al., 2019).

Tendo em conta que a maioria das pessoas com AVC regressam para o domicílio, mais uma vez salienta-se a necessidade de acompanhar e compreender os diversos processos de transição existentes. Como estratégia para transições de sucesso surge a avaliação prévia dos recursos internos/externos, tal como, a consolidação das ligações

familiares, permitindo identificar os papéis e as características de cada membro, tal como, capacita-los ao fomentar novos conhecimentos de forma a obter ferramentas necessárias para encarar a nova realidade (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

O enfermeiro assume assim um papel de agente facilitador nos processos de transição, focando as suas ações na identificação das necessidades da pessoa e CI, ajustando as intervenções de forma a contornar as necessidades/problemas existentes/identificados, permitindo uma adaptação à nova condição de saúde/nova realidade de forma mais simples (Gomes et al., 2020). O trabalho do EEER junto da pessoa/família/CI é maximizar a independência e autonomia aceitando as suas próprias limitações.

O enfermeiro, enquanto especialista em reabilitação, possui competências diferenciadas que permitem a maior distinção nos cuidados que presta pois

concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (...) implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida" (Regulamento n.º 392 /2019, 2019, p. 13567).

Posto isto, a transição hospital-casa (organizacional) para ser bem-sucedida requiere cuidados minuciosos e individualizados. Neste momento é crucial um planeamento prévio da alta hospitalar que deverá englobar o envolvimento da pessoa e CI no plano de cuidados, de forma a prepará-los e instruí-los para que possam dar resposta às necessidades futuras e manter assim a continuidade dos cuidados no domicílio (Weber et al., 2017).

É expectável que o regresso a casa seja planeado respeitando uma série de linhas orientadoras que são cruciais para compreender o momento adequado da alta. Isto é, através da apreciação dos profissionais de saúde, reúne-se um conjunto de diagnósticos de enfermagem atuais e potenciais, planeando intervenções individualizadas, envolvendo a pessoa e CI em todo o programa de reabilitação/terapêutico. O grande objetivo é capacitar a pessoa e CI, respeitando o seu *timing*, para que desta forma seja possível assegurar a continuidade dos cuidados com qualidade de forma segura e autónoma no domicílio. No entanto, salienta-se o foco para a promoção da máxima independência funcional, no desenvolvimento de estratégias para adaptação do meio exterior e os recursos disponíveis na comunidade, tal como, desenvolver a capacidade na identificação

e eliminação de barreiras existentes de forma a estimular a integração social tendo em conta a nova condição de saúde (Martins et al., 2017; Marques-Vieira et al., 2017; Menezes et al., 2018; Menoita et al., 2012).

Temos consciência que este processo nem sempre é executado conforme o planeado/idealizado/esperado, devido a diversos fatores diretos/indiretos que influenciam a qualidade do cuidado. Num estudo realizado por Chen, Chamberlain e Xiao (2020), salienta-se a existência de lacunas no envolvimento do CI no processo de cuidados no momento da alta hospitalar. É neste ponto que o enfermeiro tem de estar sensibilizado e atento, pelo facto do envolvimento do CI no plano de alta hospital permitir assegurar a continuidade dos mesmos de forma segura e evitar assim a sua fragmentação (Dharma & Rahayu, 2020). No entanto, sabe-se que a luta contra o tempo na prestação de cuidados, os protocolos dos serviços, a carência dos registos, as formalizações dos protocolos e a dificuldade na articulação com as equipas multidisciplinares, conduzem a um défice no plano de alta tornando este pouco individualizado, não correspondendo às necessidades específicas (Baixinho & Ferreira, 2019).

As pessoas com AVC podem apresentar alterações/défices a longo prazo que se traduz em cronicidade, tendo desta forma carência de cuidados frequentes e contínuos (Marques-Vieira et al., 2017). Assim sendo, o enfermeiro, mais uma vez, assume um papel fundamental de grande importância na articulação com a equipa multidisciplinar nos diferentes contextos (hospital/comunidade) de forma a garantir a continuidade desses cuidados e assegurar as respostas às necessidades identificadas no dia-a-dia permitindo assim transições de sucesso (Weber et al., 2017).

Conforme regulamentado, espera-se que o EE faça a gestão dos “cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e reconheça “quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). Tais competências possibilitam o cuidado transaccional eficaz ao dar respostas às necessidades sentidas da pessoa e do CI na transição hospital-casa.

Indo ao encontro do supracitado, a World Health Organization (2018), salienta como prática prioritária o cuidado transaccional ao longo do percurso de cuidados, suportado por uma enfermagem de prática avançada. A grande intenção é a

gestão/articulação de cuidados no domicílio e consequentemente redução de custos hospitalares. O cuidado transicional engloba a preparação prévia da alta hospitalar e todo o seu planeamento. A articulação com os enfermeiros da comunidade é fundamental de forma a realizar uma apreciação (48h a 72h após alta hospitalar) das necessidades existente de forma a garantir que os cuidados sejam assegurados com qualidade (Baixinho, 2022).

Dessa forma, o caminho que se segue é a sensibilização dos profissionais de saúde, salientando o EEER (contexto hospitalar e comunidade), numa prática de cuidados eficazes e adequados, recorrendo aos recursos disponíveis, em prol da continuidade dos cuidados garantindo assim um suporte e uma preparação adequada à pessoa e CI, ou seja, o cuidado transacional à pessoa e seu cuidador (Marques-Vieira et al., 2017; Martins et al., 2017; Pedrosa et al., 2022; Petronilho, 2007).

1.3. Uma visão sobre a teoria das transições

As teorias de enfermagem surgem com o intuito de relatar, explicar ou prever fenómenos. Desta forma, representam linhas orientadoras no levantamento de necessidades existentes ao longo da prática e nos diversos contextos clínicos das pessoas cuidadas, “a enfermagem é teoria em ação e todo o ato de enfermagem encontra a sua base numa teoria.” (José & Sousa, 2021, p 3). A ‘ciência de enfermagem’ enaltece a capacidade de descrever, explicar e compreender um fenómeno desenvolvendo assim uma teoria, permitindo antecipação da ação (Meleis, 2010).

Ao longo do ciclo de vida é inevitável as mudanças e transformações constantes que o ser humano vivência, sejam estas expetáveis ou não, desencadeando necessidades de reorganização e adaptação individual e/ou coletiva (família). A capacidade de adaptação a uma mudança é influenciada pelas experiências anteriores e pelo peso que as mesmas acarretam. As transições requerem uma mudança, uma passagem de um estado ou condição que podem levar a um bem-estar ou vulnerabilidade acrescida das pessoas/ família que as vivenciam (Petronilho, 2007; Santos et al., 2015).

Meleis (2010), considera que um episódio de doença no seio de uma família/pessoa vai se traduzir num conjunto de adaptações, necessidades acrescidas que consequentemente vão desencadear mudanças, e estas são consideradas transições. Essa transição por sua vez, desencadeia a necessidade de desenvolver um processo de

adaptação com a nova realidade. Este processo torna-se complexo pelo facto de poder ocorrer em várias transições em simultâneo.

As pessoas/família que vivenciam um processo de mudança/nova realidade expõem uma vulnerabilidade e fragilidade acrescida tendo um impacto na qualidade de vida dos mesmos (Baixinho & Ferreira, 2019).

Para melhor entender o processo de transições, Meleis (2010), enumera três componentes essenciais, a natureza das transições, as condições e os padrões de resposta.

As naturezas das transições englobam o tipo de transições, os padrões (uma ou mais transições em simultâneo) e as prioridades. No que diz respeito ao tipo de transição, ele pode estar presente pelas alterações que ocorrem ao nível do ciclo de vida (desenvolvimento), pode ocorrer alteração/mudança de papéis/funções (situacional), pode existir uma mudança no estado de saúde (saúde/doença) ou alterações ambientais, políticas, socioeconómicas (organizacional). Em relação aos padrões de transição, estas podem ocorrer uma ou mais transições em simultâneo (simples, múltiplas, sequencial, relacionado ou não relacionado). Por fim, a consciencialização, o empenho, os ganhos da pessoa/família, os *timings* da transição, os significados das experiências ao longo de uma situação podem interferir direta ou indiretamente no processo de transição estão relacionados com as propriedades da transição (Silva et al., 2019).

O supracitado leva-nos a compreender melhor uma situação real de uma pessoa/CI num momento de transição, qual o tipo de transição que estão a vivenciar, quantas transições estão a ocorrer, se estão consciencializados à nova realidade, se mostram empenho/vontade/motivação na recuperação ou se pelo contrário demonstram desinteresse, de que forma esta transição se traduz/reflete para a pessoa/CI nas mudanças de pensamentos, rotinas e a forma como estes sentem. Desta forma é possível uma adaptação por parte do profissional (EEER) ao adequar/direcionar as suas intervenções favorecendo o plano terapêutico e a reabilitação dos mesmos.

No entanto, os processos de transição podem ser condicionados por fatores facilitadores e inibidores que são fulcrais neste processo de mudança. Estes fatores podem ser pessoais (o significado de determinada transição pode ser positivo ou negativo; culturais/crenças/ a sua conotação pode influenciar a expressão dos sentimentos; socioeconómicos podem tornar as pessoas mais vulneráveis (nível

socioeconómico mais baixo) o que influencia a forma como este encara a transição pelo lado mais negativo; conhecimentos/preparação pode ser o fator facilitador e inibidor devido ao conhecimento prévio ou falta dele que influencia a forma como se lida com determinada transição) e podem também advir da comunidade e a sociedade podendo se tornar facilitadores ou inibidores no processo de transição de acordo com os apoios familiares e sociais, tal como a acessibilidade da utilização dos recursos existentes (Silva et al., 2019).

A identificação dos fatores facilitadores e inibidores são os maiores aliados do EEER para poder desenvolver o seu plano de reabilitação em conjunto com a pessoa/família de forma a potencializar os fatores facilitadores e arranjar estratégias em conjunto com os mesmos para eliminar ou contornar os fatores inibidores (Silva et al., 2019).

Por fim, os padrões de resposta focam os indicadores de processo (a envolvimento, a consciencialização, a interação, o desenvolvimento de estratégias para processo de transição) que servem como linhas orientadoras para o EEER atuar junto da pessoa/família. Desta forma, é possível identificar as necessidades sentidas pela pessoa/família ao longo do processo de transição e intervir de forma direta dando respostas às necessidades identificadas. Os indicadores de processo, finaliza a transição, onde é espectável que no fim do processo a pessoa/família adquiram novas competências, a mestria dos cuidados na nova condição de saúde (Silva et al., 2019).

O grande objetivo é que a pessoa/família obtenha o domínio de novas competências, adquirir novos conhecimentos de forma equilibrada e estabilizada, ou seja, a mestria que por sua vez traduz-se em transições de sucesso (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Pela minha experiência pessoal, esta última fase é difícil de acompanhar/constatar.

Como agente facilitador no processo de adaptação à nova condição de saúde da pessoa/família, surge o EEER, facilitando deste modo a aprendizagem de novas competências preparando-os/capacitando-os para outras transições que possam ocorrer (Silva et al., 2019).

2. Descrição, Análise Crítica dos Objetivos Propostos e Atividades Desenvolvidas

O presente capítulo pretende descrever de forma detalhada o desenvolvimento de competências como EEER ao longo do percurso formativo, contextualizando os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, com vista ao desenvolvimento das competências comuns EE e as competências específicas para o EEER. Inicialmente, será realizada uma breve descrição dos locais de estágio, passando para a análise dos objetivos traçados no projeto formativo, enquadrando as atividades realizadas que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns do EE e específicas do EEER preconizadas pela ordem dos enfermeiros.

2.1. Breve contextualização dos locais de estágio

O primeiro ensino clínico decorreu em contexto da comunidade, numa ECCL que está integrada na região metropolitana de Lisboa. A equipa é composta por 4 enfermeiras, das quais 3 são EEER e 1 enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), 3 técnicas de apoio social, 2 psicólogas e 1 médica. Esta equipa tem como objetivo assegurar cuidados domiciliários de reabilitação, acabando por assegurar cuidados também curativos e trabalhar em prol da prevenção a todas as pessoas que se encontrem em situação de dependência (Decreto-lei n.º 101/2006). A ECCL tem capacidade para admitir cerca de 20 utentes, abrangendo todas as faixas etárias, em contexto de domicílio. Geralmente os utentes são distribuídos conforme a admissão na rede, onde normalmente cada enfermeiro é responsável pela gestão de caso em média de 5 utentes. As visitas domiciliárias são organizadas de forma independente, com horário e frequência ajustado à pessoa/família, tal como, articulado com a restante equipa e recursos disponíveis.

A entrada dos utentes para a RNCCI é sempre realizada pela Equipa Coordenadora Local (ECL), mediante uma referência prévia da Equipa de Gestão de Altas (EGA) ou pelo médico do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) tendo em conta a área geográfica do centro de saúde e hospital de referência. Por sua vez, a ECL após a minuciosa avaliação e análise da situação clínica, direciona para a rede de apoio mais adequada (validação da tipologia), de forma a dar respostas mais apropriadas às necessidades da pessoa/família. Quando a pessoa é referenciada para uma vaga na ECCL

(mediante critérios, previamente estabelecidos), é programada de imediato uma visita domiciliária, onde conta com a presença do EEER, médico e assistente social. Desta forma, é possível destacar a ECCL (de onde decorreu o meu ensino clínico) pelo facto de ser constituída por EE permitindo que a prática de cuidados se baseasse em intervenções maioritariamente direccionada aos cuidados especializados em reabilitação (Decreto-lei n.º 101/2006).

A visita de admissão tem como objetivo uma avaliação clínica e social da pessoa/família de forma a posteriormente ser realizado um plano individual de intervenção, dando respostas às necessidades identificadas sejam elas, físicas, sociais e psicológicas. Saliento que as visitas de admissão contribuíram para o desenvolvimento de aprendizagem, pelo facto de me despertar para pormenores da maior importância da pessoa/família e o contexto em que vive (barreiras arquitetónicas, fatores facilitadores e inibidores identificados, produtos de apoio já existentes, condições sociofamiliares, entre outros). A visão mais ampla permite uma recolha de dados/informações cruciais para a elaboração de um planeamento de intervenção de cuidados individualizados, tendo em conta as necessidades identificadas pela pessoa/família.

As áreas de intervenção dos EEER integrados na ECCL são diversas e atuam nas diferentes alterações da funcionalidade sejam elas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade, como definido pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 392/2019).

O segundo local de estágio enquadrou-se em contexto hospitalar, num serviço de MFR em Lisboa. A equipa é composta por 18 enfermeiros, em que 5 desses enfermeiros são EEER, 2 enfermeiro/a(s) especialista(s) em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP) e 1 Enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC). O serviço estruturalmente é composto por 4 quartos com capacidade para 4/5 camas, existindo num total 18 camas. A entrada da pessoa no serviço MFR, depende de uma avaliação prévia pela equipa médica obedecendo a critérios específicos. Durante a minha permanência no serviço foi possível constatar que a incidência de diagnóstico clínico mais reiterado foi AVC isquémico e AVC hemorrágico. No entanto, na unidade foi possível ter contacto com diagnósticos clínicos como, traumatismos vertebro-medulares (TVM), botulismo, polineuropatia, politraumatismos, Meningioma e fratura do fémur (submetidas a encavilhamento), vindo-se a demonstrar uma mais valia para a minha

aprendizagem, pelo facto de ser possível prestar cuidados especializados em diversas valências (motor, sensorial, cognitivo, respiratório, alimentação e da eliminação) num curto espaço de tempo. A reabilitação no internamento para além dos cuidados de enfermagem engloba articulação diária (2 vezes por dia) com a equipa multidisciplinar, nomeadamente, fisioterapia, terapia fala, terapia ocupacional, medicina e outras equipas que se evidenciam necessárias. Desta forma, foi uma mais valia para o meu percurso formativo a interação com a equipa multidisciplinar, permitindo acompanhar a evolução clínica dos utentes de forma mais pormenorizada e detalhada, permitindo articular opiniões, partilhar conhecimentos com os outros profissionais, tornando-se enriquecedor para a elaboração e adaptação dos planos de cuidados de enfermagem especializados, previamente estabelecidos.

Existe no serviço a consulta de reabilitação do pavimento pélvico realizada por uma EEER do serviço (exclusivo), onde a referênciação pode ser feita por internamento e/ou ambulatório. Uma mais valia para a minha aprendizagem, uma vez que não surgiu mais nenhuma oportunidade ao longo dos ensinamentos clínicos para me envolver na área da reabilitação pélvica de uma forma tão pormenorizada.

O período estimado de internamento é de 1 a 3 meses definido pela evolução clínica da pessoa, no entanto, este pode ser suspenso por complicações clínicas que surjam, impossibilitando-o de cumprir o plano estipulado, pela desmotivação no cumprimento do plano de reabilitação/terapêutico ou pelo alcançar dos objetivos traçados.

No final do ano 2022 (dezembro) os utentes retomaram as idas a casa aos fim-de-semana (que foram suspensas pelo contexto pandémico) constatando assim uma mais valia para a pessoa/família e profissionais, uma vez que os mesmos verbalizavam as necessidades sentidas na mudança de ambiente/contexto. Durante a pandemia de SARSCoV-2, verificou-se uma desfragmentação na continuidade de cuidados, pelo facto de existir restrição das visitas e distanciamento social, limitando assim o envolvimento dos CI nos cuidados, na preparação para a transição hospital-casa, tal como a articulação dos cuidados com a comunidade (Ferreira & Baixinho, 2022). O retomar desta prática permitiu que o EEER pudesse ajustar as suas intervenções e centrar a família/CI nos ensinamentos e no envolvimento dos mesmos nos cuidados, dando respostas às necessidades

sentidas. Ressalvo que os ensinamentos aos familiares/cuidadores é uma prática comum no serviço, sendo para mim crucial no desenvolvimento do meu percurso formativo.

2.2. A transição para enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação

A evolução de enfermagem ao longo dos tempos permitiu que os enfermeiros acompanhassem essa evolução assentando os seus cuidados em prática baseada na evidência, isto é, um conhecimento requer investigação aliado à teoria de enfermagem focando-se nas respostas humanas ao longo das mudanças. Desta forma, o papel do enfermeiro foi enaltecido quando a sua prática consistiu numa base de conhecimentos que descrevem, explanam e antecipam determinados fenómenos baseadas em teorias de enfermagem desenvolvidas que foram previamente testadas através da investigação (McKenna, Pajnkihar & Murphy, 2014; Silva, 2007).

Cuidar de pessoas singulares, desencadeia por vezes situações que exigem respostas complexas. Para Hesbeen (2003), o cuidar requer uma visão holística tendo em conta as suas várias dimensões, o 'cuidar de si próprio' (leva-nos a uma introspeção profunda de nós próprios e da nossa posição para e com os outros), 'cuidar dos outros' (cuidar natural, que nos leva a um mundo mais humano), 'cuidar das coisas e da prática' (zelar pelo que temos para dar respostas às necessidades do dia-a-dia), 'cuidar do meio envolvente' (para que possamos ter melhor qualidade de vida no ambiente em que se vive), 'cuidar da beleza' (preservar o que nos move, o que faz sentido e enaltecer o que pode influenciar o bem-estar e qualidade no dia-a-dia) e o 'cuidar da comunicação' (articulação de opiniões pessoa/família/profissionais/comunidade). Desta forma, o processo de cuidar demarca que o enfermeiro desenvolva capacidades e competências que permitam dar respostas às necessidades singulares no ato de cuidar.

Os cuidados de saúde (cuidados de Enfermagem) remetem para cuidados com relevância e alto rigor técnico e científico tornando-os especializados (OE, 2018). Neste sentido, o enfermeiro especialista apresenta assim competências técnicas, científicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem diferenciados e especializados de acordo com a sua área de especialização. Posto isto, as competências comuns dos EE são definidas como

competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua

elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Conforme o Diário da República (Regulamento n.º 140/2019), o EE é o profissional com “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo -alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.”(p. 4745), definindo quatro domínios de competências comuns a todos EE, como: “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (p. 4745).

Segundo o Regulamento n.º 392/2019 (2019), a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, contém um grande teor de conhecimento e procedimentos específicos, que se centra em ajudar pessoas doentes ou incapacitadas a promover o máximo da sua capacidade funcional sejam elas físicas, mentais e sociais. Maximizar a independência e autonomia das pessoas dentro das suas próprias limitações é o foco do EEER, fomentando a qualidade de vida, autoestima e dignidade das mesmas. Desta forma, o EEER baseado nos problemas reais e potenciais das pessoas/famílias, concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação diferenciados, capazes de dar resposta às necessidades identificadas (Vasconcelos, 2021).

O elevado nível de conhecimentos aliado às experiências acrescidas do EEER permite tomadas de decisão conscientes sustentadas em bons julgamentos clínicos, permitindo adequar o melhor tratamento de reabilitação, prevenir complicações e focar-se na maximização das capacidades das pessoas (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Conforme publicado em DR, a intervenção do EEER

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) nomeadamente, ao nível Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação das funções neurológicas, respiratórias, cardíacas, ortopédicas e outras deficiências e incapacidades (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13565).

O meu percurso formativo permitiu apurar a aquisição e o aprofundamento de competências onde foi possível enaltecer de novos conhecimentos através da minha

prática ao longo dos ensinamentos clínicos. Desta forma, para atingir as competências comuns EE e as competências específicas EEER conforme preconizado pela OE, defini previamente no projeto formativo dois objetivos gerais e cinco específicos, delineando atividades e intervenções a desenvolver, tal como, os recursos necessários de forma conseguir adquirir e aprofundar as novas competências. Posto isto, proponho analisar e descrever os objetivos traçados no projeto formativo, tal como, as atividades desenvolvidas procurando a transversalidade a todos os contextos de ensino clínico.

Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista de reabilitação nas intervenções do cuidado transicional ao cuidador da pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor, cardiorrespiratório e eliminação, promovendo a capacitação do cuidador na transição hospital-casa;

Como objetivos específicos, delineei:

- 1- Desenvolver práticas de qualidade responsáveis através de um ambiente terapêutico, garantindo a defesa e o respeito pelos direitos humanos da pessoa e família nos diferentes contextos.
- 2- Fomentar oportunidades de aprendizagem que permitam autoconhecimento, com vista a estratégias para facilitarem o relacionamento com a pessoa/cuidador e com a equipa interdisciplinar.
- 3- Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados especializados de reabilitação, com base nas necessidades/limitações/incapacidades das pessoas com alterações da função motora, cognitiva, sensorial, respiratória e eliminação, com o objetivo de potencializar autonomia, funcionalidade, autocuidado e a continuidade dos cuidados, envolvendo o cuidador, em qualquer contexto;
- 4- Identificar fatores inibidores e facilitadores para a capacitação do cuidador no cuidado transicional;
- 5- Implementar programas de treino de atividades de vida diária, exercícios terapêuticos, posicionamentos, para a promoção das capacidades à pessoa e cuidador sobre o cuidado transicional;

Relativamente ao primeiro objetivo específico de “desenvolver práticas de qualidade responsáveis através de um ambiente terapêutico, garantindo a defesa e o respeito pelos direitos humanos da pessoa e família nos diferentes contextos” (**A, C, B-domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**) procurei sempre agir respeitando o princípio ético e legal da profissão. Conforme estabelecido no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), a prática deve ser baseada em princípios respeitando os direitos e interesses da pessoa/família que cuidam (OE, 2015b).

Procurei que os cuidados que prestei fossem de excelência, centrando a relação que estabeleci com a pessoa e família (CI) na base do respeito pelos direitos universais, pela dignidade, liberdade, emancipação e autodeterminação, zelando pela proteção da sua intimidade. Nos dois contextos de ensino clínico foi notório que as pessoas e suas famílias encontram-se vulneráveis e frágeis devido à sua nova condição e às transições que estão a vivenciar. Neste sentido, respeito pela pessoa humana são pequenos gestos/ações que se traduzem em proporções da maior importância para as mesmas.

Conforme o Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 78 “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (OE, 2015c, p.71).

Diariamente, antes da minha intervenção inicial, tentava compreender qual os objetivos, as metas e as expectativas da pessoa e família em relação ao processo de reabilitação. Após identificação dessas metas, em conjunto, era elaborado/traçado um plano ajustado às preferências e recursos existentes com o intuito de alcançar a meta traçada. Como forma de exemplo na ECCL, prestei cuidados a um Sr. que o seu foco era voltar a deambular de forma autónoma em casa. O plano traçado centrou-se em estabelecer prioridades, uma vez que o mesmo apresentava muitas limitações na marcha. Desta forma as intervenções focaram-se na reabilitação motora, equilíbrio, treino de marcha com dispositivo de ajuda, para que fosse possível de uma forma gradual alcançar o objetivo.

Como estratégia para desenvolver esta competência, no final da visita domiciliária, dispensava uns minutos para analisar, em conjunto com a pessoa e CI, a sessão de treino, fazer um levantamento das necessidades e dificuldades sentidas, dos progressos verificados e validava com a pessoa e CI a próxima sessão/visita domiciliária, (horário agilizando com as atividades da CI) permitindo assim a sua presença constante e o

consentimento para prosseguir o cumprimento do plano de reabilitação previamente traçado. A envolvimento do CI era fundamental, uma vez que a mesma assegurava a continuidade de cuidados, tal como, era proativa no incentivo e na ajuda na realização dos exercícios que eram combinados realizar até à nova visita. A CI era envolvida durante a execução do plano de reabilitação, sendo previamente esclarecida e instruída dos cuidados, dando espaço para treino. Desta forma, ao respeitar a liberdade e escolha livre e esclarecida da pessoa e CI, promovia a autonomia, refletindo-se em proatividade, tendo mais benefícios e ganhos no resultado final das minhas intervenções.

Ribeiro (2021), salienta para a prestação de cuidados ER é necessária a existência de um consentimento livre e esclarecido por parte da pessoa, refletindo assim o respeito pela dignidade, tal como o respeito pelo princípio da autonomia.

Segundo Fernandes e Fernandes (2021), o primeiro contato entre os profissionais e os utentes revela-se crucial para estabelecer relação terapêutica. O envolvimento do utente e família no processo de cuidados, centrando os mesmos em todas as intervenções, fortalece o relacionamento interpessoal, estabelecendo vínculos de confiança.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, promovi a relação de empatia e confiança com a pessoa/família através da colheita de informação individualizada acerca da pessoa/família, estilos de vida/ hábitos de vida, tal como, os períodos de tempo que reservava para realizar um *briefing* em conjunto com pessoa e CI no final das sessões realizadas e durante os cuidados prestados. Intervenções que possibilitou um ambiente propício à exposição de dúvidas que iam surgindo, sendo assim possível manter a pessoa/CI esclarecidos ao longo do processo de reabilitação. No entanto, foram surgindo algumas dificuldades, pelo facto de já existir uma relação terapêutica com a EEER, sendo a minha presença um pouco constrangedora. A relação terapêutica com a pessoa e CI foram surgindo de uma forma gradual, sentindo várias vezes que estava a ser observada e avaliada pela pessoa/CI.

Para José (2021), o conhecimento e a compreensão dos objetivos da pessoa em fase de doença, são cruciais para prestar cuidados de qualidade, uma vez que permite orientar os cuidados em prol das necessidades e importâncias para a pessoa.

As prestações de cuidados em contexto de domicílio também se tornaram numa fase inicial dificultadora, uma vez que não é o ambiente em que me encontro

familiarizada na prestação de cuidados. A minha capacidade de comunicação, torna-se assim fator facilitador, surgindo como estratégia para alcançar a confiança da pessoa/família permitindo de forma progressiva integrar-me na dinâmica familiar. A clareza das informações e o respeito pelo espaço e pelo outro tornaram-se pilares para estabelecer a reação terapêutica.

Neste sentido, o cuidado centrado na pessoa e no CI acarreta para o profissional, aquisição de várias aptidões interpessoais, verbais e não-verbais que influenciam a comunicação e a relação terapêutica. Desta forma, favorecer a comunicação permite ao profissional de uma forma fluida e positiva identificar diagnósticos, usar raciocínio clínico, compreender a situação de forma global, tornando-se assim agente facilitador e orientador em tomada de decisões e negociações em saúde (José, 2021),

Deste modo, tive a oportunidade de adquirir estratégias para colmatar dificuldades na prestação de cuidados num contexto tão particular (comunidade), permitindo em simultâneo fomentar relação terapêutica que influencia o planeamento, execução e monitorização de um plano de reabilitação, respeitando a vontade individualizada, os *timings* de cada pessoa e CI, tal como, o zelar pela privacidade e intimidade.

Neste momento é crucial falar também na tomada de decisão, que surge nas diversas situações e circunstâncias, tendo sempre como linha orientadora o código deontológico e as normas de conduta de responsabilidade ético-legal da profissão (OE, 2015c). Assim ao longo das diferentes situações que careciam de uma tomada de decisão, tentei fazê-lo de uma forma empática e em conjunto com a pessoa e CI, tendo em conta os valores, crenças, preferências dos mesmos, permitindo o direito à escolha e à autodeterminação (OE, 2015c; Vasconcelos, 2021).

As tomadas de decisão é um processo complexo e com competências essenciais na prática de cuidados em enfermagem. Acompanhando a evolução na saúde (redução internamentos, avanços tecnologia, aumento da exigência) impõe que os enfermeiros tomem decisões relacionadas com a sua prática de cuidados baseadas na evidência (Marques, Pinheiro & Alves, 2022).

Para Johansen e O'Brien (2016), a tomada de decisão em enfermagem pode basear-se em dois modelos, no pensamento lógico e racional que permite a ponderação e reflexão antes de agir (modelo analítico) ou no agir de forma consciente com

sustentação científica e experiência adquira ao longo da atividade profissional (modelo intuitivo). Tomar decisões é um processo complexo, pelo facto de serem tomadas em diferentes contextos e em diversos momentos, podendo influenciar a segurança da pessoa e resultados esperados.

Segundo Marques et al. (2021), os enfermeiros adequam as suas intervenções baseadas em julgamentos e tomadas de decisões em duas componentes: decisão intuitiva (processo rápido e espontâneo, que permite uma visão global de uma situação/pessoa, possibilitando a compilação de informação para melhorar os resultados) e decisão analítica (processo organizado, vagaroso que permite a identificação de opções e possíveis resultados).

Tomar uma decisão implica fazer um julgamento clínico, levando à interpretação das situações tendo em conta as necessidades sentidas pelas pessoas/família e assim adaptar a forma de agir dando respostas às necessidades identificadas. O julgamento clínico requer coesão, flexibilidade, envolvimento entre a pessoa/família e os profissionais, ou seja, tem de existir relação terapêutica, só assim será possível tomadas de decisão consciente e sábias (Tanner, 2006).

Tendo em conta o supracitado, explica as várias vezes que refleti sobre o meu julgamento clínico e consequentemente das decisões que tomei. Numa das situações na ECCI a Sra. S., proposta para reabilitação após fratura do colo do fémur, estava previsto manter treino de marcha em piso regular. Após iniciar o treino de marcha no interior da habitação, verificou-se que o equilíbrio dinâmico em piso regular estava estável e associado às condições climáticas favoráveis, consideramos que seria benéfico iniciar o treino em piso irregular. Foi envolvida a utente nesta decisão onde a mesma mostrou preparada para o fazer, alteramos assim as intervenções programadas do plano de reabilitação para aquele dia. No final da sessão a Sra. S. demonstrou-se muito agradada e satisfeita com a sua evolução. Desta situação, saliento como aprendizagem o facto de existirem decisões intuitivas (Marques et al., 2021) que acarretam alterações no plano de reabilitação, mas que se refletem ações positivas quer para o utente aumentar a motivação, quer pelo grau de exigência das intervenções de reabilitação.

Para Marques et al. (2021), a tomada de decisão requer articulação de um conhecimento pré-existente com a aquisição de um novo conhecimento que se traduza em benefício para a situação clínica do utente.

Numa outra situação no serviço MFR, é exemplo que os EE por vezes têm de tomar decisões complexas, respeitando a vontade da pessoa e respeitando os princípios éticos intrínsecos à tomada de decisão. Exemplificando numa situação clínica, o caso do Sr. A. com diagnóstico clínico de mieloma múltiplo sob a forma de compressão medular em D2, sendo proposto para reabilitação motora. Devido ao internamento prolongado o mesmo detinha limitações funcionais a nível dos membros inferiores apresentando diminuição da força muscular (aplicado a escala MRC) e tónus muscular aumentados (aplicada escala de Ashworth Modificada).

Foi solicitada a apreciação da EEER de forma obter uma avaliação mais diferenciada do utente relativamente ao levantar, ensinos e posteriormente ao treino de marcha. O Sr. A. demonstrava insegurança na realização das AVD e alguma renitência relativamente ao levantar, fazendo-o apenas para a cadeira de roda com ajuda máxima quando deslocava aos departamentos de reabilitação e nos períodos de refeição. Associado a esta situação o Sr. A tinha indicação da utilização do colete *spinomed* aquando indicação de levantar, que se demonstrava um fator inibidor aumentando assim as suas inseguranças. Após avaliação do Sr. A., a EEER orientadora juntamente com a minha apreciação, determinámos que a melhor decisão seria o Sr. A ser instruído no manuseamento do colete *spinomed*, ganhando assim confiança para as próximas etapas.

Para Marques e Henriques (2021), o processo de tomada de decisão reflete-se em escolhas entre várias opções ou eleger uma linha de ação para dar resposta a determinado problema.

Após a negociação da estrutura do plano de cuidados de reabilitação com o mesmo, foram executados ensinos e treino como retirar/colocar o colete *spinomed* no leito onde foram articulados ensinos relativamente à realização de posicionamentos corretos, explicando de que forma isso iria ser facilitador para o mesmo.

Segundo Meleis, et al. (2000), o enfermeiro tem um papel ativo na preparação do utente para “a vivência das transições e são quem facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença” (p.3).

Nesta fase a negociação com Sr. A. demonstrou-se fundamental pelo facto de permitir o esclarecimento de todas as intervenções com informações fidedignas, fomentar a relação terapêutica e permitir autonomia para tomar decisões conscientes,

refletindo-se assim em dedicação e empenho para participar no comprimento do plano de cuidados de reabilitação. De uma forma gradual e quando o utente se demonstrou preparado, foram planeadas intervenções diárias com exercícios de mobilização com movimentos passivos e ativos, tal como, exercícios de fortalecimentos muscular que permitiam maior equilíbrio estático sentado e posteriormente ganhos no equilíbrio estático em posição ortostática (que inicialmente se apresentava alterada). Existiu a necessidade de ajustar as intervenções do plano de reabilitação, que implicaram tomadas de decisões frequentes (exemplo: escolha dos dispositivos de ajuda mais adequados, treino de marcha em piso regular, entre outros).

A tomada de decisão é um processo fundamental em enfermagem, pelo facto de serem tomadas em vários momentos, na elaboração do plano de cuidados de reabilitação ou como forma de dar resposta às necessidades que vão surgindo ao longo da execução do mesmo (Standing, 2020).

A monitorização dos resultados de duas semanas após as intervenções, permitiu verificar transferências do leito para cadeira de rodas, apenas com ajuda mínima, realizava os autocuidados no WC com ajuda moderada, retirava e colocava o colete *spinomed* apenas com ajuda mínima. Esta situação, demonstrou-se enriquecedora para a aquisição de novas competências e conhecimentos ao aglomerar várias situações pertinentes que permitiram refletir sobre as minhas ações. Foi possível ser agente facilitador no processo de mudança, permitindo definir planos de cuidados respeitando os direitos e vontades da pessoa e CI, envolvendo-os nas decisões que eram tomadas, obtendo assim maior empenho por parte dos mesmos, tornando-se essencial para cumprir o plano. As tomadas de decisão tinham por base o esclarecimento prévio da informação, para que dessa forma as escolhas da pessoa e CI fossem conscientes e esclarecidas. Realço aquisição de competências na gestão de cuidados em estabelecer prioridades, revelando-se fundamental neste processo.

Ressalvo que foi crucial a colaboração das EEER orientadoras, professora orientadora, os enfermeiros especialistas e generalistas e todos os elementos da equipa multidisciplinar de ambos os campos de estágio, contribuíram para a solidificação do raciocínio, tal como, para a gestão de cuidados. As reuniões de equipa no final do turno com os restantes enfermeiros/enfermeiros de referência e as reuniões quinzenais realizadas na ECCL com toda a equipa multidisciplinar (onde era possível o debate dos

casos clínicos e articulação dos conhecimentos e pontos de vista) foram aspetos positivos que permitiram adequar e ajustar as intervenções dos planos traçados, indo ao encontro das necessidades sentidas e identificadas pela pessoa/família e pelos próprios profissionais.

Nos dois contextos de ensino clínico, surgiram também situações em as pessoas negavam vontade de realizar as intervenções planeadas, verbalizando por vezes os motivos de fadiga, desânimo, ou simplesmente recusavam. Quando esta situação era detetada era tomada a decisão de protelar as intervenções programadas para aquele dia, ou optávamos por outras alternativas, como forma de negociar o melhor plano indo ao encontro da sua vontade. Por vezes era necessário dedicar o nosso tempo a tentar perceber esses sentimentos, permitindo atuar de acordo com o mesmo.

Segundo Cardoso e Sá (2021), os utentes são munidos de capacidades para manipular o ambiente em que estão inseridos, tendo controlo de aspetos que contribuem para o seu equilíbrio. Desta forma, as intervenções de saúde devem centra-se na capacitação das pessoas e CI e serviços de suporte, como forma facilitadora na tomada de decisões, na coprodução na gestão dos cuidados.

Numa das visitas domiciliárias na ECCL um dos utentes recusou realizar exercícios com pedaleiras por não sentir nenhuma melhoria, demonstrando algum desânimo e desinteresse pelo plano de reabilitação. Foi sugerida a substituição do exercício explicando ao mesmo qual a finalidade dos exercícios, quais as vantagens de o realizar e desta forma manter a pessoa/família informada respeitando a decisão final. A substituição do exercício demonstrou-se a decisão acertada, sendo notório o empenho e interesse posteriormente demonstrado.

O desenvolvimento de alternativas e o acompanhamento dos enfermeiros para o empenhamento dos utentes e CI no plano de cuidados é fundamental, como forma de garantir a sua participação ativa e assumirem as responsabilidades das suas próprias decisões (Cardoso & Sá, 2021).

Constatando a complexidade e a diversidade no que diz respeito aos cuidados prestados pelo EEER, tal como, na conceção e aplicação dos planos de cuidados de reabilitação com necessidades de ajustes e adaptações de forma a responder às necessidades individuais da pessoa/CI, é crucial que o este se mantenha atualizado e que

seja fomentador de ambientes de trabalhos seguros, permitindo assim uma prática de qualidade (OE, 2018).

Com vista à promoção na melhoria continua dos cuidados de enfermagem especializados de reabilitação, surgem os padrões de qualidade tornando-se uma base de sustentação para os indicadores de ganhos em saúde, permitindo uma reflexão e avaliação metódica da qualidade e eficácia dos resultados provenientes dos cuidados prestados (OE, 2018).

Ao longos dos ensinamentos clínicos surgiram oportunidades de desenvolver atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências e aquisição de novos conhecimentos para mim como para os restantes profissionais.

Conforme postulado no REPE, artigo 9º os enfermeiros

contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: 4º c) Propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados (OE, 2015b, p.102).

Uma vez que o meu projeto formativo se centra no cuidado transicional do CI, identifiquei juntamente com a EEER orientadora e a enfermeira de referência da equipa de enfermagem do serviço MFR a necessidade da existência de um documento formal onde explanasse os ensinamentos realizados às famílias e/ou pessoa de referência, sendo que esta é uma prática frequente no serviço. Já existindo um projeto direcionado ao cuidador, intitulado como “Cuidadores Informais – o caminho para a independência”, seria benéfico e enriquecedor para o mesmo, a criação de um documento que se centrasse nos ensinamentos programados para cada sessão de forma individual e personalizada permitindo assim, de forma acessível e prática o registo desses mesmos ensinamentos, permitindo a sua avaliação/detecção de potenciais lacunas para posteriormente possibilitar a continuidade dos cuidados. Surgiu então oportunidade juntamente com a EEER orientadora e a EEER de referência do serviço (detentora do projeto atual) participar na criação de um “roteiro de ensinamentos ao CI” (apêndice II), personalizado e individualizado que serviria como estrutura e guia orientador para práticas futuras, sendo possível posteriormente ser introduzido no processo da pessoa, servindo assim como documento uniformizado de avaliação e registo de EEER. Salvaguardo que este documento sofreu alterações ao longo do ensino clínico e foi submetido à análise por parte dos EEER. Desta forma, não ficou um documento formal encontrando-se ainda em “fase de teste” por parte da EEER

responsável pelo projeto e pelos restantes EEER do serviço. Saliento aqui a gestão com a equipa multidisciplinar acerca das necessidades identificadas no serviço permitindo, colaborar nas mesmas.

Destaco a elaboração do “roteiro de ensinios ao CI” uma oportunidade crucial no meu percurso formativo, pelo facto de permitir envolver o CI no plano de reabilitação, com o foco no cuidado transicional. Embora inerente a esta situação, encontra-se todo um trabalho que foi desenvolvido ao longo de 2 meses com a pessoa e CI, que se encontram num processo de transição.

As transições implicam um processo de mudança e podem ocorrer em qualquer fase do ciclo de vida. Segundo Meleis et al. (2000), as mudanças são marcadas por períodos de instabilidade colmatados por momentos de estabilidade, sendo possível ter a perceção da mesma mudança. Desta forma, é crucial que os profissionais estejam sensíveis para o tipo de transição que a pessoa e CI estão a vivenciar, tendo em conta que a natureza promove as transições sentidas pelos mesmos.

As mudanças de comportamentos servem de indicadores de que a pessoa e CI estão a vivenciar a sua transição. A existência de uma mudança significa que estamos perante a consciencialização da nova situação, ou seja, a pessoa e CI já iniciaram o processo de transição (Meleis et, al, 2000).

Assim, a “criação do roteiro de ensinios ao CI” possibilitou a envolvência do mesmo nos cuidados ao utente, permitindo-me acompanhar e identificar as transições vivenciadas, identificando assim fatores facilitadores e inibidores que as mesmas iam sentindo, permitindo adaptar os ensinios. Destaco o facto do roteiro se tornar uma ferramenta útil para os enfermeiros do serviço, permitindo maior acompanhamento e detalhe nos ensinios individualizados a cada pessoa e CI.

No dia 25 outubro de 2022, tive a oportunidade de participar no Webinar “Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na evidência” com os preletores Prof. Coordenador da ESEL Joaquim Paulo Oliveira, EEER Mafalda Mantas (Hospital Beatriz Ângelo), EEER Nuno Antunes (Sporting Clube de Portugal), EEER Sara Varão (Hospital Santa Marta), EEER Henriques Alves (Hospital. S. Francisco Xavier), EEER Dulce Ferreira (CS Freiria, ACES Torres Vedras) e EEER Célia Santo (Hospital Curry Cabral). Podemos assistir a uma diversidade de projetos e práticas existentes, com benefícios comprovados acerca do desempenho e trabalho quanto EEER perante pessoas com

doenças crónicas/agudas ou incapacitantes. Menciono os temas mais pertinentes e enriquecedores para o meu percurso formativo, por serem temas transversais às minhas áreas de intervenção académicas e profissionais, permitindo aquisição de novos conhecimentos para aplicar à prática. A pertinência e os ganhos conseguidos nas consultas de ER, os benefícios do treino propriocetivo na prevenção e reabilitação da pessoa com lesão músculo-esquelética e os projetos apresentados, focados na capacitação da pessoa com insuficiência cardíaca e na prevenção de quedas na pessoa idosa. Posso salientar a importância das temáticas para a minha prática, uma vez que, permitiu a aquisição de conhecimentos pertinentes na avaliação (por exemplos os instrumentos de avaliação) e na conceção dos planos de cuidados de reabilitação, tendo em conta a média de idades das pessoas admitidas na ECCI e MFR (durante a minha permanência) e os seus diagnósticos.

No ensino clínico na comunidade, senti logo de início a necessidade de consultar a legislação pertencente ao Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente as organizações ACES, nos moldes em que a ECCI está integrada na RNCCI e todos os órgãos soberanos existentes nesta na rede, debatendo posteriormente ideias e analisando situações específicas. Desta forma, foi possível orientar e articular melhor a prática de cuidados de forma a dar as respostas mais adequadas sempre que necessário, permitindo assim que esse conhecimento adquirido fosse transversal para o meu contexto formativo e profissional. Por exemplo, nas reuniões quinzenais da ECCI eram debatidas e analisadas situações pertinentes acerca da evolução dos utentes. Eram abordados e analisados aspetos, como por exemplo, os recursos utilizados e possíveis de utilizar como forma de resposta às necessidades surgidas, tal como, a articulação com a equipa multidisciplinar e outras entidades de saúde (tais como o encaminhamento para psicóloga da ECCI, proposta para outra tipologia da rede). Desta forma, permitiu aprofundar conhecimentos da importância do papel do EEER na ECCI, sendo estes responsáveis pela avaliação das necessidades das pessoas/famílias integradas na RNCC, permitindo assim a articulação com a restante equipa de forma a dar respostas adequadas às necessidades identificadas. Posto isto, saliento que aquisição dos conhecimentos sobre a RNCCI, que até a momento era pouco explorado por mim, permitiram ser capaz de obter e transmitir informações importantes relativas ao utente e CI pertinentes e cruciais que permitam assegurar a continuidade de cuidados em diferentes contextos. Estou desperta dos

recursos existentes na comunidade e os recursos em meio hospitalar, possíveis para orientar, debater e agilizar com a equipa multidisciplinar os serviços de saúde mais ajustado ao utente e CI como forma de respostas as suas necessidades.

Surgiu a oportunidade de acompanhar o percurso da pessoa na referenciação para outra tipologia de cuidados, sendo possível compreender o processo e as particularidades existentes, o que os conhecimentos adquiridos numa fase inicial foram cruciais para a minha colaboração neste processo. Exemplo foi o caso da Sra. D. na ECCI com diagnóstico de AVC tendo como sequela uma hemiplegia esquerda, sendo que, após um mês da implementação do plano de cuidados de reabilitação direcionados para reabilitação sensório-motor, as monitorizações dos resultados revelaram ganhos reduzidos. Desta forma inicialmente EEER orientadora e eu, avaliamos e refletimos sobre o plano de reabilitação delineado e os seus resultados obtidos chegando à conclusão que a mesma beneficiaria de ser transferida para unidade de média duração e reabilitação (UMDR), uma vez que já se tinham mobilizado todos os recursos disponíveis sem obtenção de melhoria do ponto de vista funcional. Numa das reuniões quinzenais da ECCI, foi exposto a situação, articulando assim com assistente social e a médica a reavaliação da situação sendo formalizado a proposta de referência. Ressalvo a ideia que ao longo deste processo a pessoa e família foram envolvidos e foi respeitada a decisão e vontade dos mesmos. Passados 15 dias a Sra. D foi transferida para a UMDR.

A RNCCI centra-se na visão holística promovendo a recuperação, autonómica e funcionalidade da pessoa, tendo em conta a situação de dependência em que a mesma se encontra, tal como, a prestação de cuidados e apoio social de forma continua e integrada em todas as fases do ciclo de vida (Ferraz, 2021).

Conforme publicado em Diário da República, o EE “C1.1.4 — reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748), assumindo assim a gestão dos cuidados. Saliento o exemplo acima citado, por ter contribuído para aquisição de novas competências, permitindo a gestão de cuidados, estabelecer prioridades, capacidade de adaptar planos de cuidados de reabilitação, destacando a possibilidade na fase final, após a análise da monitorização dos resultados, acompanhar o seguimento da utente para outra tipologia da rede, como forma de obter melhor resposta às necessidades atuais.

Nos dois contextos de ensino clínico, tive a oportunidade de aplicar escalas, que me permitiu identificar de forma individual as reais e potenciais alterações da pessoa, sendo fundamental para nortear o programa de reabilitação após análise dos seus resultados. Adquiri conhecimento acerca da importância da aplicação de escalas, permitindo não só nortear um programa de reabilitação, mas também permitindo dar visibilidade às minhas intervenções e elaborar assim registos completos fundamentais para os restantes profissionais nas tomadas de decisões e na continuidade de cuidados.

O processo clínico é um sistema que engloba os registos de enfermagem sendo armazenados, recuperados em determinada organização de saúde, podendo ser consultados por qualquer profissional obtendo informações úteis para a prestação de cuidados, para a gestão e para investigação (Mansoa & Cruchinho, 2021).

No entanto, na ECCI diferencia-se pela elaboração dos registos no sistema informático SClínico seguindo parâmetros pré-estabelecidos com o foco nos diagnósticos e nas intervenções relativos aos cuidados de reabilitação. Na admissão dos utentes na ECCI os registos incidiam na avaliação de quedas (escala de Morse), avaliação de parâmetros biofísicos, avaliação do risco de úlceras por pressão e a classificação do grau de funcionalidade (tabela nacional da funcionalidade), posteriormente e de acordo com elaboração plano individual intervenção (PII) era reavaliado os mesmos parâmetros quinzenalmente e no momento da alta. Desta forma, destaco como contributos para a minha aprendizagem a elaboração de registos e a elaboração de PII, tornando-se uma ferramenta facilitadora na conceção, planeamento e monitorização de um plano de cuidados de reabilitação, tornando-se uma mais valia para o ensino clínico seguinte.

No serviço MFR destaco o facto de ter tido oportunidade de conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados especializados, permitindo adaptar os mesmos de acordo com as necessidades dos utentes após a aplicação frequente de vários instrumentos de avaliação, envolvendo o CI em todo o processo.

O segundo objetivo específico pretende “Fomentar oportunidades de aprendizagem que permitam o autoconhecimento, com vista em estratégias para facilitar o relacionamento com a pessoa, cuidador e com a equipa interdisciplinar” (**D - domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**) e espelhar assim as oportunidades que me foram surgindo ao longo dos ensinamentos clínicos que promoveram aquisição de competências através das atividades desenvolvidas.

Os dois contextos de ensino clínico foram bastantes enriquecedores no sentido de serem ambos muito vastos em relação à variedade de diagnósticos e situações clínicas variadas. Também as equipas de profissionais promotoras de saberes sempre disponíveis para a partilha, tal como, a participação da pessoa e CI no planeamento de cuidados de reabilitação com o foco no seu cumprimento para obtenção de ganhos de saúde promovendo a máxima autonomia e independência, foram marcos importantes na minha aprendizagem.

O primeiro ensino clínico foi no contexto da comunidade e este tornou-se bastante desafiador a vários níveis. Por se apresentar uma área distinta do meu contexto profissional, necessitei de mais tempo de adaptação. Desta forma, utilizei como estratégia, a observação, escuta ativa e análise de todas as situações novas, métodos de trabalhos, procedimento e saberes de todos os profissionais, debatendo no final do turno aspetos que me suscitavam dúvidas com a EEER orientadora. A prestação de cuidados é realizada num ambiente que não me é familiar, a invasão da privacidade das pessoas e famílias que se encontram no seu espaço/ ambiente em situação vulnerável e frágil e as dinâmicas de trabalho e todas os procedimentos, regras, normas que dele fazem parte, eram desconhecidas para mim. Nesse momento surgiu logo uma oportunidade de aprendizagem ao se proceder a reuniões informais com a EEER orientadora e docente orientadora debatendo situações particulares de cuidados e situações que iam surgindo e que mereciam toda a sua atenção. Por me deparar numa situação nova no percurso formativo e este ser rico em aprendizagens, sempre delineei previamente as minhas intervenções e o plano de cuidados de reabilitação individualizados, solicitando sempre o *feedback* da EEER orientadora antes de os concretizar. Aprofundei conhecimentos recorrendo a evidência científica acerca de assuntos que me suscitavam dúvidas, por exemplo: os recursos existentes na comunidade, tal como, a articulação com as redes de apoio. Estas foram umas das estratégias que recorri, que me permitiram gradualmente sentir conforto e segurança até na prestação de cuidados.

No entanto, as minhas capacidades comunicacionais e relacionais demonstraram-se ferramentas facilitadoras no estabelecimento da relação terapêutica, tornando as minhas inseguranças diminutas, pela confiança que estabelecia com as pessoas e CI.

Considero assim que ECCI tornou-se um pilar facilitador à integração do serviço MFR, pelo facto de ter adquirido novos conhecimentos que permitiram uma visão mais ampla e prática relativamente aos cuidados em reabilitação.

Por sua vez, o segundo contexto de ensino clínico, permitiu aprofundar conhecimentos e práticas em diversas áreas. No serviço MFR surgiu a oportunidade que realizar alguns trabalhos espelho “Reedução dos Músculos da Face” (anexo III), “Guia de Apoio ao Utente e CI” (anexo IV) e “Roteiro de Ensinos ao CI” (anexo II) pertinentes para o serviço indo ao encontro das necessidades dos mesmos e enriquecedor no meu desenvolvimento formativo e profissional. Aquando traçava o plano de cuidados de reabilitação de uma utente, detetei a carência de um recurso prático e eficaz para realizar exercícios da musculatura da face. Neste sentido, fiz uma pesquisa bibliográfica, recorrendo a evidência científica, relativamente à pertinência e dos benefícios da reeducação dos músculos da face à pessoa com AVC e após validação da EEER orientadora elaborei um espelho intitulado como “Reedução dos Músculos da Face” (apêndice III).

Posteriormente, foi apresentado à equipa de enfermagem de reabilitação obtendo um *feedback* positivo relativamente a utilidade e pertinência do mesmo para o serviço. Posso afirmar que após 2 semanas de realização dos exercícios (2 séries de 10 repetições, 3x/dia) a utente já apresentava melhorias significativas relativamente à assimetria do sorriso e melhoria a nível da sensibilidade dos lábios do lado afetado, salientando aqui a importância da prática baseada na evidência (Menoita et al., 2012). A partilha com a equipa foi importante pelo facto de proporcionar conhecimentos, opiniões, orientações, tal como, relevar os resultados positivos acerca da prática do exercício em questão.

Ainda no serviço MFR, identifiquei como oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências, o envolvimento da família/cuidador informal na prática de cuidados. Tendo este um papel fundamental na continuidade de cuidados, surgiu a oportunidade de criar um guia intitulado como “Guia de Apoio ao Utente e CI” (apêndice IV) com o intuito de suporte aos cuidados que os mesmos necessitaram de assegurar no domicílio.

Para Weber, Lima, Acosta e Marques (2017), o material informativo e educacional (folhetos, guias ilustrativos) devem ser incluídos no planeamento de cuidados e na preparação para a alta, uma vez que, permitem obter *feedback* da pessoa e dos CI das

informações e ensinios recebidos ao longo do plano de cuidados. Serve assim como indicador para os enfermeiros do nível de conhecimentos e competências já adquiridos pelos mesmos.

O guia era individualizado tendo em conta as necessidades identificadas ao longo do internamento e durante os ensinios no realizar AVD/treinos realizados à pessoa e ao CI. As escolhas dos ensinios do guia foram baseadas nos cuidados de reabilitação centrados à pessoa e CI, isto é, ao longo do plano de cuidados foi averiguado o nível de consciencialização da pessoa e CI acerca da nova realidade e os conhecimentos existentes permitindo focar ensinios nas necessidades e lacunas identificadas. A capacitação e *empowerment* à pessoa e CI permitem fomentar a segurança e confiança na gestão de cuidados e continuidade dos mesmos no domicílio (Cardoso & Sá, 2021; Ferraz, 2021; Meleis et al., 2000). A elaboração do mesmo contou com pesquisa bibliográfica e foi revisto pelos EEER orientadora, tal como, pela docente orientadora fornecendo o seu *feedback* permitindo melhorar conteúdo e práticas. Após a sua validação, foi apresentado ao CI.

Saliento, a elaboração do “roteiro de ensinios ao CI”, referenciado anteriormente, como um momento de aprendizagem continua pela complexidade e pertinência que o mesmo teve para mim e para os restantes profissionais do serviço. A concretização do roteiro tornou-se crucial para o serviço pelo facto de ser criado um documento uniformizado e orientador para a realização de ensinios aos CI permitindo assim manter a continuidade de cuidados e adequar o plano de cuidados de reabilitação conforme as necessidades identificadas. Para Mansoa e Cruchinho (2021), a documentação de enfermagem permite assegurar a continuidade de cuidados, devendo ser utilizado uma linguagem comum, possibilitando uma análise fácil e esclarecedora e coesas importante para possíveis tomadas de decisão. Salaria ainda o facto da documentação e enfermagem ser uma fonte de informação crucial para o planeamento individualizado de cuidados.

Contribuiu para aquisição de novas conhecimentos e competências pelo facto de a elaboração do mesmo permitir um trabalho de campo com o CI envolvendo ao longo do plano de reabilitação, com o foco no cuidado transicional preparação para alta) e na promoção da autonomia e independência dentro da nova realidade. Através do roteiro, foram abordados vários assuntos pertinentes, para além dos ensinios e treino nos

cuidados AVD, foi abordado as condições habitacionais (permitindo identificar fatores facilitadores inibidores no regresso a casa), recursos e apoio existentes, esclarecimento de recursos da comunidade disponíveis, entre outros.

O ER tem um papel fundamental no planeamento de intervenções de cuidados, uma vez que possui ferramentas e conhecimentos para identificar as necessidades sentidas pela pessoa e CI, permitindo assim atuar em prol da continuidade de cuidados entre hospital-casa, minimizando as incapacidades e fomentando a aquisição de conhecimentos e competências dos mesmos na adaptação à nova realidade (Baixinho, 2020).

No entanto, no decorrer dos ensinamentos clínicos elaborei estudos de casos, e jornais de aprendizagem, sendo que os estudos de caso foram apresentados em sala de aula com o intuito de reflexão, partilha de opiniões e conhecimentos. Foi possível assim, obter *feedback* permitindo ajustar adequar intervenções, planos de cuidados de reabilitação e as próprias perspetivas acerca dos cuidados e das situações. O que para mim tornou-se bastante positivo, contribuindo para a melhoria na continuidade da minha prática e aprimorar a minha capacidade de reflexão, tal como, fomentar os meus conhecimentos. (Tanner, 2006).

O terceiro, quarto e quinto objetivo do projeto formativo integram atividades que desenvolvi como forma de adquirir conhecimentos que me permitiram atingir as competências específicas EEER (Regulamento n.º 392 /2019, 2019), definindo em três competências particulares: **Competência J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Competência J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

Posto isto, o terceiro objetivo definido é o **“Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados especializados de reabilitação, com base nas necessidades/limitações/incapacidades das pessoas com alterações da função motora, cognitiva, sensorial, respiratória e eliminação, com o objetivo de potencializar autonomia, funcionalidade, autocuidado e a continuidade dos cuidados, envolvendo o cuidador, em qualquer contexto”**. Assim, a base de atuação será na identificação das necessidades de intervenção, na definição de estratégias e na

implementação de planos de cuidados especializados, às pessoas que apresentem alterações da funcionalidade que consequentemente se traduzem em dependências com necessidade de ajuda (família/CI).

Conforme postulado no regulamento (n. °392/2019, 2019), o EEER possui competências e conhecimentos acrescidos que lhe permite, conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação distintos, com o intuito de maximizar as capacidades com base em necessidades reais e potenciais da pessoa/CI.

Indo ao encontro do objetivo traçado, realizei em todos os ensinamentos clínicos avaliações sistemáticas, permitindo assim identificar as alterações que as condicionava na realização das atividades de vida e muitas vezes as limitava na participação social.

No primeiro contexto de ensino clínico, ECCL, por ser o primeiro contacto prático nesta área, senti algumas dificuldades, pelo facto de exigir perícia e sensibilidade ao estarmos despidos a todas as condicionantes e fatores que podem estar subjacentes a estas alterações. Na ECCL, existia um documento orientador para a colheita de dados que se destacava pela sistematização e pelas prioridades, tal como, referência às expectativas da pessoa e família. Através desse documento articulado com a pesquisa bibliográfica *a posteriori* elaborei um esquema (anexo V), de uso pessoal, de forma a facilitar a recolha de dados inicial (avaliação inicial) a quem prestei cuidados, ajustando sempre de acordo com as necessidades e os contextos (sob orientação das EEER).

A avaliação de saúde é uma intervenção de enfermagem que permite a recolha de informações e dados pertinentes e necessários para tomadas de decisão, caracterização de padrões de referência e cruciais para a continuidade de cuidados e julgamentos clínicos (Fernandes & Fernandes, 2021).

O instrumento de colheita de dados permite clarificar e caracterizar as condições de saúde da pessoa com vista a dar respostas às transições vivenciadas e consequentemente às situações de dependência para a autonomia, para as atividades diárias, incluindo gerir a sua própria saúde, tal como o próprio desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (OE, 2016).

No esquema, a recolha de dados era dividida em três partes: uma incluía os dados gerais da pessoa, a segunda parte destinava-se ao resumo da história clínica/ limitações, condições sociofamiliares e as condições habitacionais, sendo que a terceira parte realizava o exame físico de uma forma sucinta. Tornou-se uma ferramenta útil para a

minha prática e para o meu desenvolvimento formativo, pelo facto de obter informações fundamentais de forma organizada e sucinta, permitindo posteriormente elaborar um plano de cuidados de reabilitação individualizado tendo em conta as especificidades da pessoa e CI. Era possível ter uma visão ampla da pessoa e CI e do meio onde estava inserido. Tendo em conta a minha inexperiência na articulação dos aspetos e detalhes que a reabilitação exige, a elaboração do esquema foi uma estratégia facilitadora para colmatar essa lacuna.

No entanto, aos longo dos dois ensinos clínicos, tive oportunidade de realizar várias avaliações recorrendo à aplicação de vários instrumentos de avaliação de medida direccionados às alterações e incapacidades identificadas a cada pessoa e CI, permitindo conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados de reabilitação, ajustando de acordo com as necessidades que iam surgindo.

Os instrumentos de colheita de dados surgem como uma ferramenta crucial na prática de enfermagem de reabilitação, pelo facto de permitir caracterizar de forma clara a condição de saúde da pessoa face à transição de dependência que está a vivenciar. O mesmo permite quantificar e patentear os resultados obtidos pela intervenção do EEER, salientando sua pertinência no desenvolvimento de projetos de investigação (OE, 2016).

Para Kelly-Hayes (2000), a aplicação de um instrumento de avaliação de medida permitir a obtenção de resultados de uma forma fácil e prática servindo como guia orientador nos processos de reabilitação. O instrumento de avaliação deve ser escolhido de acordo com a função alterada, sendo fidedignos capazes de identificar as alterações clínicas relevantes.

Destaco a oportunidade de ter realizado várias avaliações através da aplicação de instrumentos de medida ao utente com patologia neurológico (patologia com maior incidência ao longo dos ensinos clínicos) permitindo assim uma avaliação inicial da pessoa obtendo informação que serviria para identificar as alterações e necessidades. Tais informações serviram posteriormente como ponto de partida para a conceção, implementação e monitorização do plano de cuidados de reabilitação, possibilitando adequar a minha intervenção. Nesta avaliação incluía: a avaliação do estado de consciência (aplicado a Escala de Glasgow), estado de orientação (aplicado National Institutes Health Stroke Scale [NIHSS]), atenção e memória (aplicado a Escala Mini Mental State Examination), Linguagem (aplicado National Institutes Health Stroke Scale [NIHSS]),

avaliação quanto à participação dos cuidados) e avaliação dos pares cranianos, entre outros (Kelly-Hayes, 2000; Menoita et al., 2012; OE, 2016).

Foi possível também realizar avaliações sensório-motor: sensibilidade, tônus muscular (aplicada escala de Ashworth Modificada) e força muscular (Escala Medical Research Council), coordenação motora (aplicada a prova índice-nariz, tal como calcanhar-joelho), a marcha e o equilíbrio (aplicação da Escala de Berg e Índice de Tinetti). Como também, avaliação funcional era avaliada durante a realização de AVD (aplicando a o Índice de Barthel e MIF - Medida de Independência Funcional), obtendo assim informações relevantes quanto ao grau de autonomia e independência da pessoa, permitindo assim ajustar e adaptar as intervenções de reabilitação planeados. Evidencio o facto destas avaliações servirem como indicadores na evolução da pessoa após a reavaliação das mesmas (Menoita et al., 2012; OE, 2016).

Desta forma, destaco a relevância da utilização de escalas e outros instrumentos ao permitir quantificar e comprovar os resultados obtidos pela intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018).

Em ambos os campos de estágio, optei por realizar de forma sistemática e integral esta avaliação às pessoas a quem prestei cuidados (preferencialmente às que acompanhei desde a admissão) que se demonstrou facilitador obter uma visão global do estado de saúde da pessoa e sua família. Desta forma, foi possível identificar necessidades/problemas reais e potenciais (englobando todos as alterações funcionais: motora, cognitiva, sensorial, respiratória e eliminação) definindo as minhas intervenções e planeando estratégias de atuação de uma forma mais direcionada.

Descrevo um exemplo, como forma explicativa do percurso realizado até chegar à elaboração das intervenções e posteriormente a implementação e monitorização do plano de cuidados. O caso da Sra. D. que sofreu um AVC isquémico ficando com sequelas a nível estado mental (linguagem), sensório-motor (hemiplegia direita), sensibilidade, equilíbrio e marcha (não testada). As necessidades/limitações identificadas após aplicação de instrumentos de medida foram: ausência de movimentos musculares à direita (força muscular - escala MRC; tônus muscular- Escala Modificada de Ashwort); alteração no equilíbrio estático e dinâmico (escala Equilíbrio Berg e Índice de Tinetti-revelando mau equilíbrio); marcha incapaz de ser testada. Desta incapacidade assume-se as seguintes alterações funcionais: a nível mobilidade, limitações na de realização de AVD,

vestir, banho, alimentar-se e transferências (tabela nacional de funcionalidade- elevado grau de dependência; o Índice de Barthel- grau de dependência total); alteração da deglutição (escala de GUSS- disfagia ligeira); alteração da linguagem (disartria); risco de desenvolver úlceras de pressão devido à diminuição da mobilidade (escala de Braden- alto risco) e risco de queda (escala Morse - alto risco de queda) (OE, 2016; Ribeiro, 2021).

Com a avaliação funcional pretende-se demarcar o estado físico funcional, fundamentar as intervenções, delinear um plano de cuidados, avaliar e posteriormente monitorizar as evoluções (Kelly-Hayes, 2000).

Após estruturação e definição do plano de cuidados articulado com Sra. D. e CI, dei início à execução do mesmo. A conceção do plano de reabilitação demonstrou-se inicialmente complexo de ter de gerir expectativas da pessoa e CI. A Sra. D. inicialmente demonstrava grande vontade de participar e empenhar-se nas intervenções traçadas, sendo que o CI embora fosse o seu desejo a recuperação rápida tinha expectativas mais reais, o que se refletia em desânimo. Estabelecer prioridades das intervenções numa fase inicial também suscita algumas dificuldades. Como forma de estratégia optei por incidir as intervenções nas atividades que a Sra. D. sentia mais vontade de recuperar, como por exemplo, nos posicionamentos que a permitiam colocar de uma forma mais confortável sem ter de estar sempre a solicitar ajuda de terceiros, AVD alimentar-se e vestir/despir, envolvendo o CI nesses cuidados. A orientação da EEER foi crucial no planeamento e nas intervenções realizadas para obtenção dos resultados esperados.

O momento de transição (saúde-doença) reflete-se para a pessoa e CI numa fase crítica e vulnerável, sendo fundamental os enfermeiros planearem todos os procedimentos de modo a assegurar a continuidade dos cuidados e promovendo adaptação das mesmas às mudanças que vão surgindo no dia-a-dia (Meleis et al., 2000; Sousa et al., 2019).

Segundo Meleis (2010) perante uma situação inesperada, onde inevitavelmente o CI assume esse papel sem preparação prévia, vai vivenciar uma transição do tipo situacional. O que requer a maior sensibilidade e atenção por parte dos enfermeiros o envolvimento do CI no plano de cuidados de reabilitação.

O plano de cuidados de reabilitação envolvia de uma forma sucinta e inicial, exercícios de RFR (técnicas de relaxamento), exercícios de mobilização passivas (hemicorpo direito) e ativas com resistência (hemicorpo esquerdo) de todos os

segmentos corporais (distal para o proximal), ensino/treino de posicionamento anti-espástico; ensino/treino de exercícios focados nas atividades terapêuticas (ponte; rolar para o lado afetado (direito); rolar para o lado menos afetado (esquerdo); automobilização; facilitação cruzada; ensino/treino realização AVD (vestir, despir, alimentar, transferências). Saliento o facto de o CI estar sempre presente, podendo assim ser instruído de forma gradual aos ensinamentos e à execução dos mesmos.

Foi solicitado alguns dispositivos de apoios que se mostravam necessários: uma base de apoio, copo com bocal e pratos adaptados de forma a facilitar o processo de alimentar-se. Sugerido adaptação de vestuário e calçado: sapatos fechados e antiderrapantes, adaptar vestuário para velcros e dar preferência a roupas confortáveis. O grande objetivo era a maximização da funcionalidade promovendo a autonomia e independência da Sr. D. dentro das suas próprias limitações, como a capacitação do CI de forma a assegurar a continuidade de cuidados.

Após um mês foram reaplicadas as escalas, como forma de avaliação, onde foi possível verificar ganhos apenas a nível da realização AVD alimentar-se (onde já conseguia levar os alimentos boca e beber água sem dificuldade com o copo adaptado), na realização AVD higiene pessoal (penteia o cabelo, lava os dentes e lava a cara com ajuda mínima). O facto de Sra. D. realizar fisioterapia diariamente e contava com a nossa intervenção 3x por semana, demonstraram pouco suficientes na evolução a nível da funcionalidade. A mesma ao longo do tempo também ia se mostrando desmotivada ao não sentir evolução no seu estado, colocando em risco o cumprir o plano de reabilitação, desta forma foi ponderada a transferência para outra tipologia da rede (UMDR). Todas as intervenções, evoluções e aspetos relevantes no processo de cuidados eram documentadas segundo linguagem CIPE (linguagem uniformizada), permitindo assim a continuidade de cuidados e dando visibilidade às intervenções realizadas ao longo do plano de cuidados de reabilitação (Menoita et al., 2012; OE, 2015d).

A integração do cuidador informal no plano de cuidados torna-se crucial como forma de garantir a continuidade de cuidados e assegurar a qualidade de vida da pessoa dependente. Desta forma, é necessária uma preparação prévia, potenciando as suas capacidades para desempenhar o seu papel da melhor forma (Gomes et al., 2020).

Ao longos dos ensinamentos clínicos, envolvi sempre o CI no plano de cuidados, tendo o mesmo um papel fundamental na reabilitação da pessoa. No contexto hospitalar foram

organizadas secções de ensino presenciais permitindo a envolvimento do CI no plano de cuidados especializados, já no contexto comunidade a envolvimento do CI era diária sempre que realizávamos a visita domiciliária. Desta forma era possível a identificação de necessidades sentidas pelo CI possibilitando ajustar e direccionar os ensinamentos e intervenções de acordo com as mesmas. O foco é a capacitação dos CI de forma a adquirir conhecimentos e domínio de novas competências (maestria) garantindo assim a continuidade de cuidados com qualidade (Meleis et al., 2000).

No serviço MFR, tive oportunidade de participar nas consultas de reabilitação do pavimento pélvico, direccionadas a pessoas com incontinência (esforço, urgência urinária, mistas) incontinência fecal, prolapso pélvico, dor pélvica. Esta consulta é realizada por uma das EEER que realiza treinos da musculatura perineal, elaborando um plano adequado à situação específica e conforme os resultados obtidos. É utilizada electroestimulação, como o ensino dos exercícios de Kegel, como também, é execução de estudos urodinâmicos. O EEER concretiza uma avaliação pormenorizada onde inclui a colheita de dados gerais, o padrão habitual de eliminação, aprofunda a história de perdas vesical/intestinal (início, frequência) e é realizado um exame físico objetivo. Orienta-se o primeiro plano de reabilitação e é ajustado à posteriori de acordo com os resultados obtidos. Esta oportunidade foi crucial para a minha aprendizagem enquanto futura EEER, uma vez que as patologias do pavimento pélvico são uma área de reabilitação de grande importância pelo grande impacto que tem na qualidade de vida e bem-estar das pessoas e as suas famílias. Desta forma, sinto-me mais desperta para intervir precocemente sobre os sintomas e disfunções nos utentes que cuido, possuindo ferramentas para englobar intervenções nos planos de cuidados traçados com o foco na autonomia e qualidade de vida das mesmas.

A abordagem à pessoa com alterações na função urinária torna-se difícil pelo facto das mesmas se sentirem inibidas em abordar assuntos relacionados com a região íntima e os sintomas daí adjacentes. O EEER possui competências e capacidades para intervir na prevenção e resolução de problemas urológicos, focando as suas ações na prestação direta, formação, gestão e conselheiro de cuidados de enfermagem especializados (Lima, Gameiro & Pires, 2021).

O quarto objetivo delineado no projeto formativo é **“Identificar fatores inibidores e facilitadores para a capacitação do cuidador no cuidado transicional”**.

Indo ao encontro do tema do relatório, o intuito deste objetivo é a aquisição de competências, que me possibilitam identificar as necessidades (fatores facilitadores e inibidores) do CI e os fatores que possam interferir na capacitação e na aquisição de conhecimentos dos mesmos, afetando assim a continuidade de cuidados.

Para atingir este objetivo foi fundamental basear-me na teoria das transições de médio alcance proposta por Meleis, uma vez que faculta um esquema sistematizado que serve como guia orientador na descrição, compreensão, interpretação de uma situação gerada por uma mudança, permitindo explicar assim fenómenos específicos que necessitam de intervenção como forma de adaptação a essa mesma mudança, transição (Meleis et al., 2000). Desta forma, foquei-me nas condições da transição como forma de identificar fatores facilitadores ou inibidores que podem influenciar o processo de adaptação à nova situação. Estes fatores podem surgir por condições pessoais, condições comunitárias e ainda por condições sociais (Meleis et al., 2000).

No entanto, para identificar esses fatores facilitadores ou inibidores, é necessário o envolvimento dos mesmos no processo de cuidados. O ER surge como agente facilitador ao direcionado as suas intervenções terapêuticas ao promover adaptações saudáveis. Assim, tem de existir espaço para diálogo, permitindo que as famílias/CI se expressem relativamente às suas expectativas, perceber que tipo de disponibilidade tem para ajudar, identificar o nível de capacidade existente para a prestação de cuidados e gerir a complexidade dos mesmos. Perceber também a forma como são geridas as vivências anteriores com experiências semelhantes, identificar a relação de intimidade afetada com a pessoa cuidada, saber o tipo de conhecimentos já adquiridos em relação a doença, perceber que tipo de opções terapêuticas vão ao encontro dos seus ideais (Marques & Corte, 2021; Meleis et al., 2000; Petronilho, 2007).

A capacitação do CI/família na gestão da continuidade dos cuidados, pode ser influenciada pela informação dada pelos próprios profissionais, a saúde mental, a complexidade das tarefas, o grau de dependência para realização de autocuidados e por fim o apoio da comunidade Petronilho (2007).

As estratégias de *coping* aos CI permitem uma melhor adaptação e eficácia para encarar o novo papel (Meleis, 2012). Estudos revelam os CI de pessoas dependentes são os que mais utilizam as estratégias de *coping* como ferramenta essencial para lidar com o *stress* do novo papel e aceitação da nova realidade, permitindo assim assegurar a

continuidade de cuidados e favorecendo melhor qualidade de vida (Marques e Corte, 2021).

Segundo Gonçalves et al. (2021), a falta de conhecimentos e competências para gerir a nova realidade são identificadas como necessidade mais relevante e comum dos CI, influenciando assim, a continuidade de cuidados após alta hospitalar. O mesmo autor refere ainda que os CI das pessoas com AVC são obrigados a prestar uma vasta gama de atividades de forma a dar respostas às necessidades da pessoa doente, tendo em conta que não são profissionais qualificados.

A continuidade de cuidados requer transições de cuidados eficazes, isto é, existe um conjunto de ações que permitem a coordenação das pessoas e CI entre os diferentes contextos (hospital-casa; casa-hospital), sendo assim possível assegurar a continuidade dos cuidados. Surge então como estratégia para garantir o cuidado integral durante o internamento e a preparação da alta hospitalar (Aued et al., 2019; Sousa et al., 2019). O EEER é o elemento que sobressai pelo facto de possuir competências acrescidas que lhe permitem desenvolver atividades e planear cuidados específicos que englobam a capacitação da pessoa e CI para a reinserção social, tal como, a articulação dos cuidados com equipa multidisciplinar e os demais serviços de saúde, com vista na preparação prévia da alta hospitalar (Acosta et al., 2018; Ferreira & Baixinho, 2019).

O CI assume um papel fundamental na continuidade de cuidados, no entanto é necessária aquisição de novos conhecimentos e competências. Desta forma, é crucial que o ER esteja desperto aos fatores inibidores que possam influenciar a capacitação do mesmo, tal como, deve promover os fatores facilitadores no processo de aprendizagem.

A recolha de dados é fundamental neste processo, para além de obtermos informações cruciais para o planeamento de cuidados de reabilitação, permite dar início à relação terapêutica, possibilitando assim a abertura para o diálogo que permite ao CI expressar os seus sentimentos identificando fatores dificultadores no desempenho do novo papel.

No primeiro contexto de ensino clínico, na ECCL, durante as visitas domiciliárias foi possível estabelecer um diálogo mais informal, pelo facto de estarmos situados num ambiente facilitador para a pessoa e para o CI. Numa das visitas domiciliárias à casa do Sr. J. de 78 anos (proposto para reabilitação devido à diminuição de força muscular e dificuldade na marcha) a esposa (CI) acaba por verbalizar o facto de se andar a sentir mais

ansiosa, desanimada e nervosa, pondo em causa a sua prestação de cuidados. Associada a esta situação, o utente verbalizava não sentir segurança nos cuidados prestados pela CI, acentuando a insegurança da CI relativamente aos seus conhecimentos e capacidades para prestar cuidados. No entanto, O Sr. J. exigia a presença constante da CI, referindo se sentir mais confortável, embora renitente aos seus cuidados. A CI abandonou as atividades de lazer em prol do marido.

O papel da CI é assumido muitas vezes de uma forma inesperada e súbita, não permitindo uma preparação prévia do mesmo, levando assim a vivenciar um processo de transição (situacional) que exige aquisição de novos conhecimentos, mudanças de hábitos e comportamentos (Marques & Corte, 2021; Meleis et al., 2000). Estudos referem que o cuidar diário acarreta para a CI sintomas de *stress*, sobrecarga, depressão, isolamento e diminuição da qualidade de vida (Gomes et al., 2021; Silva & Boery, 2021; Silva et al., 2013).

A EEEER orientadora e eu identificamos a existência de barreiras dificultadoras que influenciavam a capacitação da CI e consequentemente a continuidade de cuidados: invasão da privacidade individual durante os cuidados (condição pessoal - atitudes culturais, estigma perante a necessidade de prestar cuidados, pressão psicológica), a incapacidade de não conseguir lidar com os desafios (condição pessoal - falta de conhecimentos), a privação para a realização de atividades de lazer, sobrecarga (condição social - deixou de exercer o seu papel na sociedade; défice de falta de apoios: filha, familiares, amigos), (Meleis et al., 2000).

Desta forma, elaboramos um plano de cuidados de reabilitação em conjunto com o Sr. J. e a CI, tendo em conta as necessidades de ambos, fomentando a continuidade de cuidados com qualidade, a máxima autonomia do Sr. J. e o bem-estar de ambos. Foram então sugeridas várias estratégias como: o apoio domiciliário como forma de minimizar a sobrecarga familiar, uma vez que a CI apenas tinha ajuda da filha no final do dia (articulado com assistente social da ECCI). Foi planeado e envolvido a CI na realização de cuidados de forma a realizar ensinamentos mais persistentes, com oportunidade de treino, salientando aspetos positivos (transferências cama-cadeira e vice-versa, no treino de marcha com auxiliar de arca - andador) permitindo de forma gradualmente aquisição de novos conhecimentos e aumentando assim confiança de ambos. Foi incentivado a CI a retomar as suas atividades de lazer que tanto a fazia sentir bem (ir aos ensaios do coro da igreja)

explicando que ao fomentar atividades de gosto pessoal, iam influenciar de forma positiva os cuidados que presta, uma vez que estava a fomentar para o seu bem-estar.

Segundo Gomes et al. (2020), os ER “têm um papel fundamental na identificação das necessidades sentidas pelos cuidadores informais bem como na escolha de intervenções apropriadas que garantam a continuidade dos cuidados.” (p.2). Os mesmos autores referem ainda que minimizar as dificuldade/incapacidades e promover a aquisição de competências e conhecimentos permite uma melhor adaptação adaptarem à nova condição de saúde.

Em contexto hospitalar, serviço MFR, também tive a oportunidade de identificar condicionantes das transições à pessoa e CI, embora sentisse que este processo era mais facilitador na comunidade pelo facto da envolvimento e interações do CI ser constante e a prestação de cuidados ser no local onde a existência de fatores inibidores era possível ser constatado na minha presença.

No caso da Sra. M., com diagnóstico de AVC isquémico apresentando sequelas hemiparesia esquerda de predomínio braquial e diminuição da sensibilidade tátil e térmica dos dedos da mão esquerda, a CI era a sua filha, jovem estudante a terminar o estágio profissional. A CI demonstrou alguns conhecimentos acerca do AVC (uma vez que a Sra. M. já tinha como antecedente AVC isquémica há cerca de 1 mês) como grande capacidade na aquisição de novos conhecimentos e competências, pelo facto de se demonstrar interessada e empenhada nos ensinamentos propostos, como pelo facto, de já ter assumido o papel de CI após o evento anterior (condição pessoal fator facilitador – presença de conhecimentos). Esta minha afirmação surge pelo facto de ter realizado uma colheita de dados, inicialmente por via telefónica e posteriormente presencial.

No entanto, na recolha de dados efetuada foi possível perceber que devido à experiência anterior tinha alguns receios, nomeadamente na transição do hospital para casa. Referia ter medo de um novo episódio, referia o fato de pensar no que poderia ter feito e se poderia ter alterado alguma coisa, questionou o facto de ter dúvida em assumir o novo papel (fator pessoal como inibidor – experiências anteriores negativas, leva-a a questionar a sua capacidade, pressão psicológica).

Desta forma, após identificar as principais necessidades a EEER orientadora e eu, juntamente com a Sra. D. e CI elaboramos um plano de intervenção de cuidados, onde o foco nesta situação específica era a CI. Iniciei as minhas intervenções ao salientar a

importância do papel da CI na continuidade de cuidados de qualidade e na promoção da autonomia e independência da utente.

As intervenções planeadas englobaram um roteiro de ensinios ao CI (individualizado, elaborado previamente por mim sob validação da EEER orientadora) onde foi possível o ensino de cuidados e treino de técnicas realização AVD, possibilitando assim, identificar as necessidades sentidas ajustando e direcionando as intervenções, como também, fomentar novos conhecimentos e capacidades à CI permitindo aquisição de competências de forma assegurar cuidados de cuidados após a alta. Furneci informação acerca dos grupos de apoio, ajudas externas existentes na comunidade, estatuto do CI (benefícios e direitos), permitindo que a Sra. M. e CI fossem detentoras de toda a informação, como forma de facilitar adaptação do regresso a casa e aceitação da nova realidade.

Num estudo realizado por Chen et al. (2021), referem que o papel do CI é fundamental no regresso a casa, sendo possível a continuidade de cuidados, no entanto, é necessário ao longo do internamento e na preparação para alta, identificar fatores inibidores de ansiedade e de dificuldade acrescida que possam comprometer os cuidados prestados.

Para os CI a presença de um enfermeiro de referência é crucial, permitindo que os mesmos se sintam acompanhados ao longo de todo o processo. O ER tem um papel fundamental no esclarecimento de dúvidas, na gestão de expetativas, como também, na envolvência do CI nos planos de cuidados com vista o planeamento da alta (Chen et al., 2021; Gomes et al., 2020).

Comum aos dois ensinios clínicos, depreendo que um fator fundamental que podem influenciar pela positiva ou pela negativa a capacitação do CI na continuidade de cuidados, são as expetativas do mesmo.

As expectativas podem ser reais, mas muitas vezes deixam de ser expectativas e passam a ser desejos que por vezes são inexecutáveis, tornando-se fatores dificultadores na capacitação do CI (ou porque acham que não vale a pena, ou porque desvalorizam dependência da pessoa achando que vai passar com tempo, acham que a pessoa tem de voltar ao que era anteriormente antes do evento, não aceitando assim a nova realidade, pelo peso que transmitem as pessoas doentes passando para elas toda a responsabilidade, por isso cabe apenas a elas todo o esforço para recuperar, ou então a

culpabilizam-se e não conseguem ter expectativas). Posto isso, o meu papel foi fornecer toda a informação disponíveis de forma clara, articular estratégias e recursos de forma a instruir CI conscientes e cientes da realidade gerindo elas as suas mesmas expectativas. Confesso que este processo para mim também foi de aprendizagem e de evolução.

Uma vez identificados os fatores inibidores e facilitadores na capacitação do CI, faz sentido falar o quinto e último objetivo **“Implementar programas de treino de atividades de vida diária, exercícios terapêuticos, posicionamentos, para a promoção das capacidades à pessoa e cuidador sobre o cuidado transicional”**.

Refletir acerca de processo de capacitação leva-nos a um pensamento primário de que todo o ser humano fomenta esta necessidade de forma a dar respostas às solicitações do dia-a-dia, motivo pelo qual a aquisição de novos conhecimentos e competências é despoletado. Nesta linha de pensamento, o mesmo ser humano carece de ser capacitado aquando se depara com situações novas e em ambientes diferentes quando surge uma necessidade (Reis & Bule, 2017). Os mesmos autores, referem ainda que os processos de capacitação podem correr de duas formas, sendo ela progressiva em associação com o desenvolvimento da pessoa ou repentinamente desencadeadas pelos incidentes surgidos.

Particularizando a transição de saúde-doença, a forma de colmatar a necessidade de capacitar a pessoa e CI, assegurar a continuidade de cuidados com qualidade é fundamental a articulação de cuidados do hospital com a comunidade.

Segundo Veríssimo e Moreira (2004), a promoção dos cuidados em contexto familiar passa pelo trabalho realizado na comunidade. Requer a presença do profissional (EEER) em contexto de domicílio de forma a que haja um acompanhamento rigoroso permitindo o envolvimento familiar (CI) no planeamento de cuidados, capacitando-os de forma a darem respostas antecipadas a potenciais complicações.

No contexto hospitalar, entende-se que o enfermeiro (EEER) inclua-a no planeamento de cuidados o envolvimento do CI de forma a que adquiram ferramentas, conhecimentos e competências para assegurar a continuidade de cuidados com qualidade. É fundamental que exista uma articulação com a equipa da comunidade de forma a serem providenciados todos os meios e recursos disponíveis (serviço social) com vista ao cuidado transicional (Petronilho, 2007).

Para conseguir atingir este objetivo foi fundamental para mim seguir como linha de pensamento os padrões de resposta da teoria das transições de Afaf Meleis, que permitiram avaliar a transição e experiência vivenciada pela pessoa e CI, dando respostas às necessidades identificadas através dos indicadores de processo. O foco é que a pessoa e CI atinjam a maestria, ou seja, aquisição de novos conhecimentos e competências, permitindo assim a continuidade de cuidados (Meleis et al., 2000).

Destaco como forma de exemplo caso da Sra. M., já referenciado em vários exemplos anteriores (por ter sido a utente que recebi no serviço MFR e acompanhei todo o seu processo de reabilitação).

Identificadas as necessidades através da avaliação/recolha de dados e aplicação de instrumentos de medida, era em conjunto com utente elaborado a conceção e posteriormente implementação e monitorização do plano de cuidados de reabilitação. Neste caso específico, as intervenções focaram-se no treino das AVD, uma vez que eram as necessidades que a utente apresentava, tendo implicações na sua autonomia e independência, influenciando assim o seu bem-estar e qualidade de vida.

No entanto, as intervenções iniciavam-se sempre com os exercícios de RFR onde englobava consciencialização, controlo dos tempos respiratórios e o ensino da respiração diafragmática, com o intuito de obter uma ventilação alveolar mais eficaz, ativar a função circulatória e desta forma reduzia a tensão psíquica e muscular, tal como, diminuir a fadiga muscular. Como forma de melhorar a distribuição e a ventilação alveolar realizava técnicas de reeducação costal com ou sem bastão dependendo da tolerância da pessoa (Cordeiro & Menoita, 2012). Seguidamente passava para as mobilizações de todos os segmentos corporais, do distal para o proximal, na amplitude máxima respeitando a tolerância da pessoa acompanhando com movimentos passivos, ativos, ativos com resistência.

Os instrumentos de avaliação são fundamentais na obtenção de informação da pessoa com AVC, possibilitando identificar as necessidades e limitações, para posteriormente planear e monitorizar intervenções de reabilitação. As evoluções dessas intervenções permitem a modificação do programa de reabilitação, dando respostas mais adequadas às necessidades existentes (Brito et al., 2013).

A intervenção seguinte passava pela realização de ensino e treino das atividades terapêuticas: a ponte, o rolar para o lado afetado (esquerdo), o rolar para o lado menos

afetado (direito), as automobilizações, a facilitação cruzada e o levante/transferências, uma vez que as mesmas permitiram melhorar o equilíbrio postural, tornando-se fundamental para o treino das AVD. As mesmas intervenções necessitavam que a Sra. M. apresentasse um bom equilíbrio estático e dinâmico, o que foi necessário numa fase inicial direccionar algumas intenções para o treino do mesmo (escala de Berg com bom equilíbrio e segundo Índice de Tinetti (12/16 – equilíbrio estático na cadeira e 9/12 – equilíbrio dinâmico em marcha) (Apostulo, 2012; OE, 2016). A intervenção direccionada ao treino de marcha inicialmente era realizada em piso regular, não necessitava de dispositivos de ajuda, apenas de supervisão. Na fase inicial a marcha apresentava-se lenta, mas coordenada, embora apresentasse desequilíbrio na mudança de direcção. Assim que obtivemos estabilidade na marcha iniciou o treino em piso irregular (exterior) também com supervisão. Todas estas intervenções foram enriquecedoras para a minha aprendizagem por me permitirem identificar necessidades (utilização de instrumentos de medida), elaborar as respetivas intervenções de cuidados e monitorizar as mesmas tendo a capacidade de interpretar os resultados obtidos e ajustar o plano de acordo com os mesmos.

Para Brito et al. (2013), a capacidade funcional surge como um novo padrão de saúde, uma vez que se traduz na independência e na capacidade de a pessoa realizar AVD. Assim, os ER trabalham em prol da minimização das incapacidades funcionais, fomentando a máxima recuperação, autonomia e independência da pessoa com AVC.

As intervenções anteriores, como já referi anteriormente, eram cruciais para o treino de AVD (alimentação, cuidados de higiene, vestir e despir), mantendo assim o equilíbrio corporal e força muscular necessária para executar os mesmos de forma segura. Logo no início das intervenções foi solicitado, à Sra. M. (realizado ensino sobre a importância da utilização dos mesmos) calçado fechado e antiderrapante (chinelos de quarto e sapatilhas). Nesta surgiu a necessidade de elaborar um guia de apoio ao utente e CI, como forma de suporte dos ensinamentos, cuidados e exercícios importantes a manter após alta hospitalar, permitindo a continuidade de cuidados com a mesma segurança e qualidade.

Os ensinamentos focados no vestir e despir foram as intervenções que mais necessitaram de treino, estímulo e mais cuidados. Foram abordadas técnicas para o vestir e despir da parte superior e inferior do corpo. O primeiro ensino incidiu na explicação da

sequência que a mesma teria de fazer e mecanizar, como forma de facilitar o despir (primeiro o membro menos afetado) e vestir (membro afetado). O segundo ensino foi o posicionamento do vestuário, sendo que Sra. M. apresentou mais dificuldade em vestir o sutiã e calçar as meias. Os exercícios de treino eram adaptados e ajudados sempre com o intuito de facilitar a realização da mesma. Sugeri a alteração de vestuário, como a troca de sutiã clássico para o de desporto, substituição de botões por velcros ou elásticos, optar por roupas práticas, mas não descorando os gostos pessoais, substituir os cordões por velcros, explicando à Sra. M. que estas estratégias seriam facilitadoras para maximizar a sua independência e autonomia. Numa fase inicial a Sra. M. necessitava de ajuda moderada para vestir e despir, sendo que após 1 mês, obtiveram-se ganhos evoluindo para AVD com supervisão.

Em relação aos ensinamentos e treino da AVD higiene, foram realizados no WC, instruindo a Sra. M. para os perigos existentes, evitando assim quedas (sensibilizada para o piso antiderrapante, banco de apoio durante o banho, retirar tapetes), salientando a necessidade de adaptar o WC (após a identificação de fatores dificultadores: banheira, prateleiras altas) do domicílio preparando a mesma para a alta hospitalar. Foram realizados ensinamentos acerca da importância da existência de barras de apoio, prateleiras a um nível de fácil acesso, tal como, preparar o material necessário sempre antes de iniciar o mesmo. Foi instruída para verificar a temperatura da água utilizando o cotovelo ou punho do lado menos afetado, incentivada a utilizar a mão do membro afetado com auxílio da mão menos afetada a lavar e secar o corpo (estimulação sensório-motor). Numa fase inicial foi demonstrando dificuldade, mas com o treino apresentou melhorias bastante significativas. Como estratégia de promover autonomia e independência, foi sugerida a utilização de esponjas com cabo para auxiliar na lavagem da parte posterior do tronco. O banho era realizado numa fase inicial com ajuda moderada, após 1 mês, obtiveram-se ganhos realizando-o apenas com supervisão.

No que diz respeito aos ensinamentos e treino da AVD alimentar-se, incidiu na utilização de produtos adaptados. A Sra. M. apenas tinha incapacidade de cortar os alimentos e de os levar à boca com a mão afetada. Numa fase inicial foi instruída em posicionar a mão afetada sob a mesa, numa fase posterior foi possível a introdução de talheres adaptados (talheres cabo grosso). A Sra. M. foi também instruída para os cuidados a ter antes, e depois de se alimentar: certificar a temperatura dos alimentos e ter atenção à

temperatura dos utensílios antes da refeição e posicionar-se de forma correta sobre uma mesa, permitindo desta forma estar desperta para os perigos que podem ocorrer.

Foram ainda planeados exercícios focados no treino da motricidade fina estimulando a sensibilidade e coordenação do movimento da mão esquerda. Para tal, providenciei exercícios como, por exemplo, folhas de papel onde tinha de amachucar, feijões onde tinha de os separar, entre outros. Foi estimulada a sensibilidade superficial com cartões de texturas e a sensibilidade térmica com a exposição de balões com água quente e fria. Uma vez que a Sra. M. também apresentava uma ligeira paralisia da face com desvio do sulco nasogeniano esquerdo, foi construído um espelho com exercícios de reeducação dos músculos da face, onde a mesma foi incentivada a realizar 2 series de 10 repetições, 3x por dia (Menoita et al., 2012).

No início da elaboração do plano de reabilitação foi combinado previamente com a CI de acordo com a sua disponibilidade (uma vez que a mesma residia em Faro) a realização de ensino e respetivos treinos necessários para assegurar os cuidados no domicílio da Sra. M. Os ensinamentos foram planeados em três sessões presenciais, embora sempre que era necessário a articulação era realizada por telefone, tornando-se uma mais valia permitindo a envolvimento da CI mesmo distante.

Numa primeira sessão foram validados os conhecimentos já existentes da CI e posteriormente foram abordados os ensinamentos para AVD vestir/despir e cuidados no domicílio, onde foram realizados todos os ensinamentos relativamente a esta atividade, foram exemplificados por mim e pela Sra. M. permitindo que a CI também os executasse posteriormente. Saliento o fato de terem sido identificadas algumas barreiras no domicílio, como, utilização de tapetes e armários altos de utilização frequente. Foi articulado com a CI a forma mais acessível para a eliminação destas barreiras, evitando futuros perigos e acidentes.

Para Oliveira e Caldas (2021), a valorização do conhecimento já existente do CI, tal como, a identificação das limitações e necessidades, permite minimizar a sobrecarga e outros eventos adversos, sentidos pelo mesmo.

Na 2ª sessão, antes de iniciar o próximo ensino proferíamos dúvidas que tivessem surgido e procedia à avaliação da CI na realização dos ensinamentos realizados na sessão anterior. Desta forma conseguia perceber se a mesma estava apta ou não, de forma a incidir novamente nesses ensinamentos ou se passaríamos à próxima etapa. Avançávamos para

os ensinamentos relacionados com banho e com o alimentar, não exemplificando AVD banho (não foi possível ajustar o horário da CI a um momento oportuno para realizar o mesmo), embora tenha sido fornecida e analisada informação sobre legislação referente ao regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais (DL n.º 163/2006, 2006) de forma a tomarem as medidas necessárias a agilizar a adaptação do WC, ficando pronta aquando o regresso a casa. Foram demonstrados os produtos adaptados que o serviço era detentor (talheres, pratos), mostrando a existência de mais produtos através de uma pesquisa prévia. Foi informada da existência de um guia orientador intitulado como “Guia - sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA)” (ISS, 2022) e explicado tudo o que de lá poderiam beneficiar e como os obter.

Na terceira e última sessão, foi realizada a avaliação dos ensinamentos anteriores e fornecido o guia de apoio personalizado e individualizado que estava dividido em 3 partes, a primeira foca os ensinamentos e cuidados necessários na realização de AVD da Sra. M., numa segunda parte, exemplos dos exercícios a realizar no domicílio e a terceira parte, contactos úteis (centros de reabilitação próximos, o contacto do serviço MFR, linhas de apoio). Foram também abordados assuntos com estatuto do cuidador informal a existência do atestado multiusos permitindo dar a conhecer os direitos que lhes assistem.

No momento da alta foi elaborada uma carta detalhada dirigida à enfermeira de família, entregue à posteriori pela Sra. M. a carta de alta, explanava todo o processo clínico da Sra. M. estando descrito, ensinamentos, exercícios, avaliações realizadas ao longo do internamento. Referenciava ainda as limitações/incapacidades presentes, as barreiras arquitetónicas identificadas no domicílio. Mencionava ainda o nível de conhecimentos e aquisição de novas competências do CI, qual o trabalho realizado com o mesmo, de forma a salientar sua capacidade em assegurar a continuidade de cuidados no domicílio.

A articulação entre os níveis de cuidados requer a envolvimento de uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar, permitindo assim assegurar transições seguras do hospital para a comunidade, sendo desta forma possível promover a autonomia e independência para o autocuidado (Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022).

Indo ao encontro dos autores acima citados, considero como lacuna o facto que não ter existido articulação direta com a comunidade (por email, por via telefónica) permitindo a existência de fragmentação da continuidade dos cuidados. No entanto,

como forma de colmatar esta lacuna, foi realizado um seguimento *follow-up*, onde validei os ensinamentos realizados durante o internamento, as necessidades sentidas após a transição hospital-casa, tal como, as dúvidas e dificuldades surgidas na realização das AVD e nos exercícios planeados. Obtive informação pela Sra. M. da articulação já efetuada com a comunidade, tendo sido marcada uma consulta de seguimento com um médico fisiatra e que a carta direcionada à enfermeira de família já tinha sido entregue.

Segundo um estudo de Acosta et al. (2018), o enfermeiro é o profissional com mais envolvimento na transição do cuidado do hospital-casa, tendo uma participação ativa no planeamento de intervenções de cuidados em prol da preparação para alta, englobando a reintegração social, a educação em saúde e é o elo fundamental na articulação à comunidade e no acompanhamento pós-alta. No entanto, os mesmos autores referem que na prática o desempenho esperado pelos enfermeiros no momento da alta, reflete-se um momento desorganizado devido a equipas reduzidas, registos informatizados rápidos e abrangentes, não tendo em consideração as necessidades específicas da pessoa e CI, nem as orientações de acompanhamento na comunidade.

Como referido por Pereira e Baixinho (2019), na maioria das vezes os planeamentos da alta são realizados de forma rotineira e não individualizada, não englobando as necessidades específicas da pessoa e CI.

Desta forma, ao refletir sobre o meu percurso ao longo deste ensino clínico, posso afirmar que adquiri novos conhecimentos e competências, conseguindo articular os conhecimentos à prática. Embora existisse uma falha na articulação com a comunidade arranjei estratégias para colmatar essa falha.

Em forma de síntese, senti algumas dificuldades em encontrar evidência científica no que diz respeito a intervenções específicas do EEER na promoção do cuidado transicional, ou seja, em ações direcionadas à promoção da continuidade de cuidados. Desta forma, como forma de colmatar essa dificuldade articulei a prática com a evidência científica, focando as minhas intervenções especializadas nos ensinamentos à pessoa com AVC e ao CI, de forma a facilitar a adaptação à nova realidade, consciencializando-os das suas limitações e necessidades, direcionando assim as intervenções para os ensinamentos, como forma de aquisição de novos conhecimentos e competências, permitindo a continuidade de cuidados no domicílio. Salientei as capacidades e potencial de cada CI, promovi junto

da pessoa com AVC a maximização da funcionalidade promovendo a autonomia e independência em prol do bem-estar e qualidade de vida de ambos.

Indo ao encontro do supracitado, num estudo realizado por Pedrosa, Ferreira e Baixinho (2022)

existem poucos estudos sobre cuidados transicionais para apoiar a continuidade do cuidado no contexto da reabilitação e não têm sistematizado as intervenções dos profissionais, o que impacta o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para os cuidados transicionais de reabilitação (p.2).

3. Retrospectiva do Percurso Formativo

Como forma de resposta à temática deste relatório, tal como, o contributo para aquisição de competências especializadas, considero que as articulações dos dois ensinos clínicos complementaram-se tonando-se fundamentais para o desenvolvimento do meu percurso formativo.

Refletir sobre os pontos fortes, as dificuldades e as oportunidades ao longo meu do percurso formativo, foi possível clarificar o mesmo e avaliá-lo. Esta avaliação vai ser baseada na tipologia análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) de forma a salientar os aspetos positivos e negativos, tal como, as estratégias realizadas no desenvolvimento da prática como futura EEER (Helms & Nixon, 2010; Marques, Pinheiro, Alves, David & Neves, 2022).

Strengths (forças)

Começo por destacar a minha capacidade relacional, a minha postura de humildade e resiliência permitindo aproveitar todas as oportunidades surgidas, adquirir conhecimentos de outros peritos na área, facilidade de questionar no surgimento de dúvidas, tornando-se um fator facilitador na relação estabelecida com a pessoa e CI. Desta forma, as dúvidas que iam surgindo eram expostas às EEER orientadoras, aos enfermeiros de reabilitação do serviço e à equipa multidisciplinar, obtendo um esclarecimento, orientação permitindo realizar pesquisas que eram discutidas posteriormente em reuniões no final do turno. Esclarecimento também efetivado com a docente orientadora, permitindo um novo olhar sobre os cuidados de reabilitação.

A resiliência pelo facto de conseguir articular atividade profissional, pessoal e de discente sem perder ânimo, vontade de querer saber mais, conseguido articular os 4 turnos por semana, beneficiando no acompanhamento da evolução do plano traçado à pessoa e CI.

Aquisição de conhecimentos e práticas desenvolvidas ao longo das UC foram fundamentais, tornando-se um aspeto positivo pelas bases adquiridas e desenvolvidas (técnicas, aplicação de escalas existentes, teorias, textos de apoios, estudos com evidência científica, trabalhos desenvolvidos em contexto curricular e bibliografia disponibilizada, entre outros).

Weaknesses (fraquezas)

A gestão de tempo foi um aspeto negativo pela necessidade da grande conciliação de turnos no meu serviço com os dias de estágio, que não permitiu desenvolver todos os trabalhos pretendidos nos ensinos clínicos.

No contexto da comunidade, na ECCI, a minha inexperiência nas intervenções especializadas aliado ao facto de ser o ensino clínico em que senti mais dificuldade na adaptação, demonstrou-se uma fraqueza. Desta forma, senti dificuldades numa fase inicial na elaboração dos registos completos e precisos, que englobavam o plano individual de intervenção e a monitorização dos resultados. Foco também a minha inexperiência a nível da auscultação pulmonar. Para colmatar estas necessidades foram fundamentais as orientações da EEER e a partilha dos seus conhecimentos e treino. Procurei também articular com pesquisa bibliográfica.

Opportunities (oportunidades)

Começo por destacar as enfermeiras orientadoras pela partilha de conhecimentos e pela sua orientação que me permitiu desenvolver atividades em prol dos objetivos traçados do meu projeto. As equipas multidisciplinares que sempre me acolheram de forma a que me sentisse à vontade para questionar, participar e partilhar sobre as práticas de cuidados de reabilitação.

Saliento a base sólida de conhecimentos e a experiência na prática de cuidados especializados da equipa multidisciplinar de ambos os campos de estágio, como fatores positivos no meu percurso formativo, permitindo fomentando o meu interesse em aprofundar conhecimentos.

A docente orientadora destaca-se pela disponibilidade e orientação exemplar, tornando um percurso mais tranquilo, permitindo aproveitar todas as oportunidades surgidas e clarificar pensamentos que permitiam chegar ao caminho certo.

No contexto hospitalar, serviço de MFR, a permanência das várias equipas/áreas especializadas integrada no programa de reabilitação, permitiu-me uma visão mais ampla das atividades desenvolvidas e dos ganhos refletidos das mesmas. Considero que este ensino clínico foi uma mais valia pelo fato de conseguir desenvolver ações que iam ao encontro do meu tema, ao capacitar o CI na aquisição de novos conhecimentos e estratégias de forma a assegurar a continuidade de cuidados no domicílio à pessoa com AVC.

O ensinar, treinar e instruir o CI, indo ao encontro das necessidades específicas e particulares de cada um e de cada situação, permite enaltecer a importância do seu papel potencializando a capacidade na aquisição de conhecimentos, capacitando-os para gerir as novas situações do dia-a-dia, mantendo a continuidade de cuidados cuja a orientação e a supervisão dos cuidados delegados possibilita o desenvolvimento da mestria (Melleis, 2010).

Desta forma, saliento a oportunidade de desenvolver conhecimentos e prática de cuidados especializados focando as minhas intervenções à reeducação funcional e sensoriomotora, instituindo ensinamentos e treinos à pessoa e CI, permitindo assim a conceção, implementação e monitorização de planos de cuidados de reabilitação incluindo assim o planeamento da alta.

Conforme refere Pedrosa, Ferreira e Baixinho (2022), é da competência do EEER “a intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação na preparação da alta, com formação da pessoa dependente promovendo a sua readaptação funcional e intervindo também junto do seu cuidador.” (p. 6).

Os trabalhos realizados no serviço MFR (guia de apoio ao utente e ao CI e os roteiros de ensinamentos ao CI) vieram dinamizar a oportunidade para desenvolver o meu projeto formativo.

O contexto da comunidade revelou-se rico em conhecimentos em relação ao percurso da pessoa na rede RNCCI e ao papel do EEER na comunidade que até ao momento era pouco explorado por mim. Destaco a importância dos conhecimentos adquiridos na comunidade sobre os aspetos cruciais e necessários que os EEER necessitam focar a sua atenção, de forma a permitir a articulação de cuidados em prol da continuidade dos mesmos no domicílio. Desta forma, saliento o conhecimento adquirido na comunidade como base e um ponto de partida no contexto seguinte. Essas bases foram cruciais ao fomentar a minha capacidade de planejar, implementar e monitorizar um plano de cuidados especializados de forma estruturada até ao momento da alta, focando os pontos fundamentais para manter a continuidade de cuidados na comunidade, em prol da autonomia, independência da pessoa e do CI.

Threats (ameaças)

O contexto da comunidade numa fase inicial tornou-se difícil na adaptação por ser uma área distinta da minha prática profissional, surgindo alguns constrangimentos,

aliada a essa adaptação a pouca experiência no desenvolvimento de práticas na área de reabilitação. Para colmatar esta necessidade foram realizadas reuniões informais com a docente orientadora e EEER orientadora de forma a serem expostas as situações mais limitantes, permitindo a troca de opiniões/feedbacks, tornando-se assim em estratégias para as próximas etapas. Destaco a compreensão e o respeito pelo meu tempo de adaptação que foi crucial para ganhar confiança para prosseguir.

Ainda em contexto da comunidade, saliento o facto que não ter tido a oportunidade de estar presente em algumas AVD, por exemplo, nos cuidados de higiene (evitávamos ir ao domicílio nas horas em que a equipa de apoio domiciliário ia prestar os cuidados de higiene, uma vez que o aglomerado de profissionais era uma situação potenciadora de *stress* e ansiedade para a utente) que limitou a realização de ensinamentos com vista à autonomia e independência da pessoa e CI. A realização das AVD vestir/despir e alimentação, era possível articular com os mesmos ou realizar de forma intencional. Este sentimento foi partilhado com a EEER orientadora, pelo que fui capaz de perceber que pelo facto da pessoa e CI ainda estarem a vivenciar um processo de transição (múltiplos às vezes), necessitam de respeito por esse tempo. Posto isso, prevaleceu o princípio da não-maleficência e a beneficência.

Conforme referido por Mumma e Nelson (2000), vão existir momentos em que os princípios morais vão se aproximar ou mesmos contradizer, existindo a necessidade de ponderar, refletir e tomar uma decisão para benefício da pessoa/família.

Como estratégia, foi alterada (por vezes) a hora da nossa visita domiciliária para o período da tarde (habitualmente as visitas eram realizadas no período da manhã), de forma a conseguirmos conciliar a realização dos cuidados de reabilitação com a hora da higiene da tarde, permitindo assim envolver o CI, ensinando e treinando os cuidados com o mesmo.

No contexto hospitalar, serviço MFR, a o facto de não ter sido possível articular com a comunidade os cuidados de enfermagem de reabilitação realizados à pessoa e CI. Surge a possibilidade da fragmentação de informação (referência dos ensinamentos e treinos relativos às AVD, as limitações ainda presentes, a avaliação do grau de conhecimento e preparação do CI) com a comunidade, sendo estruturada e planeada alta previamente. Saliento o facto de ter realizado um seguimento de *follow-up*, como forma de contornar esta situação.

Para Pedrosa, Ferreira e Baixinho (2022), “a promoção da continuidade de cuidados deve incluir ações que visam, globalmente, melhorar os cuidados de saúde prestados e a satisfação da pessoa/família, minimizando a fragmentação dos cuidados” (p.4).

Em suma, posso afirmar que o percurso realizado foi gratificante para mim ao permitir desenvolver conhecimentos e competências que são transversais para o meu dia-a-dia e para no meu contexto profissional atual. Foi um percurso rico em desafios, em descobertas e acima de tudo foi rico ao contribuir para uma prática de cuidados especializada com qualidade, diferenciada e com o foco em maximizar as capacidades em prol da autonomia e independência, influenciando assim o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas e suas famílias dentro da sua nova realidade. Foram identificadas algumas estratégias que me permitiram minimizar as fraquezas e as ameaças (Marques, Pinheiro, Alves, David & Neves, 2022).

4. Considerações Finais

O percurso de aprendizagem descrito ao longo deste relatório teve como principal objetivo destacar o trabalho realizado tendo por base as intervenções de enfermagem de reabilitação com o foco no cuidado transicional ao CI da pessoa com AVC. Foi realizado com vontade de desenvolver competências e estratégias para uma melhor prática de cuidados. Este foi possível através da aquisição de conhecimentos teóricos e a articulação com a prática, que permitiu colmatar as necessidades sentidas pela pessoa com AVC e dando respostas às necessidades particulares dos CI após uma situação inesperada de desempenhar o seu novo papel. O guia orientador da minha prática foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Esta teoria permitiu-me entender os processos de transição vivenciados pela pessoa e CI de forma conseguir identificar necessidades e fatores potenciadores que facilitam ou inibem a transição, como forma de arranjar estratégias que se focassem na capacitação dos mesmos em adquirir novos conhecimentos e competências para lidar e gerir a nova situação, permitindo assim assegurar a continuidade de cuidados na passagem do hospital-casa, potenciando a máxima autonomia e independência.

O cuidado transicional ao CI da pessoa com AVC é uma área do meu interesse pessoal e profissional, pelo facto de ser cada vez mais crucial a capacitação do CI como forma de recurso para enfermeiros na continuidade de cuidados, mas como também os enfermeiros servirem de recurso para os CI e pessoas, numa situação de fragilidade e vulnerabilidade acrescida ao vivenciar uma situação normalmente desconhecida para ambos até ao momento. Saliento também o fato de ser uma área de investigação prioritária no âmbito da disciplina de enfermagem de reabilitação, a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal.

Segundos vários estudos realizados demonstram que o sucesso dos cuidados de reabilitação perante uma pessoa a vivenciar uma transição, uma mudança de papéis, passa não só pelos cuidados à pessoa na fase de doença, mas a capacidade de envolver e intervir na família, na comunidade e no meio ambiente em que estes estão inseridos.

Os ensinamentos clínicos considero que foram fundamentais para conseguir atingir os objetivos a que me propôs. Destaco o serviço MFR, o local de estágio de eleição, por ser rico em experiências que me permitiram desenvolver e adquirir competências, tendo como foco o cuidado transicional. O estágio na comunidade permitiu adquirir uma base

de conhecimento acerca das intervenções de enfermagem de reabilitação fundamentais para conseguir desenvolver o cuidado transicional do hospital-casa.

O serviço de urgência pode ser o início da transição saúde-doença sendo necessária todo o apoio, orientação e capacitação ao CI e à pessoa com AVC. No final desta etapa, projeto para o futuro delinear alguns objetivos transversais ao meu serviço, como por exemplo: formação para aos profissionais acerca dos posicionamentos à pessoa com AVC; elaboração de um documento uniformizado sobre os ensinios iniciais à pessoa com AVC e CI; formação aos profissionais sobre a disfagia, entre outros. Em conjunto com os outros EEER, existentes no serviço de urgência, pretendo estabelecer um trabalho de equipa de forma a sensibilizar e instituir uma prática de cuidados direcionada para estratégias adaptativas às pessoas com limitações/dependentes maximizando a sua funcionalidade em prol da autonomia e independência, permitindo o papel ativo do CI, envolvendo o mesmo na prestação de cuidados o mais precoce possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A., Câmara, C., Weber, L., & Fontenele, R. (2018). Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(12), 3190-7. DOI:10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018
- Aued, G., Bernardino, E., Lapierre, J., & Dallaire C. (2019). Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
- Baixinho, C. (2022). A questão central do cuidado transicional: Integrar a pessoa no cuidado ou o cuidado na pessoa. *Escola Anna Nery*, 26, 1-2. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0058p>
- Baixinho, C., & Ferreira, Ó. (2019). Do hospital para a comunidade: a transição (in)segura. *Revista Baiana Enfermagem*, 33, 35797. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>
- Brito, R., Lins, C., Almeida, C., Neto, E., Araújo, D., & Franco, C. (2013). Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. *Revista Neurociências*, 21(4), 593-599. <https://doi.org/10.34024/rnc.2013.v21.8145>
- Camicia, M., Lutz, B. J., A. Harvath, T. A., & Joseph, J. G (2021). Using the preparedness assessment for the transition home after stroke instrument to identify stroke caregiver concerns predischage. *Rehabilitation Nursing*, 46(1), 33-42. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000267>
- Camicia, M., Lutz, B. J., Harvath, T., Kim, K. K., Drake, C., & Joseph, J. G. (2019). Development of an instrument to assess stroke caregivers' readiness for the transition home. *Rehabilitation Nursing*, 45(5), 287-298. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000204>
- Cardoso, A. & Sá, C. (2021). Cuidados centrados no cliente e qualidade de cuidados. In E. M. Henriques, (Coord.), *O cuidado centrado no cliente, da apreciação à intervenção de enfermagem* (pp. 49-70). Sabooks/Lusodidata.
- Chen, L., Xiao, L. D., & Chamberlain, D. (2020). An integrative review: Challenges and opportunities for stroke survivors and caregivers in hospital to home transition care. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2253-2265. <https://doi.org/10.1111/jan.14446>

- Chen, L., Xiao, L. D., Chamberlain, D., & Newman, P. (2021). Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(19-20), 2786-2807. <https://doi.org/10.1111/jocn.15807>
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). Reeducação funcional respiratória. In M. Cordeiro, & E. Menoita (Eds), *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Lusociência.
- Costa, T. F., Gomes, T. M., Viana, L. R., Martins, K. P., & Costa, K. N. (2016). Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 933-939. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0064>
- Decreto Regulamentar n.º 1/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). *Estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas*. Diário da República: I Série, n.º 6/2022. <https://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>
- Decreto-lei n.º 101/2006 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social. (2006). *Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República: I Série A, n.º 109. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Decreto-lei n.º 163/2006 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). *Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais*. Diário da República: I Série A, n.º 152. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-108253479>.
- Decreto-lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). *Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República: I Série A, n.º 60. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Dharma, K., & Rahayu, H. (2020). The effective post-stroke adaptation behavior model requires a family support system. *Enfermería Clínica*, 32(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.11.001>
- Diccini, S., & Santos, L. (2017). Exame neurológico. In S. Diccini, (Eds.), *Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia* (pp. 11-46). Atheneu.

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Portugal Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números – 2017- Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*.
<https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-882061-pdf.aspx>
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2011). *O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal*.
https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf
- European Association Working for Carers (2023). *Number of carers and existing support measures across the EU*. <https://eurocarers.org/about-carers/>
- Fernandes, A. & Fernandes, M. (2021). Avaliação de saúde e processos de enfermagem. In E. M. Henriques, (Coord.), *O cuidado centrado no cliente, da apreciação à intervenção de enfermagem* (pp. 21-37). Sabooks/Lusodidata.
- Ferraz, I. (2021). A continuidade de cuidados: da admissão ao planeamento do regresso a casa. In E. M. Henriques, (Coord.), *O cuidado centrado no cliente, da apreciação à intervenção de enfermagem* (pp. 93-116). Sabooks/Lusodidata.
- Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2019). Do hospital para a comunidade: a transição (in)segura. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, 1-3. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>
- Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2022). Transitional care: an omitted care unveiled by the pandemic. *Revista Ciências em Saúde*, 12 (1), e35797.
<https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i1.1271>
- Godinho, N. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gomes, C., Marques-Vieira, C., & Braga, R. (2021). A pessoa com doença vascular. C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Coords.), *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 387-407). Sabooks/Lusodidata.
- Gomes, T. J. B., Ferreira, B. A. D. S., Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. M. R. (2020). Algoritmo para o cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes: estudo de validação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), (2), e20200625.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0625>

- Gonçalves, J., Pereira, M., Capelo, J., Santos, J., Vilabril, F., & Jacinto, J. (2021). Acidente vascular cerebral: qual o impacto nos cuidadores informais? *Sinapse*®, 21(1), 23-32. <https://doi.org/10.46531/sinapse/AO/200046/2021>
- Helms, M. M., & Nixon, J. (2010). Exploring SWOT analysis—where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management*, 3(3), 215-251. <https://doi.org/10.1108/17554251011064837>
- Hesbeen, W. (2007). *A reabilitação - criar novos caminhos*. Lusociência.
- Rede de Referência Hospitalar. (2017). *Neurologia*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RR_Neurologia.pdf
- Instituto da Segurança Social. (2022). Guia prático. Sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA). https://www.seg-social.pt/documents/10152/12207936/N63_Sistema_Atribuicao_Produtos_Apoio_SAPA/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *População residente com 15 e mais anos de idade que presta cuidados informais (N.º) por Sexo, Grupo etário e Escalão de tempo gasto semanalmente na prestação de cuidados informais; Quinquenal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCoId=0008933&selTab=tab0&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Tábuas de Mortalidade – NUTS II*. https://ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=522483293&att_display=n&att_download=y
- Jani, M. P., & Gore, G. B. (2014). Occurrence of communication and swallowing problems in neurological disorders: analysis of forty patients. *NeuroRehabilitation*, 35(4), 719–727. <https://doi.org/10.3233/NRE-141165>
- Johansen, M. L., & O'Brien, J. L. (2016). Decision making in nursing practice: A concept analysis. *Nursing Forum*, 51(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/nuf.12119>
- José, H. (2021). Comunicação terapêutica: skills e estratégias. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Coords.), *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 61-86). Sabooks/Lusodidata.
- José, H., & Sousa, L. (2021). Questões epistemológicas em enfermagem para a concepção e integração dos cuidados. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Coords.),

- Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 3-12). Sabooks/Lusodidata.
- Kelly-Hayes, M., (2000). Avaliação Funcional. In S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de reabilitação. Aplicação e processo* (2ª ed.) (pp. 161-172). Lusociência.
- Lima, C., Gameiro, J., & Pires, L. (2021). A pessoa com alterações na função urinária. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Coords.), *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 527-548). Sabooks/Lusodidata.
- Lin, S., Xiao, L. D., Chamberlain, D., Ullah, S., Wang, Y., Shen, Y., Chen, Z., & Wu, M. (2022). Nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 917–925. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.020>
- Lin, S., Xie, S., Zhou, J., Wang, C. & Chen, L. (2022). Stroke survivors', caregivers' and nurse coaches' perspectives on health coaching program towards hospital-to-home transition care: A qualitative descriptive process evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1-12. <https://doi.org/10.1111/jocn.16590>
- Magagnin, A. & Heidemann, I. (2019). Empowerment del cuidador de familiar delante de accidente vascular cerebral em entorno hospitalário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0165>
- Mansoa, A., & Cruchinho, P. (2021). Documentação centrada no cliente: contributos para o planeamento dos cuidados de enfermagem. In E. M. Henriques, (Coord.), *O cuidado centrado no cliente, da apreciação à intervenção de enfermagem* (pp. 117-132). Sabooks/Lusodidata.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitar a pessoa com acidente vascular cerebral. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 465-474). Lusodidacta.
- Marques, E. & Corte, A. (2021). Transição para o papel de cuidador familiar. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Coords.), *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 987-998). Sabooks/Lusodidata.
- Marques, F. M., David, C., Santos, A. F., Neves, S., Pinheiro, M. J., & Leal, M. T. (2021). Percepções dos estudantes finalistas em enfermagem sobre a tomada de decisão clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), e20200921. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0921>

- Marques, F. M., & Henriques, E. (2021). Tomada de decisão em enfermagem. In E. M. Henriques, (Coord.), *O cuidado centrado no cliente, da apreciação à intervenção de enfermagem* (pp. 39-48). Sabooks/Lusodidata.
- Marques, F. M., Pinheiro, M. J., & Alves, P. V. (2022). O julgamento clínico e a tomada de decisão nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(5), 1731-1740. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022275.23142021>
- Marques, F. M., Pinheiro, M. J., Alves, P. V., David, C. P., & Neves, S. (2022). Online problem-based learning during the pandemic: SWOT analysis of the nursing student's opinion. In A. P. Costa, A. Moreira, M. C. Sánchez-Gómez, S. Wa-Mbaleka. (Eds.), *Computer supported qualitative research. New Trends in Qualitative Research (WCQR2022)*, (Vol. 466, pp 322-335). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-04680-3_21
- Martins, M., Martins, A. & Martins, A. (2017). Reeducação familiar/social – Reconstrução da vida familiar e social no processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 67-76). Lusodidacta.
- McKenna, H., Pajnkihar, M. & Murphy, F. (2014). *Fundamentals of nursing models, theories and practice* (2nd ed.). Wiley-Blackwell https://media.wiley.com/product_data/excerpt/66/04706577/0470657766-4.pdf
- McNair, N. D. (2019). The projected transition trajectory for survivors and carers of patients who have had a stroke. *Nursing Clinics of North America*, 54(3), 399–408. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.04.008>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Menezes, T. M. O., Oliveira, A. L. B., Santos, L. B., Freitas, R. A., Pedreira, L. C., & Veras, S. M. C. B. (2018). Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl 2), 294-301. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - contributo para um envelhecer resiliente*. Lusociências.

- Mumma, C., & Nelson, A. (2000). Modelos teóricos para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. In S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de reabilitação. Aplicação e processo* (2ª ed.) (pp. 23-36). Lusociência.
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P. M., Stibrant Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso, V. (2018). Action plan for stroke in Europe 2018-2030. *European Stroke Journal*, 3(4), 309–336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>
- Oliveira, S., & Caldas, C. (2021). Processo de transição do familiar para o papel de cuidador familiar de um idoso dependente. *Enfermagem em Foco*, 12(3), 608-14. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3364>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembl eia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *REPE. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro- estatuto*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R EPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015d). *CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidactica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecol haDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

- Pedrosa, R., Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2022). Rehabilitation nurse's perspective on transitional care: an online focus group. *Journal of Personalized Medicine Article*, 12(4), 582, 1-12. <https://doi.org/10.3390/jpm12040582>
- Pereira, H. (2013). *Subitamente cuidadores informais- Dando voz(es) às experiências vividas*. Lusociência.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau.
- Pimenta, C., (2018). Acidente vascular cerebral em idade ativa: caracterização dos utentes enviados para a fisioterapia. *Saúde & Tecnologia*, 19, 27-34.
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República: II Série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República: II Série, n.º 85. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Reis, G. & Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 57-66). Lusodidacta.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação. Conceções e práticas*. Lidel.
- Rocha, I. D. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(Sup 1), 5-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Rodrigues, L. (2018). *Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal - minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar*. (dissertação de mestrado, do Instituto Politécnico de Bragança). Biblioteca digital do Instituto Politécnico de Bragança. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18079/1/Fernandes_Alexandra.pdf
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos

- das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (49), 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>
- Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa De Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36-43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>
- Silva, A. L., Teixeira, H. J., Teixeira, M. J., & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 792-803. <https://doi.org/10.1111/scs.12019>
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.
- Silva, I. F. G., Neves, C. F. S., Vilela, A. C. G., Bastos, L. M. D., & Henriques, M. I. L. S. (2016). Viver e cuidar após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(8), 103-111. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
- Silva, J. K., & Boery, R. N. S. O. (2021). Efetividade de uma intervenção de apoio para cuidadores familiares e sobreviventes de acidente vascular cerebral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3482. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4991.3482>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para enfermagem de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 34-44. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebelo-5/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_a_Enfermagem_de_Reabilitacao/links/5dd11c724585156b35198614/Contributos-do-referencial-teorico-de-Afaf-Meleis-para-a-Enfermagem-de-Reabilitacao.pdf
- Sousa, M., Cabrita, R., Mamadhussen, M., Ferrito, C. & Figueiredo, A. (2019). Intervenções de enfermagem na transição de cuidados em adultos com acidente vascular cerebral: a scoping review. *Cadernos de Saúde*, 11(2), 5-11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7266>
- Standing, M. (2020). *Clinical judgement and decision-making in nursing*. (4ª ed.). Learning Matters.

- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
<https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Teixeira, L., & Araújo, R. (2020). Teleneurologia: situação atual, oportunidades e desafios para Portugal. *Sinapse*, 20(1), 25-35. DOI:10.46531/sinapse/ AR/200013/2020
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coords.), *Enfermagem de reabilitação. Conceções e práticas* (pp.281-328). Lidel.
- Veríssimo, C., & Moreira, I. (2004). Os Cuidadores Informais/Familiares – cuidar do doente idoso dependente em domicílio. *Pensar em Enfermagem*, 8(1), 60-65.
- Weber, L. A. F., Lima, M. A. D. S, Acosta, A. M., & Marques G. Q. (2017). Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Revista Cogitare Enfermagem*, 22(3), e47615. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
- Wilkinson, I., & Lennox, G. (2005). *Essential Neurology* (4th ed.). Blackwell publishing.
- World Health Organization. (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf>

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Opção II – Projeto de Estágio

**Cuidado Transicional ao Cuidador Informal da pessoa
com Acidente Vascular Cerebral: Intervenções do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Ana Mafalda Ribeiro Peixoto

**Lisboa
Julho 2022**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Opção II – Projeto de Estágio

**Cuidado Transicional ao Cuidador Informal da pessoa
com Acidente Vascular Cerebral: Intervenções do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Ana Mafalda Ribeiro Peixoto



Docente Orientadora:

Professora Doutora Maria Fátima Marques



**Lisboa
Julho 2022**

ÍNDICE

Introdução.....	4
1. Enquadramento Conceptual	6
1.1. Definição Cuidador Informal.....	10
1.2. Definição de Cuidado Transicional.....	11
2. Modelo Teórico	13
3. Necessidades/Desafios Cuidador Informal/Cuidado Transicional - Intervenções Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação.....	15
4. Objetivos Gerais e Específicos - Intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação.....	19
5. Descrição Locais do Ensino Clínico.....	22
6. Considerações Finais	23
Referências Bibliográficas	24
Apêndices	
Apêndice I - Quadro de referências dos domínios de competência, objetivos gerais e específicos, atividades e recursos.	
Apêndice II- Cronograma do planeamento do ensino clínico.	
Apêndice III- Guiões das entrevistas.	

INTRODUÇÃO

O presente projeto insere-se na unidade curricular Opção II – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, em contexto do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este trabalho tem como início a descrição do projeto de aprendizagem, intitulando-o e definindo as palavras chaves, a sínteses do conhecimento prévio da revisão narrativa da literatura de uma área de estudo. Num segundo momento aborda as descrições das instituições envolvidas onde decorrerá o ensino clínico (no 3º semestre), tal como, a definição de objetivos e respetivas atividades, com vista a alcançar os mesmos.

Este projeto vai ser desenvolvido ao longo do estágio curricular, com vista na aquisição e desenvolvimento de competências, enquanto futura enfermeira especialista de reabilitação.

O tema Cuidado Transicional ao Cuidador Informal da pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC), surge no contexto da minha prática profissional, uma vez que me deparo frequentemente com utentes que sofrem um AVC o qual pode acarretar mudanças no seu estado de saúde levando as mesmas a encarar uma nova realidade, muitas delas acompanhadas com inseguranças, incerteza, medo, que dificulta processo de transição de saúde. O cuidador informal surge como pilar fundamental nesta situação, uma vez que é nele que se deposita a confiança na continuidade dos cuidados ao utente.

O meu interesse pessoal/profissional recai sobre a forma como o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) consegue ser agente facilitador neste processo de transição (hospital-comunidade) e garantir desta forma os cuidados de qualidade no momento da alta.

Para tal defino, como objetivo geral, para a concretização deste projeto:

Desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista de reabilitação nas intervenções de cuidado transicional ao cuidador informal da pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC);

Desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEER, na pessoa com alterações sensoriomotoras, cardíacas, neurológicas, respiratórias, cognitivas, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

Para alcançar os objetivos propostos em cima mencionados, foram definidos objetivos específicos e planeadas atividades com os respetivos recursos necessários, a ser aplicados no decorrer do ensino clínico, com o intuito de desenvolver competências comuns e específicas referentes ao EEER, indicados na Ordem dos Enfermeiros.

O trabalho encontra-se organizado em 6 capítulos: o primeiro capítulo é referente ao enquadramento conceptual (que engloba definição de cuidador informal e cuidado transicional como subcapítulos). O segundo referencia o modelo teórico, que permitiu a orientação e suporte para o desenvolvimento do tema. Segue o terceiro capítulo onde explana as necessidades/desafios identificadas do cuidador informal e no cuidado transicional – intervenções EEER. O quarto capítulo menciona os objetivos gerais e específicos definidos, a desenvolver no ensino clínico e respetivas intervenções do EEER. O quinto diz respeito aos locais de ensino clínico. Por fim, o sexto capítulo corresponde às considerações finais, seguindo das referências bibliográficas de acordo com as normas APA descritas no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações (Godinho, 2020) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e os respetivos apêndices.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A concretização do presente projeto consistiu na realização de uma revisão narrativa da literatura, como metodologia utilizada, intitulada por: Cuidado Transicional ao Cuidador Informal da pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação.

As palavras-chaves definidas foram: Cuidado Transicional; Cuidador Informal; Acidente Vascular Cerebral; Enfermeiro Especialista de Reabilitação;

A pesquisa foi executada através da plataforma EBSCO (base dados Medline), com os descritores: Tradition care; informal caregiver; Stroke; Rehabilitation Nursing (onde obtive oito artigos), tal como, através de uma pesquisa livre no Google Académico , literatura cinzenta, guidelines (Internacionais - Patient Education and Counseling; Journal of Clinical Nursing; Advances in Nursing Science; Archives of Gerontology and Geriatrics; Nursing Continuing Professional Development; Revista Brasileira de Enfermagem; Nacionais - Direcção-Geral da Saúde; Associação Nacional dos Cuidadores Informais; Associação Nacional Acidente Vascular Cerebral; Associação Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral).

Exerço funções num Serviço de Urgência Geral e Polivalente onde se verifica uma elevada prevalência de utentes com AVC. Desta forma, é possível constatar que os mesmos apresentam défices e limitações necessitando de ajuda futura até à sua recuperação.

É notório nas expressões dos utentes e família, chegando mesmo a verbalizar, angústia e medo do desafio que tem pela frente. É neste sentido, que o utente com AVC necessita na sua maioria das vezes de um cuidador, deparando-se este a desempenhar um novo papel sem preparação prévia (transição). A meu ver é crucial que o cuidado transicional seja bem-sucedido, pois desta forma, poderá capacitar o cuidador informal para o novo papel de cuidar, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados ao utente com AVC na transição hospital-casa. Foi neste sentido que surgiu o meu interesse profissional/pessoal pelo tema.

No âmbito da disciplina de Enfermagem de Reabilitação, uma das áreas de investigação prioritárias (2015-2025) é a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal, o que salienta o meu interesse académico pelo tema (OE, 2015).

A doença neurológica do ponto de vista conceptual não tem uma definição exata, pelo que são abordadas como um exame neurológico ou síndromes neurológicas (Sá , 2014). No entanto, o mesmo autor define doença neurológica como “doenças que originam sintomas neurológicos” e tem por base a alteração das estruturas nervosas (p.1).

Os tratados de Neurologia de origem anglo-saxónica, (Silva, NevesC., Vilela, Bastos, & Henriques, 2016) classificam as doenças neurológicas como mistas, ao englobar as categorias no processo etiopatogénico, a topografia das lesões ou mesmo de natureza sintomática ou fenomenológica. Podem, no entanto, também ser agrupadas e classificadas em categorias, tendo em conta a etiologia, grupo etário, a localização neuroanatómica e a origem que pode ser primária ou secundária (Sá M., 2014).

A doença neurológica tem um elevado impacto social e económico, representando 6.3% das doenças a nível mundial. Em grande destaque surge o AVC em Portugal como grande causa de morbilidade e incapacidade física prolongada (Sinapse – Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2020).

De acordo com os dados da rede de referência Hospitalar – Neurologia (2017), as doenças cerebrovasculares representam 64% dos casos na Europa.

Segundo (Sá , 2014), a doença neurológica devido à sua complexidade acarreta um grande impacto para o utente/família, como também para a sociedade, uma vez que a sua incidência e prevalência, evolui para a cronicidade, refletindo-se assim em incapacidades e com mortalidade significativa.

Segundo a Rede de Referência Hospitalar – Neurologia (2017), o envelhecimento da população e os índices de desenvolvimento socioeconómico estão associados ao crescimento de doenças neurológicas, nomeadamente de origem degenerativa e vascular que são representadas como alterações a nível cognitivo, comportamentais, sensoriomotoras, autonómicas, que refletem taxas elevadas de incapacidades, o que leva a um aumento da procura de cuidados de saúde.

Desta forma é possível constatar um aumento na procura dos serviços de saúde, nomeadamente serviços de urgência, consulta e exames regulares, terapêuticas dispendiosas, na necessidade de reabilitação, tal como no impacto que a doença neurológica incita a nível profissional, na dinâmica familiar e nas limitações socioeconómicas (Sá , 2014). O mesmo autor salienta o impacto a nível do custo económico, reportando um estudo conduzido em 2010 pelo European British Council sobre o custo económico relacionada com a doença neurológica em 19 países da Europa (inclui Portugal) que referenciam “um custo anual total de 798 biliões de euros, dos quais 30% se referiam a custos diretos, 23% a custos diretos não médicos e 40% a custos indiretos. O custo médio per capita foi de 1550 euros” (Sá, 2014, p.10).

O AVC acarreta prejuízos na saúde quer a nível psicossocial, quer a nível financeiro e as incapacidades consequentes da doença são responsáveis pelo sofrimento sentido pelas famílias e pelos utentes (Santos, et al., 2017).

As incidências dos AVC estão relacionadas com o aumento da faixa etária em indivíduos acima dos 75 anos (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira , 2012).

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) em Portugal a esperança média de vida à nascença, foi calculada em 81,06 anos, no triénio 2018-2020 (INE Tábuas De Mortalidade – Nuts II, 2018/2020).

Segundo as autoras Santos, Campos & Martins (2020) verifica-se um progressivo envelhecimento da população levando a um aumento de internamentos por AVC no período de 2011 a 2016, ultrapassando 25.000 casos.

De acordo com Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, (2012) estima-se que até 2023 haverá um aumento de 30% dos casos de AVC em comparação com o ano de 1983, sendo a prevalência de 5/1.000 na população. Um ano após o diagnóstico de AVC 65% das pessoas iram apresentar sinais de dependência.

O Acidente Vascular Cerebral, para as autoras Santos, Campos & Martins (2020) é definido como “um comprometimento neurológico focal ou global, de provável origem vascular, que ocorre de forma súbita e tem duração superior a 24 horas, podendo mesmo causar a morte” (p.37). As mesmas autoras referem ainda que o AVC pode se diferenciar em isquémico ou hemorrágico, sendo que isquémico caracteriza-se por “oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo localmente

formado ou por deslocação de um êmbolo” e o hemorrágico categoriza-se de intracerebral “se ocorrer no tecido cerebral, ou subaracnoídea, se surgir entre as duas meninges conhecidas como pia-máter e aracnoide” (p.37).

De acordo com Brito, et al., (2013) o AVC é a “primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental, devido às sequelas e défices neurológicos” (p. 594). Desta forma, vão existir repercussões do foro sensitivo, motor e cognitivo refletindo-se em limitações nas atividades de vida diária, nas atividades funcionais, possíveis défices de linguagem e depressão, levando ao isolamento social.

Segundo Norrving, et al., (2018) o AVC representa uma grande incidência de incapacidades, tendo como consequência a inaptidão para a realização das atividades da vida diária. Destaca-se a função sensório-motor como maior défice neurológico após AVC com 50-85% (dificuldades de movimentação: marcha, equilíbrio, deglutição, alteração da sensibilidade e eliminação), seguindo-se a função cognitiva (com problemas de memória, atenção reduzida, disfunção funcional, incapacidade de gestão do quotidiano e alteração na comunicação).

O AVC é responsável pelo elevado grau de incapacidade a longo prazo, estimando que a taxa de sobrevivência é de 1 a 8 anos após o diagnóstico e na sua maioria apresentam limitações crónicas que se vão refletir em incapacidades (Costa, Gomes , Viana, Martins, & Costa, 2016).

De acordo com Santos, Campos & Martins (2020) os utentes com AVC apresentam na sua maioria diminuição da força muscular, alteração da coordenação e da linguagem, apresentam comprometimento a nível visual (hemianopsia), apraxia, ataxia, disartria, disfagia, levando muitas vezes à alteração da função cognitiva e estado de consciência. Desta forma, apura-se défices a nível do controlo postural e do equilíbrio, alteração na marcha e na mobilidade levando a um comprometimento na realização das atividades de vida diária.

É possível constatar que os utentes com AVC tornam-se mais dependentes do autocuidado com necessidade de um apoio constante (cuidador), o que pode levar à necessidade de adaptação à nova condição de saúde quer por parte do utente, quer por parte da família/cuidador. O cuidador informal por sua vez, depara-se com a necessidade de mudança e adaptação das suas rotinas para poder exercer de forma plena o seu novo

papel e desta forma dar resposta às necessidades do utente/familiar que sofreu AVC (Costa, Gomes , Viana, Martins, & Costa, 2016). Os mesmos autores, referem que os cuidadores informais atravessam um período de grande exigência, podendo esta situação evoluir para quadros depressivos, de ansiedade, alterações no padrão de sono e afetando assim a qualidade de vida.

Como forma de minimizar esta situação, o cuidado transicional torna-se fundamental. Neste período o utente e familiar encontram-se uma fase vulnerável e é imprescindível que a profissional saúde (EEER), fomente as capacidades adaptativas do cuidador e utente permitindo a máxima independência e funcionamento físico e emocional no regresso a casa (Lin, et al., 2121).

1.1. Definição de Cuidador Informal

Considera-se cuidador informal (CI) “cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada” (Diário da República, 2022, p. 22).

Cuidador Informal Principal “a) viver em comunhão de habitação com a pessoa cuidada; b) Prestar cuidados de forma permanente (...) não exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados permanentes à pessoa cuidada” (Diário da República, 2022, p. 23).

Segundo o Diário da República, 1.ª série (2022) do Estatuto do Cuidador Informal, no Artigo 11º e 12º é designado um profissional de saúde de referência que acompanha o CI e utente de forma a colmatar as suas necessidades, capacitação e instruindo os mesmos a desenvolver competências no âmbito dos cuidados prestados, com vista na melhoria da qualidade de vida. O profissional de saúde de referência torna-se agente facilitador na articulação com outras entidades de saúde. Desta forma, é realizado uma avaliação das necessidades do CI de forma a minimizar as mesmas, dispondo de uma panóplia de recursos disponíveis, fomentando a autonomia. O CI deverá ser instruído e incentivado à participação em grupos de apoio e autoajuda de forma a partilhar experiências e arranjar estratégias de adaptação ao seu novo papel e nova condição de saúde do seu familiar ou da pessoa cuidada.

Num estudo realizado por Silva, Teixeira & Teixeira (2013) é referido que segundo as estatísticas da União Europeia “3% dos cuidadores afirmam cuidar de um idoso ou pessoa com deficiência várias vezes por semana, 4% uma ou duas vezes por semana e 8% menos de uma vez por semana (p.792). Estima-se um aumento de cuidadores até 2023 para 21.5 milhões a prestar cuidados semanais 20 horas (mínimo) e 10,9 milhões a prestar cuidados de 35 horas (mínimo) por semana. Desta forma, os mesmos autores referem que a necessidade de cuidadores informais tende a aumentar, o que torna crucial integrá-los de imediato nos cuidados prestados, averiguando as suas necessidade e apoios disponíveis.

Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2019 estima-se a existência de 1.059.012 de cuidadores informais. O Inquérito Nacional de

Saúde (INS) 2014, revela que 948 mil pessoas prestam cuidados informais a familiares, no qual, 381 mil são homens e 567 mil são mulheres, fazendo em média menos de 10 horas por semana (INE, 2016).

Desta forma, existe uma panóplia de motivos pelos quais os cuidadores informais assumem o papel de cuidador, destacando as normas sociais, os laços de afeto, o sentimento de comprometimento, piedade e por vezes altruísmo (Silva, Teixeira, & Teixeira, 2013).

1.2. Definição de Cuidado Transicional

O utente e família ao se deparem numa situação de fragilidade com efeitos de dependência, coloca-os numa condição de vulnerabilidade acrescida. A nova condição de saúde acarreta alterações na evolução da funcionalidade e na qualidade de vida. O momento da alta hospitalar desperta sentimentos de insegurança e medos levando o utente e família ao insucesso da recuperação, pondo em causa a continuidade de cuidados, levando muitas vezes a readmissões no período pós-alta imediata. É de extrema importância que o profissional de saúde (EEER) contorne este momento, despendendo de mais tempo para instruir/integrar o utente e cuidador informal nos cuidados prestados, nas estratégias adaptativas de forma a potencializar as capacidades, tornando-os mais autónomos e independentes nos autocuidados (Baixinho & Ferreira, 2019).

O cuidado transicional refere-se aos cuidados prestados de forma a assegurar a coordenação e continuidade dos mesmos, durante o processo de transição hospital - casa, zelando pela recuperação e independência do utente e família. Desta forma o cuidado integral surge como estratégia, durante a período de internamento e o pós-alta hospitalar, de forma a aumentar a utilização dos serviços de saúde primária e possibilitando um decréscimo de readmissões hospitalares, internamentos com menor duração, diminuição da adaptação a fase pós-agudo, indo ao encontro dos autores acima citados (Acosta et al, 2018; OMS, 2018)

A implementação de cuidados transicionais, segundo (Pedrosa, 2020) deve ser iniciada durante o internamento hospitalar, momento onde deve ser realizado um plano de alta.

No plano de alta ocorre um momento de aprendizagem com trocas de conhecimentos entre profissional de saúde e utente/família, de forma a serem levantadas e identificadas as necessidades sentidas pelo utente/família nesta fase de transição. Assim, é possível planejar e desenvolver de forma individualizada atividades de cuidados para alta, como identificação de recursos disponíveis, articulação com outras entidades de saúde, acompanhamento pós-alta e educação para saúde fornecendo informações cruciais e precisas para o autocuidado e tomadas de decisão conscientes sobre a sua própria saúde (Acosta, Câmara, Weber, & Fontenele, 2018).

2. MODELO TEÓRICO

O modelo teórico das transições de Meleis, é o modelo na qual me identifiquei e que mais se enquadra com o tema. Desta forma, orienta a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, estruturando e otimizando a qualidade do exercício profissional.

Segundo Meleis, (2010) a transição está relacionada com a mudança de estado ou condição. É um processo psicológico que envolve uma adaptação a uma mudança com o objetivo de a integrar. Esta adaptação de aceitação à nova realidade é um processo complexo podendo ser vivenciado no mesmo momento em diferentes contextos.

As mudanças (saúde-doença) vivenciadas pelo utente e família, dão origem a um processo de transição, que os coloca numa situação vulnerável. Esta vulnerabilidade relaciona-se com as experiências de transições e condições ambientais, que o utente e família são expostos (alteração de papéis, relacionamentos, comportamentos envolvendo um processo de mudança essencial nos estilos de vida). Desta forma o EEER surge como agente facilitador no processo de adaptação à nova condição de saúde, facilitando deste modo a aprendizagem de novas competências preparando os mesmos para outras transições que possam ocorrer (Meleis,2010).

Este modelo caracteriza-se por ser uma teoria de médio alcance, tornando-se mais objetivo. Segundo Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger, & Schumacher, (2000) esta teoria compreende vários tipos e padrões de transições e propriedades de experiências. Aborda as condições da transição, identificando os fatores facilitadores e inibidores, tal como, os padrões de resposta, focando os indicadores de processo e indicadores de resultado. O papel e as intervenções terapêuticas de enfermagem estão inseridos em todo o processo.

A linha orientadora da teoria sobre o tema centra-se nos indicadores de processo, na identificação dos fatores facilitadores e inibidores, nas redes de apoio existente (amigos, família, grupos de ajuda, de forma a clarificar, ajustar os comportamentos de resposta às transições) e promover a capacitação do CI (desenvolvendo a confiança e fomentar estratégias para ultrapassar os desafios e necessidades existentes). Desta

forma é possível fazer um levantamento das necessidades e incidir sobre as mesmas (Santos, et al., 2015).

O foco deste modelo são as transições bem-sucedidas, isto é, quando o utente e família/CI adquirem o domínio das novas competências de forma equilibrada e estabilizada. A resposta das transições bem-sucedidas é quando o utente e cuidador informal atingem a mestria dos cuidados.

Neste sentido as intervenções do EEER focam-se no instruir, capacitar utente e família acerca da sua nova realidade, promovendo máxima autonomia e independência. Desta forma, trabalham em conjunto para promover a transição e a continuidade de cuidados.

3. NECESSIDADES/DESAFIO - CUIDADORES INFORMAIS E CUIDADO TRANSICIONAL - INTERVENÇÃO DO EEER

O AVC como já referenciado anteriormente é a primeira causa de incapacitação funcional resultado de défices neurológicos e sequelas (Brito R. et al., 2013). Os mesmos autores referem ainda que as sequelas podem-se traduzir em motoras e/ou cognitivas, tal como sensitivas, o que afeta as atividades de vida diária, a linguagem, atividades funcionais, podendo levar os utentes ao isolamento tendo como consequência depressão.

Segundo (Chen, Chamberlain & Xiao, 2020) a incidência do AVC é contínua e tem aumento com o envelhecimento da população.

Neste sentido, a maioria dos utentes necessitam de um cuidador informal, aquando alta hospitalar. Cabe ao EEER atuar neste sentido, sendo das suas competências específicas capacitar utente e cuidador informal nas suas limitações/deficiências, desenvolvendo estratégias de cuidados para a promoção do autocuidado, tal como, prevenir complicações e fomentar a reinserção social (Diário da República, 2019).

Como foi referido anteriormente, no enquadramento teórico, realizei uma pesquisa através da plataforma EBSCO (base dados Medline) com os descritores: Tradition care; informal caregiver; Stroke; Rehabilitation Nursing, onde obtive oito artigos. Após a leitura e análise dos mesmos fiz um levantamento das necessidades correspondentes ao cuidador informal de um utente com AVC.

De acordo com Camicia, et al., (2019) o AVC acarreta uma crise para o sistema familiar. Tem início súbito e as incapacidades são detetadas de imediato, pela qual os cuidadores informais são desafiados a encarar o seu novo papel sem qualquer formação/preparação. Desta forma, as transições de cuidados tornam-se por vezes ineficazes, levando a inseguranças por parte do cuidador informal e utente, a reinternamentos e consequentemente aumento de custos de saúde.

Os mesmos autores referem ainda que, o papel de cuidador informal é por vezes comprometido pelo estado físico e cognitivo do utente no momento da alta, o que leva o cuidador informal a acusar pressão pelas responsabilidades que acarreta. Outro fator que influencia este processo adaptativo é a disponibilidade de recursos

informais/formais e financeiros, as condições habitacionais, tal como o plano que o cuidador informal terá de implementar para o autocuidado do utente com AVC.

No estudo realizado por Chen, Chamberlain & Xiao, (2020) foram identificadas lacunas em relação ao envolvimento do utente e cuidador informal nos cuidados prestados. Os mesmos constataram que o utente e cuidador informal no momento da alta hospitalar, não são envolvidos, instruídos e incentivados a executar atividades de cuidados. Desta forma, a limitação na educação/integração do utente e cuidador reflete-se num aumento de reinternamentos hospitalares e instalação de quadros de desorientação em relação à prestação de cuidados.

Para Camicia, Lutz & Josepeh, (2020) a necessidade sentida pelos cuidadores informais passa por referirem incertezas quanto ao desempenho do novo papel no domicílio, focando o facto das informações clínicas serem vagas e desta forma serem suficientes para dar respostas às dúvidas que vão surgindo. As mesmas autoras mencionam ainda que as incertezas sobre os prognósticos dos utentes com AVC também acarretam inseguranças aos cuidadores informais, uma vez que surgem duvidas nos recursos necessários para dar resposta às necessidades que vão encontrar. No entanto, no mesmo estudo os CI também verbalizaram o facto de se sentirem emocionalmente sobrecarregados.

No entanto são identificados outros tipos de fatores dificultadores na preparação da alta e a capacitação dos cuidadores informais. Para Chen, Chamberlain, Xiao & Bbus, (2021) a falta de colaboração entre equipas multidisciplinares, o tempo e recursos escassos, tal como incapacidade de resposta dos utente e cuidadores informais para a participação/envolvimento nos cuidados, desta forma, assiste-se a uma limitação no desenvolvimento de estratégias para autocuidado no planeamento de alta.

Silva, Teixeira, & Teixeira, (2013) consideram no seu estudo que as necessidades dos cuidadores informais focam quatro vertentes, a informação e formação, suporte profissional, comunicação eficaz e apoio jurídico e financeiro. Desta forma, os mesmos autores justificam estas necessidades com importância que os CI necessitam de serem instruídos e informados sobre as condições, evolução e do prognóstico da doença das pessoas que cuidam. Os cuidadores focam também a necessidade de apoio na gestão de profissionais de qualidade e referência para auxiliar nas necessidades dos utentes com

AVC no domicílio. A comunicação entre utente/cuidador e profissionais de saúde surge como uma lacuna. As questões financeiras e apoio jurídico erguem-se como uma necessidade, no sentido de esclarecimento das regras de elegibilidade e do apoio das entidades existentes.

Partindo das análises e reflexão dos artigos obtidos identifico como necessidades/desafios dos cuidadores informais da pessoa com AVC: informação clínica e comunicação eficaz (surge como fator inibidor por parte utente/CI. O desafio é transmissão de informação clínica clara, verdadeira e esclarecedora. Favorecer a comunicação através de uma linguagem clara, objetiva e assertiva. O EEER deve ser agente facilitador para relação terapêutica eficaz entre utente/CI e profissionais de saúde); Suporte profissional (identificado como fator facilitador, quando se envolve utente/CI nos cuidados prestados, quando se realiza educação para saúde, quando é disponibilizado tempo ao utente e CI para expressar os seus sentimentos/emoções apoiando na gestão das mesmas); Suporte jurídico/recursos e suporte financeiro (surge como agente facilitador, quando o EEER fomenta a articulação com a equipa multidisciplinar, assistente social, instruindo o CI para a existência do estatuto); sobrecarga física/ emocional e Gestão emocional/psicológica (surge como fator inibidor pela inexperiência nas atividades do autocuidado, pela diminuição da liberdade, necessidade de reorganização familiar e habitacional pela questão da invasão da intimidade e privacidade. Os sentimentos que surgem muitas vezes contraditórios – exigência, complicação, dificuldade e gratificação); Preparação/ treino para o autocuidado (fator facilitador quando o CI é integrado no plano de cuidados, permitindo assim aumentar os seus conhecimentos, as suas capacidades e fomentar estratégias para lidar com situações que possam ocorrer ou até antecipá-las).

O EEER ostenta competências específicas para atuar nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e/ou incapacidades, surgindo com um papel ativo de forma a intervir sobre as mudanças e exigências que são projetadas no quotidiano dos utentes e família (Santos, et al., (2015); Diário da República, 2019). Acosta et al, (2018), vai ao encontro dos autores acima mencionados, quando refere que os enfermeiros são os profissionais que mais se envolvem no processo de transição do cuidado do hospital para o domicílio.

As transições hospital-casa bem-sucedidas permitem uma maior qualidade de serviços prestados, sendo possível envolver a família/CI no cuidado transicional ao utente, de forma a facilitar a reintegração na sociedade, nas suas profissões ou mesmo no apoio na mudança para cuidados paliativos e de fim de vida (OMS, 2018). No entanto, as transições dos cuidados hospitalares para outros contextos de saúde traduzem-se em momentos de fragilidade e insegurança para os utentes e famílias/CI como já foi referido anteriormente.

Em relação à continuidade de cuidados, os desafios e necessidades por mim levantadas passam por assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio; realização de transições bem-sucedidas (mestria do CI); envolver o CI no cuidado transicional (facilita a reintegração na sociedade); atuar perante o utente e o CI em momento de fragilidade e inseguranças; fomentar a troca de conhecimentos entre profissional de saúde e pessoa/CI; planejar e desenvolver de forma individualizada atividades de cuidados para alta de acordo com as necessidades do utente/CI.

O trabalho em conjunto do EEER com utente e o CI é elementar para que desta forma seja possível favorecer o desenvolvimento de cuidados, tomadas de decisão conscientes, promover autoestima e confiança, maximizar autonomia e independência evitando subcargas físicas e psicológicas, com o intuito de assegurar a continuidade de cuidados e aumentar a qualidade de vida de ambos.

4. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS - INTERVENÇÕES EEER

A reabilitação é uma intervenção ativa, com o objetivo de atingir a máxima funcionalidade e melhorar a qualidade de vida (Shirley, 2011).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Enfermeiro demonstra capacidade para ser um elo fundamental no cuidado transicional, na medida que é capaz de desenvolver práticas de qualidade, gerindo e contribuindo em programas de melhoria contínua. Garante um ambiente terapêutico e seguro de forma a prevenir incidentes e gerir o risco, salientando e promovendo a envolvência adequada ao bem-estar (Diário da República, 2019).

No entanto as competências específicas do EEER, conforme Diário da República (2019) é necessário que este, conceba, implemente e monitorize planos diferenciados. O seu nível elevado de conhecimentos e experiência permite-lhe tomar decisões referentes à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação de forma a maximizar o potencial da cada pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, tal como, proporcionam intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas.

Desta forma é da competência específica do EEER cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados (avaliando a funcionalidade de forma a diagnosticar limitações incapacitantes para realizar atividades, promove capacidades adaptativas nos processos de transição saúde/doença ou incapacidades de forma a implementar planos de intervenção, visando ao autocontrolo e autocuidado), tal como, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (visa adaptação às limitações da mobilidade através da implementação de programas de treino de atividade de vida diária, de forma a maximizar a autonomia e a qualidade de vida, envolvendo neste processo a pessoa/família) e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (implementação de programas de treino de

forma a potencializar o desenvolvimento e capacidades funcionais da pessoa) (Diário da República, 2019; Pedrosa, 2020).

O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem (O.E, 2018) constituem um instrumento que atua na promoção da melhoria de cuidados contínuos e sustenta uma reflexão do exercício profissional.

Desta forma, o regresso a casa em situações de dependência é crucial o envolvimento do cuidador informal no plano de cuidados procurando satisfazer as necessidades de ambos, atuando na prevenção de complicações, promovendo o bem-estar e o autocuidado (permitindo a participação e treino de ambos nas atividades de vida diária ainda no internamento) , tal como, fomentar a readaptação e reeducação funcional, facilitando a promoção da inclusão social (evitar o isolamento e exaustão), ou seja, é através da capacitação das competências do cuidador informal e utente, que permite a continuidade de cuidados e a melhoria da qualidade de vida na transição do hospital-casa (O.E, 2018).

Objetivos Gerais e Específicos

Para o desenvolvimento do tema proposto defini como objetivos gerais, tendo em conta as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER o seguinte:

- ✓ Desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista de reabilitação nas intervenções de cuidado transicional ao cuidador da pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- ✓ Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor, cardiorrespiratório e eliminação, promovendo a capacitação do cuidador na transição hospital-casa;

Como objetivos específicos, proponho-me atingir:

- 1- Desenvolver práticas de qualidade responsáveis através de um ambiente terapêutico, garantindo a defesa e o respeito pelos direitos humanos da pessoa e família nos diferentes contextos.

- 2- Fomentar oportunidades de aprendizagem que permitam autoconhecimento, com vista em estratégias para facilitar o relacionamento com a pessoa, cuidador e com a equipa interdisciplinar.
- 3- Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados especializados de reabilitação, com base nas necessidades/limitações/incapacidades das pessoas com alterações da função motora, cognitiva, sensorial, respiratória e eliminação, com o objetivo de potencializar autonomia, funcionalidade, autocuidado e a continuidade dos cuidados, envolvendo o cuidador, em qualquer contexto;
- 4- Identificar fatores inibidores e facilitadores para a capacitação do cuidador no cuidado transicional;
- 5- Implementar programas de treino de atividades de vida diária, exercícios terapêuticos, posicionamentos, para a promoção das capacidades à pessoa e cuidador sobre o cuidado transicional.

Os objetivos definidos para o projeto de estágio tiveram como linha orientadora o regulamento de competências comuns do EE e o regulamento de competências específicas do EEER, como referi anteriormente.

Neste sentido, para alcançar os respetivos objetivos propostos, delinee atividades e respetivos recursos necessários (apêndice I).

Uma vez que os objetivos definidos serão desenvolvidos nos dois contextos de estágio clínico, elaborei um cronograma do planeamento do Ensino Clínico com uma programação temporal, como guia orientadora para alcançar os mesmos. Foi integrado no mesmo cronograma a elaboração e entrega do relatório de estágio (apêndice II).

5. DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Os locais dos estágios curriculares têm uma vertente hospitalar e comunitária. O primeiro momento de estágio curricular está previsto num serviço hospitalar, no Serviço de XXXXXXXXXX no Centro Hospitalar XXXXXXXXXX que decorrerá de 27 de setembro de 2022 a 25 de novembro de 2022, o segundo momento, decorrerá na comunidade ACES XXXXXX.

Pretende-se que nos locais de estágio curricular sejam atingidos os objetivos propostos e desenvolvidas as atividades delineadas, articuladas com as intervenções do EEER no cuidado transicional ao cuidador da pessoa com acidente vascular cerebral: Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Não foi possível realizar entrevistas nos locais de estágios (por falta de confirmação de todos os locais de ensino clínico da turma) no entanto em anexo (III) apresento a entrevista que seria suposto realizar em cada local de estágio curricular. Pelos mesmos motivos em cima mencionados a descrição dos locais de ensino clínico também não foi possível realizar (não existindo informação suficiente e clara na pesquisa livre e Google Académico que permitam descrever os mesmos).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão narrativa da literatura deste projeto permitiu identificar necessidades acerca do tema eleito, sendo desta forma possível delinear objetivos gerais e específicos, planeando atividades e respetivos recursos necessários para que os mesmos sejam alcançados.

Posteriormente será realizado um estágio curricular (em dois contextos diferentes) onde serão executadas as respetivas atividades e elaborado um relatório de estágio onde estará explanado os resultados obtidos.

A realização deste projeto tem como finalidade promover a continuidade dos cuidados na transição hospital-casa, com vista na melhoria da qualidade de vida do cuidador informal e utente com AVC.

O cuidado transicional foca-se no cuidador informal da pessoa com AVC, sendo este o pilar do sucesso da reabilitação no domicílio. O CI tem de ser capaz em assumir o seu novo papel, de forma a potencializar as suas capacidades, arranjando estratégias para lidar com a nova condição, gerir emoções e adquirir novas competências para que seja possível assegurar a continuidade de cuidados na transição hospital-casa, contribuindo assim, para o alcance de resultados esperados no processo de reabilitação do utente com AVC.

Desta forma é crucial que o EEER através das suas competências e cuidados diferenciados potencialize as capacidades funcionais do utente com AVC e integre o cuidador informal neste processo, capacitando-o, para que desta forma seja possível prevenir complicações, promover o autocuidado e aumentar a independência/autonomia.

A elaboração deste projeto permitiu adquirir mais conhecimentos sobre o cuidado transicional e a importância que este representa para o utente e CI, no sentido de caminhar para uma enfermagem mais avançada que se centra no utente e família/CI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A., Câmara, C., Weber, L., & Fontenele, R. (2018). Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 12(12), 3190-7. DOI:10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018
- Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., Bruchem-Visser, R., Pompili, S., Kav, S., . . . Mattace-Raso, F. (2020). Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: qualitative research in four european countries, the trace project. *archives of gerontology and geriatrics*, 87(19), 103971. DOI:org/10.1016/j.archger.2019.103971
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.
- Baixinho, C., & Ferreira, Ó. (2019). Do hospital para a comunidade: a transição (in)segura. *Revista Baiana Enfermagem*, 33, 35797. DOI:10.18471/rbe.v33.35797
- Brito, R., Lins, C., Almeida, C., Neto, E., Araújo, D., & Franco, C. (2013). Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. *Revista Neurociencia*, 21(4), 593-599. DOI: 10.4181/RNC.2013.21.850.7p
- Camicia, M., Lutz, B., Kim, K., Harvath, T., Drake, C., & Joseph, P. (2019). Desenvolvimento de um instrumento para avaliar a prontidão dos cuidadores de AVC para o lar de transição. *Nursing Continuing Professional Development*, 45(5), 287-298. Disponível em: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1097/rnj.0000000000000204>
- Camicia, M., Lutz, B., & Joseph, J. (2021). Using the preparedness assessment for the transition home after stroke instrument to identify stroke caregiver concerns pre-discharge: uncertainty, anticipation, and cues to action. *Nursing Continuing Professional Development*, 46(1), 33-42.
- Chen, L., Chamberlain, D., & Xiao, L. (2020). Uma revisão integrativa: desafios e oportunidades para sobreviventes de AVC e cuidadores em cuidados de transição do hospital para casa. *Journal of Clinical Nursing*, 76, 2253-2265. DOI:10.1111/jan.14446

- Chen, L., Chamberlain, D., Xiao, L., & BBus, P. (2021). Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursinf*, 30, 2786–2807. DOI:10.1111/jocn.15807
- Decreto Regulamentar n.º 1/2022 (2022). *Estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas*. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 6/2022, Série I de 2022-01-10. ELI: <https://data.dre.pt/eli/decregul/1/2022/p/cons/19000102/pt/html>
- Dharma, K., & Rahayu, H. (2020). The effective post-stroke adaptation behavior model requires a family support system. *Enfermería Clínica*, 23(2022), 123-130.
- Godinho, N. (2020). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gomes, T., Viana, L., Martins, K., & Costa, K. (2016). Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 933-9. DOI:10.1590/0034-7167-2015-0064
- Gonçalves, J., Pereira, M., Capelo, J., Santos, J., Vilabril, F., & Jacinto, J. (2021). Acidente vascular cerebral: qual o impacto nos cuidadores informais? *Sinapse*®, 21(1), 23-32. DOI:10.46531/sinapse/AO/200046/2021
- Hospitalar, R. d. (15 de Novembro de 2012). Neurologia. *RRH NEUROLOGIA*, (pp. 4-68).
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Saúde em Portugal 2018 (Relatório de Estatística do INE, Lisboa)*. Acedido em: 2/05/2022. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_inst_infografia&INST=427164258&xpid=INE
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Tábuas de Mortalidade – NUTS II. Disponível em: https://ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=522483293&att_display=n&att_download=y
- Lin, S., Xiao, L., Chamberlain, D., Ullah, S., Wang, Y., Shen, Y., . . . Wu, M. (2021). Nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 2786–2807. DOI:10.1016/j.pec.2021.07.020
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. Springer Publishing Company.

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. DOI:10.1097/00012272-200009000-00006
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - contributo para um envelhecer resiliente*. Lusociências.
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., . . . Caso, V. (2018). Action plan for stroke in europe 2018-2030. *European Stroke Journal*, 3(4), 309-336. DOI:10.1177/2396987318808719
- Organização Mundial de Saúde, (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the who framework on integrated people-centred health services*. Disponível: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pedrosa R. (2021). *O cuidado transicional da pessoa adulta/idosa: o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. (dissertação mestrado, da Escola Superior Enfermagem de Lisboa). Repositório comum da Escola Superior Enfermagem de Lisboa.
- Portada. (2020). Eurostat | NU | Institutos nacionais de estatística, atualização a 2020-03-30. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Regulamento n.º 85/2019, publicado na 2.ª série – nº85 – 3 de maio 2019. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Assembleia da República. Portugal. 2019
- Regulamento n.º 140/2019, publicado na 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Assembleia da República. Portugal. 2019
- Sá, M. (2014). *Neurologia Clínica* (2ª ed.). Edições Univ. Fernando Pessoa.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, C., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributo das competências especializadas e linguagem classificada CIEPE. *Millenium*, 49, (153-171).

- Santos, J., Campos, C., & Martins, M. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 12-020. DOI:10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799
- Santos, J., Melo, E., Junior, J., Vasconcelos, N., Lima, M., & Damázio, L. (2017). Os efeitos da capacitação de enfermeiros sobre avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem UFPE ON-LINE*, 11(5), 1763-8. DOI:10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201702
- Silva, A., Teixeira, H., & Teixeira, M. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 792–803. DOI: 10.1111/scs.12019
- Silva, I., Neves, C., Vilela, A., Bastos, L., & Henriques, M. (2016). Viver e cuidar após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(8), 103-111. DOI:10.12707/RIV15047

APÊNDICES

Apêndice I - Tabelas dos domínios de competência, objetivos específicos, suas atividades e recursos

Objetivos Gerais:

- ✓ Desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista de reabilitação nas intervenções de cuidado transicional ao cuidador da pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- ✓ Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor, cardiorrespiratório e eliminação, promovendo a capacitação do cuidador na transição hospital-casa;

DOMINIO DE COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS

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

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

Competência J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Objetivos Específicos:	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
3- Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados especializados de reabilitação, com base nas necessidades/limitações/incapacidades das pessoas com alterações da função motora, cognitiva, sensorial, respiratória e eliminação, com o objetivo de potencializar autonomia, funcionalidade, autocuidado e a continuidade dos cuidados, envolvendo o cuidador, em qualquer contexto;	- Realização de colheita dados inicial dirigida à pessoa e consulta do processo clínico, de modo a identificar as necessidades/limitações/incapacidades. - Identificação através da colheita de dados da existência de cuidador informal ou rede de suporte social. - Avaliação e identificação das necessidades de intervenção, através da utilização de escalas e instrumentos de medida.	- Ter realização de colheita dados inicial dirigida à pessoa e consulta do processo clínico, de modo a identificar as necessidades/limitações/incapacidades, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter identificado através da colheita de dados da existência de cuidador informal ou rede de suporte social, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador.

	- Implementação planos de cuidados de reabilitação, com vista à otimização e/ou reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, respiratório e da eliminação. - Recomendação de produtos de apoio, como dispositivos de compensação, que cooperem para melhorar a funcionalidade da pessoa e facilitem a continuidade de cuidados no domicílio. - Avaliação e reformulação do plano de cuidados e respetivas intervenções implementadas tendo em conta os resultados ambicionados.	- Ter avaliação e identificado as necessidades de intervenção, através da utilização de escalas e instrumentos de medida, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter implementado planos de cuidados de reabilitação, com vista à otimização e/ou reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, respiratório e da eliminação, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter recomendado produtos de apoio, como dispositivos de compensação, que cooperem para melhorar a funcionalidade da pessoa e facilitem a continuidade de cuidados no domicílio, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter avaliado e reformulado plano de cuidados e respetivas intervenções implementadas tendo em conta os resultados ambicionados, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador.
--	--	---

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
5- Implementar programas de treino de atividades de vida diária, exercícios terapêuticos, posicionamentos, para a promoção das capacidades à pessoa e cuidador sobre o cuidado transicional.	- Demonstração e realização de treinos específicos de atividades de vida diária, utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) à pessoa e cuidador. - Supervisão na utilização de produtos de apoio da pessoa e cuidador. - Explicação dos benefícios dos exercícios terapêuticos (mobilizações), posicionamentos (posições básicas, correção postural). - Ensino e supervisão ao cuidador e pessoa a realizar atividades de vida diária (alimentação, eliminação, vestir/despir, autocuidado na higiene) exercícios terapêuticos (mobilizações) e posicionamentos (posições básicas, correção postural); - Investigação e aplicação do conhecimento sobre legislação, normas técnicas e produtos de apoio (locais e procedimentos para aquisição); - Obtenção de informação numa entrevista à pessoa e cuidador, sobre as barreiras arquitetónicas, restrições sociais e	- Ter demonstrado e realizado treinos específicos de atividades de vida diária, utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) à pessoa e cuidador, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter supervisionado a utilização de produtos de apoio da pessoa e cuidador, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter explicado os benefícios dos exercícios terapêuticos (mobilizações) e posicionamentos (posições básicas, correção postural), sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter ensinado e supervisionado o cuidador e pessoa a realizar atividades de vida diária (alimentação, eliminação, vestir/despir, autocuidado na higiene), exercícios terapêuticos (mobilizações) e posicionamentos (posições básicas, correção postural), sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter investigado e aplicado o conhecimento sobre legislação, normas técnicas

	económicas que possam dificultar o cuidado transicional. - Ensino à pessoa e cuidador de estratégias dirigidas à gestão/eliminação das barreiras arquitetónicas identificadas, diminuindo os fatores dificultadores na transição de cuidados hospital/casa. - Reformulação de programas de reabilitação, sempre que necessário, em conjunto com a pessoa e o cuidador; - Articulação com os vários níveis de cuidados de saúde e da comunidade para a otimização das intervenções planeadas (Telefone; email; Reuniões presenciais);	e produtos de apoio (locais e procedimentos para aquisição), sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter obtido informações através de uma entrevista à pessoa e cuidador, sobre as barreiras arquitetónicas, restrições sociais e económicas que possam dificultar o cuidado transicional, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter ensinado a pessoa e cuidador de estratégias dirigidas à gestão/eliminação das barreiras arquitetónicas identificadas, diminuindo os fatores dificultadores na transição de cuidados hospital/casa, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter reformulado programas de reabilitação, sempre que necessário, em conjunto com a pessoa e o cuidador, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter articulado com os vários níveis de cuidados de saúde e da comunidade para a otimização das intervenções planeadas (Telefone; email; Reuniões presenciais), sob a
--	---	---

		supervisão do orientador clínico e docente orientador.
Recursos	<u>Humanos:</u> EEER orientador; Docente Orientador; Equipe multidisciplinar; Pessoa e cuidador; <u>Físicos:</u> Hospital e USF; <u>Materiais:</u> Instrumento de colheita de dados; Processo clínico; Pesquisa bibliográfica; Produtos de apoio; Protocolos e normas do serviço; Protocolos, Normas do serviço; Legislação; CIPE; Padrões de qualidade dos cuidados de EEER; Plano de cuidados individualizados; Regulamento de competências comuns do EE e do EEER; Escalas e instrumentos de medida para avaliação funcional (MIF e MAF); Escalas de avaliação de força (<i>Medical Research Council</i>); Escala de espasticidade (Asworth), Índice de Barthel; Escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS); Escala GUSS (avaliação deglutição); Escala Bristol; <u>Temporal:</u> Cronograma;	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
4- Identificar fatores inibidores e facilitadores para a capacitação do cuidador no cuidado transicional;	- Identificação, através da colheita de dados, das principais necessidades e dúvidas do Cuidador Informal; - Utilização de comunicação eficaz na transmissão de informação clínica e ensinos, tendo especial atenção na comunicação verbal e não verbal do cuidado. - Informação, validação e esclarecimento de dúvidas (medicação, exames, sinais e sintomas, procedimentos relativos aos cuidados inerentes a pessoa com acidente vascular cerebral, entre outros), fornecendo material informativo de suporte; - Apoio e capacitação ao cuidador de estratégias facilitadoras na gestão da prestação dos seus cuidados, com vista na continuidade de cuidados no domicílio; - Identificação de recursos (pessoa/família/comunidade) que facilitem a inclusão social; - Elucidação do cuidador sobre a importância do seu próprio autocuidado, para evitar subcarga, ansiedade/gestão emocional	- Ter identificado através da colheita de dados, as principais necessidades e dúvidas do Cuidador Informal, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter utilizado uma comunicação eficaz na transmissão de informação clínica e ensinos, tendo especial atenção na comunicação verbal e não verbal do cuidado, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter informado, validado e esclarecido dúvidas (medicação, exames, sinais e sintomas, procedimentos relativos aos cuidados inerentes a pessoa com acidente vascular cerebral, entre outros), fornecendo documentos de suporte, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter apoiado e capacitado o cuidador de estratégias facilitadoras na gestão da prestação dos seus cuidados, com vista na continuidade de cuidados no domicílio, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter identificado recursos (pessoa/família/comunidade) que facilitem a

	encaminhando para outros profissionais sempre que necessário; - Promoção da participação em grupos de apoio, ajudas externas (comunidade) e conhecimento do estatuto cuidador informal; - Consulta de bibliografia sobre necessidades e papel do CI, exaustão do cuidador, questionário de avaliação do impacto físico, emocional e social do CI (QASCI), legislação e manuais de apoio ao cuidador e aplicação desse conhecimento;	inclusão social, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter elucidado o cuidador sobre a importância do seu próprio autocuidado, para evitar subcarga, ansiedade/gestão emocional encaminhando para outros profissionais sempre que necessário, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter promovido à participação em grupos de apoio, ajudas externas (comunidade) e conhecimento do estatuto cuidador informal, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter consultado bibliografia sobre necessidades e papel do CI, exaustão do cuidador, questionário de avaliação do impacto físico, emocional e social do CI (QASCI), legislação e manuais de apoio ao cuidador e aplicação desse conhecimento, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador.
--	---	--

Recursos	<u>Humanos:</u> EEER orientador; Docente Orientador; Equipa multidisciplinar; Pessoa e cuidador; <u>Físicos:</u> Hospital e USF; <u>Materiais:</u> Pesquisa bibliográfica; CIPEP; Produtos de apoio; Protocolos; Normas do serviço; Legislação; CIPE; Padrões de qualidade dos cuidados de EEER; Plano de cuidados individualizados; Regulamento de competências comuns do EE e do EEER; <u>Temporal:</u> Cronograma;
-----------------	---

A e B- DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Competência A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência B2 – Concebe, gere, e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Competência B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Objetivos Específicos:	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1 – Desenvolver práticas de qualidade responsáveis através de um ambiente terapêutico, garantindo a defesa e o respeito pelos direitos humanos da pessoa e família nos diferentes contextos.	- Integração na equipa interdisciplinar dos respetivos locais de estágio; - Desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa e cuidador. - Demonstração de uma prática de cuidados protetora dos direitos humanos. - Elaboração de registos de enfermagem completos, que traduzam os cuidados de reabilitação efetuados e que permitam a avaliação da qualidade desses mesmos cuidados. - Identificação de situações em que seja necessário referenciar para outros profissionais de saúde. - Priorizar/gestão de cuidados de reabilitação e recursos disponíveis de acordo com as diferentes situações de cuidados.	- Ter integrado na equipa interdisciplinar dos respetivos locais de estágio, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter desenvolvido de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa e cuidador, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter demonstrado uma prática de cuidados protetora dos direitos humanos, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter elaborado registos de enfermagem completos, que traduzam os cuidados de reabilitação efetuados e que permitam a avaliação da qualidade desses mesmos cuidados, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador.

	- Identificação dos principais fatores de risco que possam comprometer o bem-estar da pessoa ou cuidado (barreiras arquitetónicas, produtos de apoio); - Envolvimento da pessoa e seu familiar/cuidador na prevenção de fatores de risco ou prejudiciais para a pessoa;	- Ter identificado situações em que seja necessário referenciar para outros profissionais de saúde, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter priorizado/gerido cuidados de reabilitação e recursos disponíveis de acordo com as diferentes situações de cuidados, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter identificado os principais fatores de risco que possam comprometer o bem-estar da pessoa ou cuidado (barreiras arquitetónicas, produtos de apoio), sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter envolvido a pessoa e seu familiar/cuidador na prevenção de fatores de risco ou prejudiciais para a pessoa, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador.
Recursos	<u>Humanos:</u> EEER orientador; Docente Orientador; Equipa multidisciplinar; Pessoa e cuidador; <u>Físicos:</u> Hospital e USF; <u>Materiais:</u> Instrumentos de colheita de dados e de registos de enfermagem, Regulamento de competências comuns do EE e específicas do EEER; Normas e protocolos do serviço/ir ão; Código Deontológico; Diário da República (legislação reguladora para o exercício profissio	

	<u>Temporal:</u> Cronograma;
--	-------------------------------------

D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Objetivos Específicos:	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
2- Fomentar oportunidades de aprendizagem que permitam autoconhecimento, com vista em estratégias para facilitar o relacionamento com a pessoa, cuidador e com a equipa interdisciplinar.	- Reuniões informais com o EEER orientador e o docente orientador, com o intuito refletir sobre as diversas situações de cuidados existentes ao longo do estágio. - Solicitação de reação/feedback das suas intervenções e postura, respeitando e fundamentando divergências de opiniões; – Pesquisa e partilha com a equipa interdisciplinar da melhor evidência científica, na área da prestação de cuidados de reabilitação. – Realização de formação oportuna, de acordo com necessidades formativas dos contextos de estágio com respetiva avaliação de impacto.	- Ter reuniões informais com o EEER orientador e o docente orientador, com o intuito refletir sobre as diversas situações de cuidados existentes ao longo do estágio, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter solicitado reações/feedback das suas intervenções e postura, respeitando e fundamentando divergências de opiniões, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter pesquisado e partilhado com a equipa multidisciplinar da melhor evidência científica, na área da prestação de cuidados de reabilitação, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador. - Ter realizado formação oportuna, de acordo com necessidades formativas dos contextos de estágio com respetiva avaliação de impacto, sob a supervisão do orientador clínico e docente orientador.

Recursos	<u>Humanos:</u> EEER orientador; Docente Orientador; Equipa multidisciplinar; Pessoa e cuidador; <u>Físicos:</u> Hospital e USF; <u>Materiais:</u> Instrumentos de colheita de dados e de registos de enfermagem, Regulamento de competências comuns do EE e específicas do EEER; Normas e instrumentos do serviço/instituição; Suporte teórico da unidade curricular de supervisão clínica; Instrumentos de colheita de dados e de registos de enfermagem, Regulamento de competências comuns do EE e específicas do EEER; Normas e instrumentos do serviço/instituição; <u>Temporal:</u> Cronograma;
-----------------	--

Ano	2022					2023				
Mês	Setembro (dia27)	Outubro	Novembro (dia25) (dia28)		Dezembro (dia19)	Janeiro (dia2) (dia3)		Fevereiro (dia 10)		Março
						Férias de Natal				
USF										
Objetivo 1										
Objetivo 2										
Objetivo 3										
Objetivo 4										
Objetivo 5										
Objetivo 6										
Objetivo 7										
Objetivo 8										
Relatório de Estágio										Entrega de Relatório

Guião de Entrevista - Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Temas	Tópicos
Recursos Humanos	Número de enfermeiros a trabalhar? Quantos EEER? Rácio enfermeiro/utente? Horários de trabalho e turnos? Intervenção diária do EEER?
Recursos Físicos	Capacidade do serviço? Espaço destinado para programa de reabilitação? Equipamento disponível e material de ajudas técnicas? Material existente para formação?
Características dos Utentes	Media de idades dos utentes? Patologias mais comuns? Que tipo de apoio existe para CI? Que tipo de articulação existe entre EEER hospital e da comunidade? Tempo de permanência no serviço?
Intervenções EEER	Quais as áreas de intervenção do EEER mais frequentes? Registos de enfermagem (sistema utilizado/ registo específico EEER?) Envolvem a família/CI no processo de reabilitação? Existe plano de cuidados individual? Usam escalas de avaliação? Quais? Existe planos para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio? Quais? Que tipo de articulação existe com outros profissionais?
Projetos	Existe algum projeto de reabilitação implementado? Qual e quais os objetivos? Necessidades sentidas de formação?
Questões Pessoais	Gestão dos horários? Utilização de fardas?

Guião de Entrevista - UCC

Temas	Tópicos
Recursos Humanos	Número de enfermeiros a trabalhar? Quantos EEER? Rácio enfermeiro/utente? Horários de trabalho? Intervenção diária do EEER?
Recursos Físicos	Realizam domicílios? Frequência? Meio de transporte? Equipamento disponível e material de ajudas técnicas? Material existente para formação?
Características dos Utentes	Media de idades dos utentes? Patologias mais comuns? Que tipo de apoio existe para CI? Que tipo de articulação existe entre EEER hospital e da comunidade?
Intervenções EEER	Quais as áreas de intervenção do EEER mais frequentes? Registos de enfermagem (sistema utilizado/ registo específico EEER?) Existe plano de cuidados individual? Usam escalas de avaliação? Quais? Existe planos para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio? Quais?
Projetos	Existe algum projeto de reabilitação implementado? Qual e quais os objetivos? Necessidades sentidas de formação?
Questões Pessoais	Gestão dos horários? Utilização de fardas?

APÊNDICE II- ROTEIRO DE ENSINOS AO CUIDADOR INFORMAL

ROTEIRO DE ENSINOS

Objetivo Geral – Capacitar o cuidador informal promovendo um ambiente facilitador no processo de aquisição de competências através de formação clara e alinhada com as necessidades do utente;

Objetivos específicos	Atividades	Apto	Não Apto
Instruir o cuidador informal acerca da atividade alimentar-se de forma segura e adequada em relação seu familiar;	• Reunir previamente material necessário (dispositivos adaptados, mesa apoio);	x	
	• Posicionar-se corretamente na mesa;	x	
	• Membro superior afetado (esquerdo) sobe a mesa refeição;	x	
	• Incentiva a utilização do membro superior afetado (esquerdo) a participar no ato de se alimentar;	x	
	• Verificar cavidade oral após refeição (excluir acumulação de alimentos);	x	
	• Verificar a temperatura dos alimentos e utensílios;	x	
	• Dispor alimentos e utensílios de forma correta;	x	
Recursos	3º pessoa para supervisão; Utensílios adaptados; Mesa de apoio;		
Método	Explicativo; Interrogativo;		

Datas da realização da sessão de ensino:

Enfª _____

Objetivos específicos	Atividades	Apto	Não Apto
Instruir o cuidador informal acerca da atividade tomar banho, de forma segura e adequada em relação seu familiar;	• Reunir previamente o material necessário para banho;	x	
	• Piso ou material antiderrapante;	x	
	• Colocar banco como dispositivo auxiliar dentro da banheira;	x	
	• Transferir-se para o interior da banheira: ○ Entrar 1º membro inferior menos afetado (direito); ○ Sair 1º com membro afetado (esquerdo);	x	
	• Verificar previamente a temperatura da água (primeiro água fria depois quente);	x	
	• Abordagem da 3º pessoa pelo lado afetado;	x	
	• Durante o banho utilizar membro afetado para lavar o hemicorpo menos afetado;	x	
	• Suportar cotovelo do membro afetado durante o banho;	x	
	• Lavar membros inferiores com mãos entrelaçadas;	x	
	• Incentivar a alcançar os produtos de higiene;	x	
Recursos	Banco de banho; Piso/material antiderrapante; 3º pessoa para supervisão; Pisos do exterior seco; Barras de apoio ao nível adequado;		
Método	Explicativo; Interrogativo;		

Objetivos específicos	Atividades	Apto	Não Apto
Instruir o cuidador informal acerca da organização do domicílio de forma a se apresentar adequado e seguro para o seu familiar;	• Retirar os tapetes existentes;	x	
	• Providenciar uma boa iluminação nas diferentes divisões da casa;	x	
	• Organiza disposição de objetos mais utilizado de forma a ter maior acessibilidade;	x	
	• Requerer cuidados especiais aos animais de estimação;	x	
	• Evitar andar em pisos molhados	x	
Recursos	3º pessoa para supervisão;		
Método	Explicativo; Interrogativo;		

Datas da realização da sessão de ensino:

Enfª _____

Objetivos específicos	Atividades	Apto	Não Apto
Instruir o cuidador informal acerca da atividade vestir e despir de forma segura e adequada em relação seu familiar;	Despir parte superior do corpo (camisola/camisa)		
	• Colocar pés bem apoiados no solo;	x	
	• Membro afetado colocar sobre as pernas;	x	
	• Primeiro: retira a roupa pelo lado menos afetado (direita); • Segundo: retira-se o lado afetado (esquerda);	x	
	Vestir parte superior do corpo (camisola/camisa)		
	• Colocar a roupa sobre as pernas na posição correta para vestir;	x	
	• Incentivar ao relaxamento do braço afetado (esquerdo) e posiciona-lo sobre as pernas;	x	
	• Primeiro passo: A mão do lado menos afetada (direita) coloca a manga sobre o braço afetado (esquerda) e posteriormente puxar a manga até ao cotovelo; • Segundo passo: Colocar a manga do braço menos afetado (direito) ate ao cotovelo e por fim entra na cabeça.	x	
	Vestir parte inferior do corpo (calças/meias calças/saias)		
	• Cruzar as pernas (afetada fica por cima) e com a não menos afetado coloca a calça na perna afetada (esquerda);	x	
	• O calcanhar deve descer até estar em contacto com o solo;	x	
	• Colocar a calça na perna menos afetado (direita) e puxar as calças até ao joelho;	x	

	Calçar os sapatos e posteriormente levanta terminando a tarefa puxando a calça ate cima;	x	
Recursos	3º pessoa para supervisão; Roupa confortável e adapta (se necessário); Sapatos fechados e antiderrapantes; Eliminação de tapetes;		
Método	Explicativo; Interrogativo; Demonstrativo;		

Datas da realização da sessão de ensino:

Enfª _____

Referências Bibliográficas:

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - contributo para um envelhecer resiliente*. Lusociências.

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação conceitos práticos*. Lidel.

Trabalho realizado pela estudante Ana Mafalda Peixoto no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem em Lisboa, Serviço de XXXXXXXXXXXX – XXXXXXXXXXXXX, orientado pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação XXXX e pela docente Fátima Mendes Marques.

APÊNDICE III- Espelho Reedução dos Músculos da Face



Referências Bibliográficas:

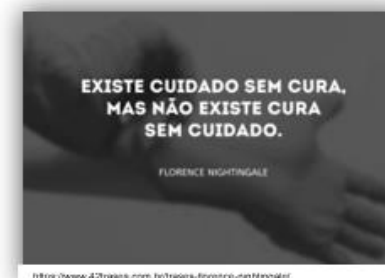
Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - contributo para um envelhecer resiliente*. Lusociências.

APÊNDICE IV- GUIA DE APOIO AO UTENTE E CUIDADOR INFORMAL



Fonte da imagem: <https://mpaiapositivo.com/isolado-do-cuidador-informal-dois-e-cuidar-e-a-ter-cuidado/>

Trabalho realizado pela estudante Ana Mafalda Peixoto no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem em Lisboa, Serviço de XXXXXXXXXXXX – XXXXXXXXXXXX, orientado pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação XXXX e pela docente Fátima Mendes Marques.



Índice

1- Ensinos e cuidado no autocuidado banho-----	4
2- Ensinos e cuidados no autocuidado vestir/despir -----	5
3- Ensinos e cuidados no autocuidado alimentação -----	6
4- Cuidados no domicílio -----	7
5- Exercícios	
5.1- Respiração – Controle da respiração-8	
5.2- Face – Fortalecimento dos músculos da face -----	8
5.3- Tronco -----	9
5.4- Membro Superior -----	9
5.5- Membro Inferior -----	12
5.6- Motricidade Fina -----	15
6- Contactos uteis -----	17

1- Ensinos no autocuidado banho



- Reunir previamente o material necessário;
- Sentar-se num banco;
- Verificar temperatura da água previamente;
- Optar pela utilização de esponja na mão afetada, lavando o hemicorpo menos afetado;
- Suportar o cotovelo do membro afetado durante o banho;
- Lavar os membros inferiores com as mãos entrelaçadas;

Cuidados:

- o Piso antiderrapante;
- o Barras de apoio ao nível da pessoa;
- o Utilização de banco para o banho;
- o Prateleiras com material de banho a nível adequado;

2- Ensinos no autocuidado vestir/despir

- Preparar previamente a roupa;
- Ter tempo para se vestir;
- Vestir primeiro o lado afetado;
- Despir primeiro o lado menos afetado;
- Calças: Cruzar membro inferior afetado sobre o membro menos afetado, vestir até ao joelho, segurar o membro menos afetado, calçar meias/sapatilhas, por fim fazer levantar e puxar calças para cima;



Cuidados:

- Incentivar a independência;
- Colocar a roupa por ordem de vestir na cadeira de um dia para o outro;
- Adaptar roupas e calçado (velcros, botões grandes, fechos, elásticos, entre outros).

- Utilizar se necessários produtos de apoio ou adaptações (calçadeiras, calça meias, adaptadores para fechos, abotoadores de botões, elásticos, entre outros).
- Optar por calçado e meias antiderrapantes;

3- Ensinos no autocuidado alimentação



- Preparar previamente material necessário;
- Refeição deve ocorrer numa mesa

adequada (dimensões);

- Membro superior afetado alinhado sob a mesa de refeições;
- Utilizar o membro afetado no ato de alimentar;
- Utilizar talheres adaptados;

Cuidados:

- Verificar previamente a temperatura dos alimentos e utensílios;

4- Cuidados no Domicílio

- Retirar tapetes;
- Boa iluminação;
- Objetos mais utilizados dispostos de forma segura e de fácil acesso;
- Atenção aos animais de estimação;
- Evitar pisos molhados



Fonte da imagem: <https://www.acaa.org.br/jornalismo-e-familiares/vida-apos-avc/rotina-no-pos-avc/adaptacao-da-casa-apos-o-avc>

5- Exercícios

Realização dos exercícios: 2 séries e 10 repetições
3 vezes dia

5.1- Respiração

- Controlar a respiração, inspirar pelo nariz e expirar pela boca.



5.2- Face



5.1- Tronco

Rotação lateral do tronco



- Sentado com os pés apoiados no chão e alinhados, segurar uma bola com os braços esticados e alinhados rodando os mesmos para um lado e para o outro.



5.7- Membros Superiores

Automobilizações



- Entrelaçar os dedos (polegar afetado sob o polegar menos afetado)

- Levantar os braços acima da cabeça;



- Rolar as mãos de um lado para o outro (sob a mesa por exemplo);

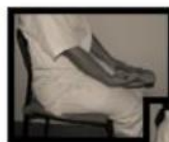


Flexão/extensão e Oponência dos dedos

- Alternadamente e individualmente mobilizar cada dedo de ambas as mãos:
 - Levar dedo à palma da mão;
 - Esticar dedo para trás conforme tolerância;
 - Unir cada dedo com o polgar;



Flexão e extensão do cotovelo



- Colocar um peso (conforme tolerância) na mão e alterar movimentos de estender e fletir o cotovelo (ambos os membros superiores).

5.3- Membros Inferiores

Ponte

- Deitada na cama de barriga para cima, braços alinhados ao longo do corpo, joelhos fletidos e pés bem apoiados;
- Subir a bacia (permanecer uns minutos nessa posição) e posteriormente descer lentamente;



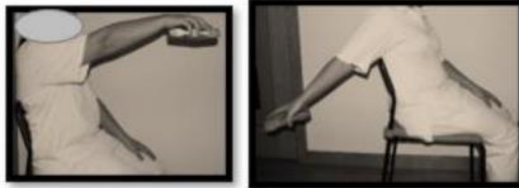
Adução e Abdução da anca



- Em posição de pé, com pés bem apoiados do chão, afastar uma perna alternadamente e retornar posição inicial.

Flexão e extensão do ombro

- Alternadamente elevar o braço para frente e para trás com um peso na mão (conforme tolerância e em ambos os membros superiores);



Adução e abdução do ombro

- Abrir e fechar o braço com um peso na mão (conforme tolerância) alternadamente (ambos os membros superiores);



Flexão da anca e joelho



- Sentada na cadeira, pés bem apoiados no chão, braços apoiados da cadeira;
- Elevar o joelho;

Flexão e Extensão da anca (com joelho em extensão e flexão)

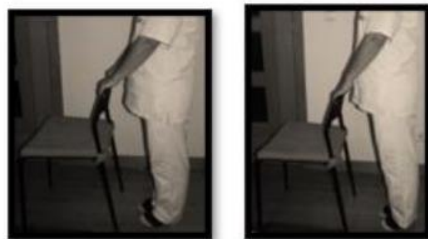


- Posicionar-se em pé com pés alinhados, direcionar a perna para frente;
- Em pé, com os pés alinhados direcionar a perna para trás, sem dobrar os joelhos;



Flexão e Extensão do pé

- Posicionar-se em pé, com pés alinhados e bem apoiados no chão (apoiada numa cadeira) colocar-se em "bicos de pé" durante uns segundo e voltar a posição inicial.



5.4- Exercícios de Motricidade fina



Apanhar /amassar o papel;



- Juntar massas e feijões num recipiente e posteriormente e retirá-las uma a uma;



- Pegar individualmente cada lego e posteriormente fazer construções;

6- Contactos uteis

• Centros de Reabilitação Nacionais

Algarve e Sul

Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul (CMR Sul)

t: 289 840 700

e: info.cmrsul@cmfrsul.min-saude.pt

w: www.cmfrsul.min-saude.pt

• INR, I.P. – Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.

t: 215 952 770

e: inr@inr.mtsss.pt

w: www.inr.pt

• Portugal AVC

(PT.AVC – União de Sobreviventes, Familiares e Amigos)

w: www.portugalavc.pt

e: info@portugalavc.pt

t: 928 060 600

• Apoio Psicológico

Linha de Aconselhamento Psicológico SNS24

t: 808 242 424 (opção "Aconselhamento Psicológico")

Página da Ordem dos Psicólogos Portugueses

w: www.encontreumasaída.pt

• Balcão da Inclusão

Centros Distritais da Segurança Social /ou

Instituto Nacional para a Reabilitação

t: 215 929 500

e: balcaodainclusao@inr.mtsss.pt

Bibliografia

- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - contributo para um envelhecer resiliente*. Lusociências
- Pt.AVC – União de sobreviventes, familiares e amigos. (2021). *AVC E AGORA? – Guia do sobrevivente e do cuidador (4ª)*. Portugal AVC.

Fotografias da autora e da respetiva bibliografia citadas

APÊNDICE V- Documento Orientador de Recolha de Dados e Avaliação

Guia orientador da recolha de dados e avaliações

Data admissão:

Nome completo:

Idade:

Dados gerais		Observações
Diagnostico clínico		
Data de admissão		
Familiar de referência		
Centro de saúde		
Contacto telefónico referencia		
Medico de família		
Enfermeira de família		
Antecedentes pessoais		
Medicação habitual		
Alergias		
Contacto		

Resumo da história clínica / limitações	
--	--

Avaliação socie-familiar	
Condições habitacionais:	
Dispositivos de apoio existente	
Barreiras arquitetónicas	

Exame físico:		
Respiração: inspeção estática do tórax inspeção dinâmica do tórax palpação auscultação pulmonar reflexo de tosse		
Circulação e dor: tensão arterial/frequência cardíaca/ temperatura dor		

Data da avaliação: