



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Cláudia Lucinda Gonçalves Sacramento

PROMOÇÃO DO
AUTOUIDADO HIGIENE E
VESTUÁRIO NA PESSOA
COM AVC ISQUÉMICO –
PROJETO DE MELHORIA
CONTÍNUA

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO HIGIENE E
VESTUÁRIO NA PESSOA COM AVC ISQUÉMICO
– PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA –**

Trabalho Projeto

Cláudia Lucinda Gonçalves Sacramento

Trabalho de Projeto apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Reabilitação, sob orientação da Mestre Especialista Maria Loureiro

Oliveira de Azeméis | 2024

“A estratégia sem tática é o caminho mais lento para a vitória. Tática sem estratégia é ruído antes da derrota”

Sun Tzu

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projeto de melhoria contínua contou com o apoio e incentivo de pessoas bastante importantes, sem as quais não teria sido possível chegar ao fim desta etapa.

À minha orientadora, que sempre se mostrou disponível para me apoiar neste meu percurso acadêmico, tendo sido importante para a conclusão deste ciclo.

À enfermeira gestora da unidade de AVC, onde o projeto foi aplicado, pela disponibilidade e incentivo que sempre me endereçou. Aos colegas especialistas que abraçaram este projeto com muita dedicação e empenho, sem os quais não seria possível avançar no projeto.

À minha família, o meu porto de abrigo, que sempre me apoiou nos momentos mais difíceis onde tudo parecia impossível.

À minha família dedico este trabalho!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

SNS – Serviço Nacional de Saúde

EEER - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

OMS – Organização Mundial de Saúde

AVD's – Atividades de Vida Diárias

AVC – Acidente Vascular Cerebral

NIHSS – National institutes of health stroke scale

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

Nº – Número

PMcq – Programa de Melhoria Contínua da Qualidade

OE – Ordem dos Enfermeiros

OCSP – Oxfordshire Community Stroke

TACI – Total Anterior Circulation Infarction

PACI – Partial Anterior Circulation Infarction

POCI – Posterior Circulation Infarction

LACI – Lacunar Infarction

PDCA – Plan, Do, Check and Act

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PMcq – Projeto de Melhoria Continua da Qualidade em Enfermagem

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral constituiu umas das principais causas de dependência na pessoa, tendo um impacto negativo na sua vida. Pode alterar a capacidade da pessoa para a realização das suas atividades de vida diária, incluindo o autocuidado.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume, um papel fundamental na compreensão do potencial individual da pessoa e na efetividade da promoção do seu autocuidado.

No sentido de aprofundar as necessidades na área do autocuidado num hospital da região norte, numa unidade de AVC, foi realizada uma auditoria interna, através da avaliação do autocuidado à pessoa que sofreu AVC. Foram identificados os autocuidados onde a recuperação se mostrou mais contida. De forma a otimizar a resposta de cuidados selecionou-se 2 desses autocuidados: higiene e vestuário.

Foi seguida a metodologia utilizada nos projetos de melhoria contínua da qualidade, baseado no ciclo de Deming, seguindo as etapas de Heather Palmer. A construção do projeto obedeceu às recomendações definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Definiu-se como intervenção para este projeto, a realização de um programa de reabilitação que visasse a promoção do autocuidado higiene e vestuário.

O objetivo principal visou a sistematização das práticas de enfermagem de reabilitação na área do autocuidado higiene e vestuário na pessoa afetada por um AVC isquémico.

A aplicação do programa durou 4 meses e contou com a colaboração da equipa de enfermeiros especialistas do serviço. No total participaram no programa dezasseis doentes.

Os resultados obtidos foram favoráveis tendo se observado uma evolução positiva na recuperação da independência para o autocuidado higiene e vestuário. Relativamente ao uso de estratégias adaptativas para os dois autocuidados constatou-se, igualmente, uma melhoria dos resultados.

Considera-se que este projeto contribuiu para o incremento de qualidade assistencial no local onde foi aplicado, e que os resultados demonstraram melhoria. Pretende-se que o projeto possa ser replicado noutros contextos.

Palavras-chave: Qualidade, Enfermagem em reabilitação, Autocuidado, Acidente Vascular Cerebral

ABSTRACT

Stroke is one of the main causes of dependency and it has a negative impact on people's lives. It can change a person's ability to carry out their daily activities living, including self-care.

The nurse specialising in rehabilitation nursing plays a fundamental role in understanding the person's individual potential and in effectively promoting self-care.

In order to analyse the needs in the area of self-care in a hospital in the northern region, in a stroke unit, an internal audit was carried out by assessing the self-care of people who have suffered a stroke. The self-care areas where recovery was most limited were identified. In order to optimise the care response, two of these self-care tasks were selected: hygiene and clothing.

The methodology used in continuous quality improvement projects was followed, based on the Deming cycle, following Heather Palmer's steps. The construction of the project complied with the recommendations defined by the Order of Nurses. The intervention defined for this project was to carry out a rehabilitation programme aimed at promoting self-care in terms of hygiene and clothing.

The main objective was to systematise rehabilitation nursing practices in the area of self-care for hygiene and clothing in people affected by an ischaemic stroke.

The programme lasted four months and involved the collaboration of the department's team of specialist nurses. A total of sixteen patients took part in the programme.

The results were favourable, with a positive evolution in the recovery of independence for self-care, hygiene and clothing. There was also an improvement in the use of adaptive strategies for both self-care activities.

It is considered that this project has contributed to increasing the quality of care in the place where it was implemented, and that the results have shown improvement. It is hoped that the project can be replicated in other contexts.

Keywords: Quality, Rehabilitation nursing, Self-care, Stroke

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Critérios OCSP para o AVC Isquémico	24
Tabela 2: Apresentação dos indicadores do programa de ER	38
Tabela 3: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 1	41
Tabela 4: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 1 (continuação).....	42
Tabela 5: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 2	43
Tabela 6: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 3	44
Tabela 7: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 3 (continuação).....	45
Tabela 8: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 4	46
Tabela 9: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 5	47
Tabela 10: Apresentação dos materiais existentes e adquiridos para o programa	49
Tabela 11: Caracterização da equipa de EEER	50
Tabela 12: Número de horas semanais da ER	50
Tabela 13: Caracterização dos doentes incluídos no programa	51
Tabela 14: Caracterização dos doentes incluídos no programa (continuação).....	52
Tabela 15: Análise das metas definidas para o projeto – Indicadores de estrutura	57
Tabela 16: Análise das metas definidas para o projeto – Indicadores de processo	58
Tabela 17: Análise das metas definidas para o projeto – Indicadores de resultado	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo PDCA.	31
Figura 2: Fluxograma de ação.	35
Figura 3: Diagrama de causa e efeito	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultados: diagnóstico Autocuidado higiene dependente.....	53
Gráfico 2: Resultados: diagnóstico Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas no autocuidado: higiene	54
Gráfico 3 : Resultados: diagnóstico Autocuidado vestuário dependente.....	55
Gráfico 4: Resultados: diagnóstico Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas no autocuidado: vestuário	56
Gráfico 5: Distribuição da prevalência dos níveis do programa	57

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
1. Fundamentação/enquadramento teórico	23
1.1. Acidente Vascular Cerebral.....	23
1.2. Impacto do AVC na vida da pessoa – Implicações para o autocuidado.....	26
1.3. Importância do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação no cuidado à pessoa com dependência no autocuidado.....	27
2. FINALIDADE E OBJETIVOS	29
3. METODOLOGIA	31
3.1. Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade em Enfermagem.....	31
3.2. Desenho do estudo	34
3.3. Considerações éticas.....	48
4. RESULTADOS	49
5. DISCUSSÃO	61
6. CONCLUSÃO	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	73
APÊNDICE I: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	75
APÊNDICE II: CONSENTIMENTO INFORMADO	77
APÊNDICE III: FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	80

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Pretende-se desenvolver um trabalho de projeto de melhoria continua na área de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, mais especificamente à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico.

O AVC representa a segunda causa de morte no mundo (Organização Mundial de Saúde, 2020) e uma das principais causas de morte em Portugal (Sistema Nacional de Saúde, 2019). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2022 as patologias do aparelho circulatório foram as causadoras do maior número de mortes em Portugal, com um registo de 32 996 óbitos. Destas, o INE (2022) salienta o número de óbitos por AVC (9 616).

Para além da elevada mortalidade, o AVC tem um impacto negativo na vida da pessoa pois pode resultar em dependência e invalidez privando, deste modo, a pessoa de qualidade de vida (Pereira et al., 2022). A dependência funcional que afeta a pessoa altera muitas vezes a capacidade que a mesma tem de realizar as suas atividades de vida diária (AVD's), estando muitas vezes comprometido o seu próprio autocuidado.

O profissional de enfermagem, mais especificamente o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume neste ponto, um papel fundamental, pois este atua na compreensão do potencial individual da pessoa e na efetividade da promoção do seu autocuidado, conduzindo a ganhos em saúde. O AVC pode provocar alterações físicas e psíquicas importantes na pessoa, como são exemplo a hemiplegia, o neglect, o desequilíbrio, alterações do humor, sendo estes muitas vezes sintomas que irão condicionar a capacidade da pessoa para o autocuidado (Ferro et. al., 2016).

As competências específicas da Enfermagem de Reabilitação elencam aspetos de resposta às necessidades das pessoas com afeção neurológica sobretudo no que diz respeito à alteração na capacidade de a pessoa executar as suas próprias AVD's. De acordo com o regulamento n.392/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019) faz parte das competências específicas do EEER: avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's, identificar fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's no contexto de vida da pessoa, bem como ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito dos programas

definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos.

O dever de contribuir para a melhoria contínua da qualidade expresso também no core de competências comuns dos enfermeiros especialistas, fez considerar o projeto de melhoria contínua uma metodologia adequada a encetar.

O trabalho apresentado desenvolveu-se num hospital da zona norte, sendo este uma instituição pública que serve uma população de cerca de 330000 utentes, tendo resposta direcionada para pessoas vítimas de AVC. Em 2022, na unidade de AVC do referido hospital foram internados com diagnóstico de AVC 937 pessoas. Esta casuística é comparável com outras realidades portuguesas e internacionais, como descrito nos diferentes relatórios de saúde, fazendo assim, sentido perceber o impacto nos diferentes autocuidados desta transição saúde/doença e intervenção do EEER. Neste contexto tentou-se perceber quais os autocuidados onde a reabilitação era de mais difícil recuperação.

Assim, considerando o perfil de competências do EEER, considerou-se pertinente perceber as causas desta evolução menos marcada dos autocuidados, considerando a sua importância para as pessoas cuidadas, numa ótica de melhoria também de autoestima, autoconfiança e autoimagem e consequentemente da qualidade de vida (Fonseca et al, 2020).

Atendendo à análise apresentada e dada a importância do tema para melhorar a qualidade de vida da pessoa que apresenta alterações do autocuidado decorrente do AVC, foi considerado de fulcral importância desenvolver esta área de intervenção do EEER, através da promoção do autocuidado da pessoa com a AVC, mais concretamente nas áreas de maior dificuldade em reabilitar. De forma a otimizar a resposta de cuidados optou-se por selecionar dois dos autocuidados apresentados como mais dificilmente reabilitáveis, nomeadamente a higiene e o vestuário.

Considerando o problema identificado considerou-se que a melhor estratégia a seguir seria a construção de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade (PMCCQ), cujo objetivo era a sistematização das práticas de EEER na área do autocuidado com a criação de um programa de reabilitação estruturado com vista à promoção do autocuidado higiene e vestuário da pessoa que sofreu um AVC isquémico, internada na unidade de AVC do Hospital da zona norte.

Foram determinados alguns objetivos específicos, nomeadamente aumentar a taxa de efetividade diagnóstica relacionadas com o autocuidado higiene e vestuário, implementar um programa de enfermagem de reabilitação dirigido à pessoa com limitações no

autocuidado higiene e vestuário, aumentar a taxa de melhoria do status de diagnóstico do autocuidado higiene e vestuário e aumentar a taxa de resolução diagnóstica no autocuidado higiene e vestuário.

A metodologia utilizada teve por base as linhas orientadoras expressas no “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros (2013). Para a conceção deste projeto foi necessária a realização de uma pesquisa bibliográfica, que permitisse fundamentar eficazmente o trabalho realizado, de modo a aprofundar os conceitos necessários para o desenvolvimento do mesmo.

O presente projeto está organizado em quatro partes, na primeira parte é apresentado o enquadramento teórico, na segunda parte faz-se a exposição da metodologia utilizada para a execução do trabalho, na terceira parte são apresentados os resultados do programa e, por fim, na quarta parte é desenvolvida uma breve discussão dos resultados apresentados.

1. Fundamentação/enquadramento teórico

A apresentação do enquadramento teórico do presente projeto está subdividida em diferentes itens, sendo iniciada com uma abordagem à patologia do AVC, com ênfase para a problemática que a mesma representa para a sociedade. Posteriormente será realizada uma análise das implicações na vida da pessoa com alterações do autocuidado, bem como do papel desempenhado pelo EEER para ultrapassar essa limitação

1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC é uma doença de origem súbita que afeta uma zona localizada do encéfalo, resultando sintomas e sinais deficitários causados pela perda da função da área atingida (Ferro et.al, 2016). No mesmo sentido a Direção Geral de Saúde (2017), define AVC como um déficit neurológico súbito, motivado por isquemia ou hemorragia cerebral.

Tipos e Classificações do AVC

Os acidentes vasculares cerebrais constituem uma das afeções neurológicas agudas mais comuns, sendo uma das patologias que causa um maior número de internamentos em unidades hospitalares (Ferro et.al., 2016). Segundo o mecanismo fisiopatológico que causa o AVC o mesmo pode ser classificado como AVC hemorrágico ou isquêmico.

O AVC hemorrágico define-se como a rotura de uma artéria cerebral que tem como consequência hemorragia, acarretando alterações neurológicas. Os AVC hemorrágicos podem ser intracerebrais, no caso de a hemorragia ocorrer no parênquima cerebral, subaracnoídeos, se o sangramento acontecer no espaço subaracnoídeo ou intraventricular se ocorrer no interior dos ventrículos (Ferro et.al.,2016).

O AVC isquêmico é definido como uma disfunção neurológica motivada por isquemia cerebral, geralmente a mesma deve-se à existência de estenose ou oclusão de uma artéria responsável pela irrigação de uma determinada área cerebral. Esta situação tem como consequência uma irrigação insuficiente ou eventualmente uma interrupção do abastecimento sanguíneo dessa região, originando distúrbios localizados das funções cerebrais (Silva, 2017).

Do ponto de vista fisiopatológico, o AVC isquémico pode ser dividido em dois tipos de mecanismos. Pode ser classificado como embólico, se a isquemia que ocorre se deve a uma oclusão provocada pelo deslocamento de um êmbolo com origem numa parte do organismo, podendo esta situação dever-se a um quadro de fibrilhação auricular, enfarte agudo do miocárdio recente, valvulopatias, coágulos sanguíneos, fragmentos de placas ateromatosas, vegetações lipídicas ou ar. É denominado como trombótico quando se verificam lesões ateromatosas nas artérias cerebrais, provocando uma obstrução ou oclusão da artéria. (Silva, 2017).

Em complementaridade com a classificação anteriormente apresentada, o AVC isquémico também pode ser classificado de acordo com a distribuição arterial e localização. De seguida será apresentada uma tabela onde se explora a classificação de acordo com os critérios do Oxfordshire Community Stroke Project - OCSP (Bamford et al., 1991).

Classificação do AVC - OCSP	Défices neurológicos
TACI (Total Anterior Circulation Infarction) – AVC cortical de grandes dimensões em regiões da artéria média ou anterior	Intenso défice neurológico, com alterações das funções corticais (afasia, agnosia, alterações visuo-espaciais, disgrafia, discalculia); Hemianópsia homónima; Défice motor e/ou sensitivo ipsilateral em pelo menos 2 segmentos corporais (face, membro superior, membro inferior).
PACI (Partial Anterior Circulation Infarction) – AVC cortical em regiões da artéria média ou anterior	Défice neurológico moderado, com alterações das funções corticais isoladamente ou défice motor e/ou sensitivo mais restrito; Dois dos três critérios do TACI.
POCI (Posterior Circulation Infarction)	Um dos seguintes critérios: Síndrome do cerebelo ou do tronco; Perda de consciência; Hemianópsia homónima.
LACI (Lacunar Infarction)	Enfarte mais pequeno, sem alteração das funções corticais nem hemianópsia; Pode manifestar-se por um síndrome motor puro, síndrome sensorial puro, ou um défice simultaneamente motor e sensitivo puro, hemiparesia-ataxia e disartria.

Tabela 1. Critérios OCSP para o AVC Isquémico (Bamford et al., 1991)

Incidência e Prevalência do AVC

O aumento da esperança média de vida tornou-se nos últimos anos um facto a nível mundial. De acordo com o INE, em 2022 as patologias do aparelho circulatório foram as causadoras do maior número de mortes em Portugal, com um registo de 32.996 óbitos. Destas, o INE (2022) salienta o número de óbitos por AVC (9616).

De acordo com algumas estimativas seis pessoas por hora sofrem um AVC em Portugal, resultando em cerca de dois a três óbitos (Sousa-Uva e Dias, 2014).

O AVC representa a segunda causa de morte no mundo (Organização Mundial de Saúde, 2020) e uma das principais causas de morte em Portugal (Sistema Nacional de Saúde, 2019), constituindo uma das principais causas de comorbilidades físicas e psicológicas que altera de forma significativa a vida da pessoa lesada.

A prevalência do AVC torna-se mais acentuada nos casos em que se verifica a presença de um maior número de fatores de risco vasculares (Ferro et. al., 2016, pág. 43). Segundo o mesmo autor:

“os fatores de risco vascular são características desigualmente distribuídas entre os indivíduos de uma população, que aumentam o risco individual de se vir a sofrer de um AVC”.

Os fatores de risco podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis, tendo por base a existência ou não de intervenções eficazes para os controlar. Os não modificáveis são por exemplo a idade, o género, etnia, entre outros, os fatores não modificáveis incluem a hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, hiperlipidemia, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, entre outros. (Ferro et. al., 2016)

Manifestações Clínicas Decorrentes do AVC

As manifestações clínicas do AVC podem variar tendo em conta o território vascular afetado, a lateralidade hemisférica e a existência de fatores de risco vasculares (Ferro et.al., 2016).

Tal como foi referido acima as manifestações clínicas do AVC variam de acordo com o território cerebral afetado, o que implica a existência de diferentes alterações neurológicas. No sentido de mensurar as diferentes manifestações neurológicas existentes num indivíduo que sofreu um AVC são utilizados alguns instrumentos de avaliação, sendo muito frequente a utilização da escala National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).

A escala NIHSS foi desenvolvida antes de 1989, por investigadores americanos da University of Cincinnati Stroke Center, como instrumento de investigação e encontra-se validada para a língua portuguesa (Brot et.al, 1989 e Caneda et.al., 2006). A NIHSS é uma escala padrão, simples de utilizar, rápida (5-8 minutos), fiável com Coeficiente Alpha de Cronbach = 0,92 (Caneda et.al., 2006), segura, quantitativa, usada para quantificar os défices neurológicos provocados pelo AVC. Esta escala pode ser utilizada tanto no AVC isquémico como no AVC hemorrágico (Basagni et.al., 2021).

A escala supracitada é constituída por onze itens que avaliam os principais domínios da incapacidade relacionados com o AVC, nomeadamente, nível de consciência, anomalias do olhar, alterações dos campos visuais, parésia facial, parésia dos membros superiores e inferiores, existência de ataxia dos membros, défices sensoriais, afasia, disartria e extinção e desatenção (Basagni, et al, 2021). De acordo com o mesmo autor os resultados obtidos através da NIHSS podem variar entre 0 a 42 pontos, sendo que o score de 0 representa a inexistência de défices neurológico e 42 representa um comprometimento severo a nível neurológico.

1.2. IMPACTO DO AVC NA VIDA DA PESSOA – IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

O AVC tem um impacto negativo na vida da pessoa pois pode resultar em dependência e invalidez, privando, deste modo a pessoa de qualidade de vida (Pereira et al., 2022). A dependência funcional que afeta a pessoa altera muitas vezes a capacidade que a mesma tem de realizar as suas AVD's, estando muitas vezes comprometido o seu próprio autocuidado.

A Internacional Council of Nurses (2019, p.42) descreve autocuidado como uma:

“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

Para compreender melhor a importância do autocuidado como foco da ação dos enfermeiros, é obrigatório fazer referência a Dorothea Orem, que desenvolveu a teoria do autocuidado.

Orem (2001) parte do pressuposto que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar, possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida, sendo este denominado de agente de autocuidado. No entanto, existem momentos em que a

necessidade de autocuidado ultrapassa a capacidade para o concretizar, verificando-se desvios de saúde, tornando-se necessário ajuda de terceiros, é neste enquadramento que o enfermeiro se assume como agente terapêutico (McEwen et. al, 2015).

Este referencial teórico oferece também uma base compreensiva e sustentadora para a prática dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, na medida em que impulsiona, no âmbito do autocuidado, a evolução intencional de um sistema totalmente compensatório, para parcialmente compensatório e, por fim, de apoio-educação (Silva et.al., 2020).

1.3. IMPORTÂNCIA DO EEER NO CUIDADO À PESSOA COM DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Vivenciar uma transição de saúde-doença, como acontece na pessoa que sofreu um AVC, conduz à necessidade de dar resposta às mudanças pela doença desencadeadas, de modo a que as soluções encontradas favoreçam uma adaptação à nova condição da pessoa. Para tal, é fundamental o desenvolvimento de novas competências, obtidas através da aquisição de conhecimentos e capacidades (Queirós, 2017). No sentido de dar resposta a estas necessidades surge o EEER, que tem uma importância primordial na intervenção à pessoa com AVC pois facilita a vivência do processo de transição desta e da sua família, permitindo a adaptação à sua situação de doença e dependência (Vieira et.al., 2016).

O EEER tem como objetivo potenciar as capacidades funcionais da pessoa com deficiência ou incapacidade, aspirando minimizar o impacto na vida da pessoa e prevenindo possíveis complicações inerentes à sua situação (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O principal papel do EEER assenta na assistência à pessoa com incapacidade ou doença crônica, com o objetivo de obter ou manter o máximo das suas capacidades funcionais (Santos, 2021).

De acordo com a regulamentação estabelecida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) o EEER tem competências específicas que respondem a estas necessidades de cuidados, dado que define que o EEER (OE, 2019): avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's, identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's no contexto de vida da pessoa, bem como ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos.

O EEER assume, por isso um papel fundamental na compreensão do potencial individual da pessoa e na efetividade da promoção do seu autocuidado, conduzindo a ganhos em saúde.

2. Finalidade e objetivos

Perante a problemática identificada considerou-se que a melhor estratégia a seguir seria a construção de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade (OMCQ) dos cuidados de enfermagem, cujo objetivo principal consistiu na sistematização das práticas de EEER na área do autocuidado, com a criação de um programa de reabilitação estruturado com vista à promoção do autocuidado higiene e vestuário da pessoa que sofreu um AVC isquémico, internada na unidade de AVC do Hospital da zona norte.

Foram determinados os seguintes objetivos específicos:

- Aumentar a taxa de efetividade diagnóstica relacionadas com o autocuidado higiene e vestuário;
- Implementar um programa de enfermagem de reabilitação dirigido à pessoa com limitações no autocuidado higiene e vestuário;
- Aumentar a taxa de melhoria do status de diagnóstico do autocuidado higiene e vestuário
- Aumentar a taxa de resolução diagnóstica no autocuidado higiene e vestuário;

Foram identificados os diagnósticos de enfermagem de reabilitação a que se pretendeu dar resposta com o presente projeto, sendo que a mensuração dos mesmos tiveram por base os dados do aplicativo informático SClinico.

Diagnósticos de enfermagem:

- Autocuidado higiene dependente
- Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas no autocuidado: higiene
- Autocuidado vestuário dependente
- Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas no autocuidado: vestuário

3. Metodologia

O presente trabalho seguiu a metodologia utilizada nos Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade em Enfermagem (PMQCE), baseada no ciclo de Deming, seguindo as etapas de Heather Palmer. A construção do projeto obedeceu às recomendações definidas pela OE (2013).

A conceção do projeto seguiu o roteiro, definido pela OE (2013), para a realização de PMQCE, como descrito na figura 1. Para todo o processo tornou-se essencial a procura da melhor evidência científica existente acerca da temática apresentada.

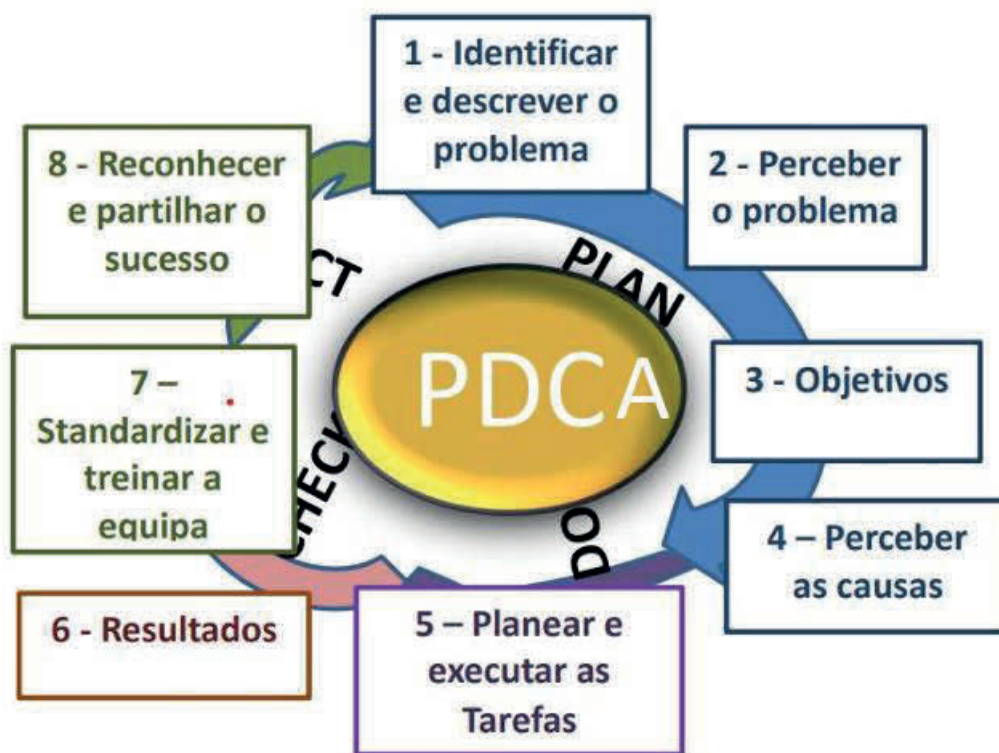


Figura 1. Modelo PDCA (adaptado da Ordem dos Enfermeiros, 2013)

3.1. *Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade em Enfermagem*

Um PMQCE permite que o profissional de enfermagem se questione e reflita, com base na evidência científica, acerca da sua prática clínica, podendo levar à mudança ou ajuste dessa mesma prática. A OE tem dado grande destaque e realçado a importância da

melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo trabalhado na definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) que se constituem como um referencial, que estrutura e orienta o exercício profissional dos Enfermeiros em Portugal (OE, 2012).

A OE (2012) defende que a definição de PQCE constituiu um grande desafio, não apenas pelo impacto na melhoria dos cuidados de enfermagem a ser prestados aos cidadãos, mas também pela necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Os padrões de qualidade dos cuidados devem ser encarados como uma declaração que estabelece a base profissional do agir, considerando-se o padrão como aferidor de excelência (Nunes, 2001 citado por Martins, 2016)

O enquadramento conceptual que está na base do exercício profissional especializado na área de enfermagem de reabilitação provém, obviamente do enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem, sendo este, adaptado aos cuidados de enfermagem de reabilitação, daqui surge a diferenciação dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional. (Gaspar et. al., 2021).

No sentido de dar resposta às necessidades emergentes de promoção de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados a ordem dos enfermeiros desenvolveu o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2015), sendo o mesmo constituído por 8 categorias de enunciados descritivos: Satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação e reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem.

Para Gaspar et al, (2021, p.14) os enunciados descritivos acima enumerados

“visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, pretendendo-se que se constituam um instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais e da restante sociedade civil”

O projeto apresentado desenvolveu-se num hospital da zona norte, que é uma instituição pública que serve uma população de cerca de 330000 utentes, tendo resposta direcionada para as pessoas vítimas de AVC. Tem uma unidade de AVC com uma ocupação de 28 camas, 4 destinadas a internamentos de medicina física e reabilitação e 24 destinadas a doentes com AVC e/ou outras doenças do foro neurológico.

Em 2022, na unidade de AVC do referido hospital foram internados com diagnóstico de AVC 937 pessoas, sendo que 92% dos casos foram AVC isquémicos e 8% hemorrágicos. Esta casuística é comparável com outras realidades portuguesas e internacionais, como descrito nos diferentes relatórios de saúde, fazendo assim, sentido perceber o impacto desta transição Saúde/doença na vida da pessoa que sofreu um AVC, dando ênfase às implicações que esta tem ao nível dos diferentes autocuidados, bem como à intervenção do EEER.

No contexto apresentado foi realizada uma auditoria interna informal, pela equipa de EEER, onde se caracterizou a população internada com AVC no último ano, tendo por base o nível de dependência da pessoa para o autocuidado, para tal foi utilizada, como forma de monitorização, a escala de Barthel. Para a auditoria atendeu-se a dois momentos de monitorização, o momento do levantar para o cadeirão (após cumprimento do protocolo de AVC instituído no serviço) e aquando da alta hospitalar.

Da análise realizada foi possível apurar que em 90% dos casos constatou-se uma melhoria na capacidade para o autocuidado, sendo que destes 66% obtiveram transição no nível de dependência. Globalmente verificou-se uma evolução positiva para níveis de autonomia. No sentido de aprofundar os resultados auditados decidiu-se analisar individualmente os diferentes itens avaliados pela escala de Barthel, dessa análise verificou-se a existência de autocuidados com resultados mais debilitados, onde a evolução foi mais contida, sendo eles: a higiene, vestuário, deambulação e subir e descer escadas

Um estudo desenvolvido por Hartman-Maeir e os seus colaboradores, publicado em 2006 tinha como objetivo avaliar as consequências crónicas do AVC, no que diz respeito às limitações desencadeadas pela doença, após 1 ano da ocorrência do AVC. De entre outras constatações o estudo demonstrou que no que diz respeito à recuperação da independência nas atividades consideradas mais básicas (comer, controlo da bexiga) os resultados foram muito positivos, havendo independência nessas AVD's. No entanto uma significativa parte da população estudada apresentava necessidade de assistência para tomar banho, vestir-se e usar as escadas. O estudo de Hackett et. al. revelou resultados semelhantes 6 anos após o AVC.

Dada a casuística existente e atendendo aos resultados apurados na auditoria foi de fulcral importância agir no sentido de incidir sobre a problemática. Neste sentido, considerando o perfil de competências do EEER, considerou-se pertinente perceber as causas desta evolução menos marcada dos autocuidados apresentados, considerando a sua importância para as

pessoas cuidadas, numa ótica de melhoria também de autoestima, autoconfiança e autoimagem e conseqüentemente da qualidade de vida (Fonseca et al, 2020).

Atendendo à análise apresentada e dada a importância do tema para melhorar a qualidade de vida da pessoa que apresenta alterações do autocuidado decorrente do AVC, foi considerado de fulcral importância desenvolver esta área de intervenção do EEER, através da promoção do autocuidado da pessoa com a AVC, mais concretamente nas áreas de maior dificuldade em reabilitar.

De forma a otimizar a resposta de cuidados optou-se por seleccionar dois dos autocuidados apresentados como mais dificilmente reabilitáveis, nomeadamente a higiene e o vestuário. Acrescenta-se que os outros dois autocuidados são igualmente importantes.

Considerando o problema identificado considerou-se que a melhor estratégia a seguir seria a construção de um PMCQE, cujo objetivo definido foi a sistematização das práticas de EEER na área do autocuidado com a criação de um programa de reabilitação estruturado com vista a promoção do autocuidado higiene e vestuário da pessoa que sofreu um AVC isquémico, internada na unidade de AVC do Hospital da zona norte.

Tal como referido foi possível apurar a existência de um problema real, que se traduziu na necessidade de sistematização da abordagem à pessoa com dependência no autocuidado higiene e vestuário, comprometida após AVC isquémico. Neste sentido, foram promovidas reuniões de trabalho com a equipa de EEER da unidade AVC para que em conjunto se desse seguimento ao PMCQ.

Assim, numa das reuniões da equipa de enfermagem de reabilitação considerou-se que era pertinente a alteração da estratégia de intervenção dos EEER para obter melhoria dos *outcomes* da pessoa internada com AVC, sendo fundamental a elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade.

3.2. Desenho do estudo

A equipa de enfermagem de reabilitação desenhou o projeto e cronologicamente definiu os diferentes momentos de atuação, de seguida será apresentado um fluxograma (figura nº2), construído pela equipa de EEER. Este fluxograma serviu como linha orientadora para a concretização do projeto, no entanto foi sempre contemplada a possibilidade de reformular e/ou adaptar o projeto perante os resultados apurados.

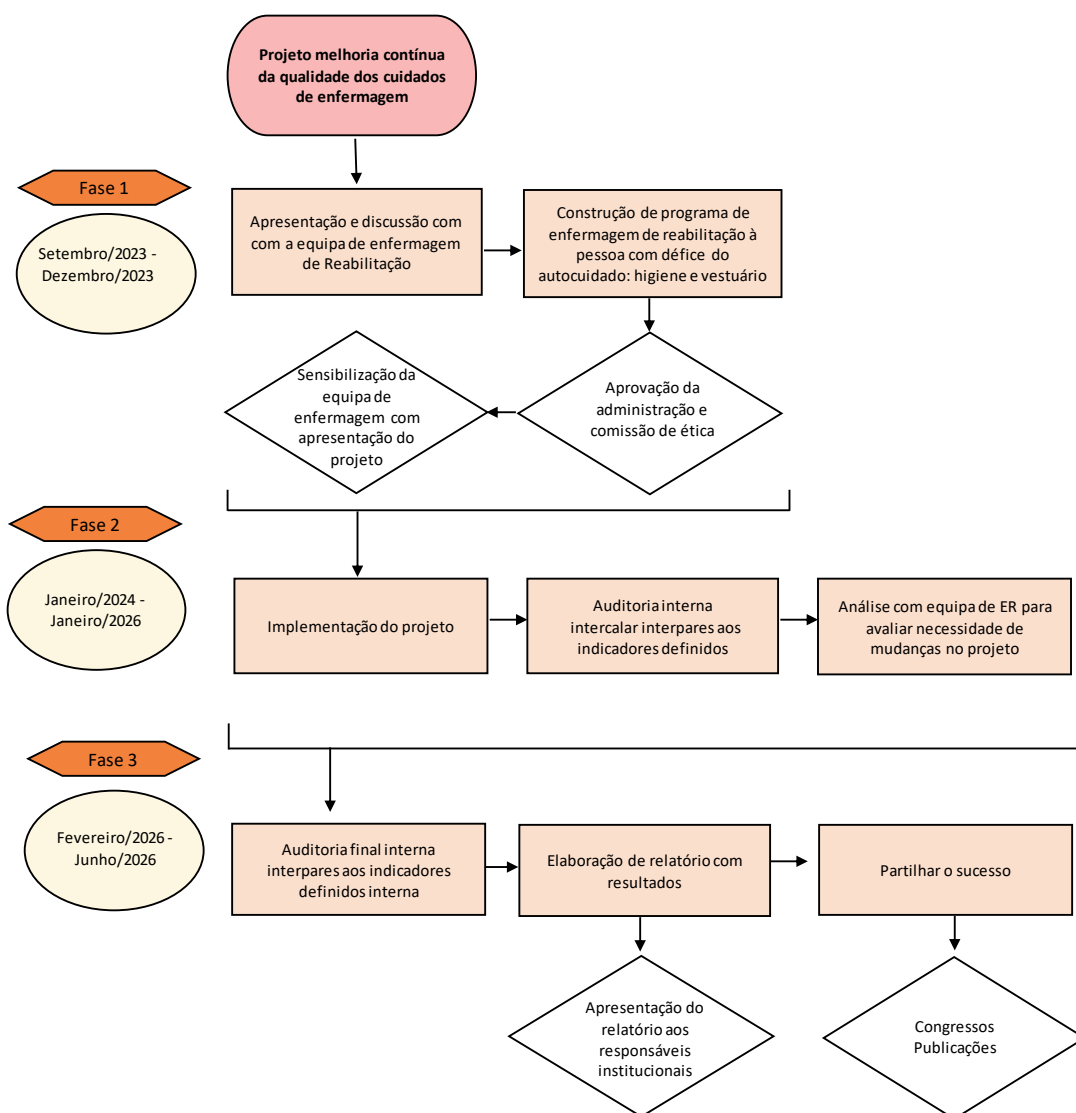


Figura 2 – Fluxograma de ação

Foram promovidas várias reuniões de trabalho da equipa de EEER, tendo contado para tal com a colaboração da Enfermeira gestora do serviço. Na primeira reunião foi nomeada a responsável de projeto e os demais elementos da equipa de EEER como colaboradores.

Após a definição de papéis dos elementos, tentou-se perceber a origem do problema identificado, e quais as razões para a resposta menos positiva para a reabilitação dos autocuidados higiene e vestuário. Foi realizado um brainstorming entre os elementos do grupo de trabalho, e foram identificadas as causas consideradas as que podem estar na

origem do problema referido. A informação recolhida foi sistematizada utilizando um diagrama de Ishikawa, também conhecido como diagrama de causa e efeito (figura nº. 3).



Figura. 3 – Diagrama de causa e efeito (adaptado de Braga et al, 2023)

Perante a informação recolhida e após uma análise das ações que estão ao alcance do EEER a equipa considerou que estruturar a intervenção de enfermagem de reabilitação nestes autocuidados era a resposta certa. Determinou-se que a implementação do programa teria início em janeiro de 2024.

A intervenção assentou na construção de um programa de reabilitação estruturado que visou a promoção do autocuidado higiene e vestuário na pessoa que sofreu uma AVC isquémico, tendo este sido aplicado durante o internamento na unidade de AVC.

De referir que a escolha do tipo de AVC assentou na casuística, sendo que na população alvo a incidência do AVC isquémico é muito maior que a do AVC hemorrágico.

Os itens a avaliados no presente projeto foram os recolhidos tendo por base os descritores contemplados no programa informático SClínico, no que se referia à melhoria do status diagnóstico e potenciais de aprendizagens de conhecimento e capacidades. A colheita dos dados utilizada foi do tipo retrospectivo, sendo estes obtidos a partir do sistema informático, Medtrix, utilizado na instituição onde o projeto foi implementado. Os dados extraídos constituíram uma forma de obtenção de indicadores. Foram determinados um conjunto de critérios de inclusão e exclusão no projeto.

Critérios de Inclusão:

- Pessoas com idade superior a 18 anos;
- Internada na unidade de AVC com diagnóstico de AVC isquêmico;
- Apresentar dependência no autocuidado;
- Aceitação da pessoa para participar no projeto.

Critérios de Exclusão

- Existência de Afasia global ou Afasia de compreensão, de acordo com Classificação das Afasias;
- Dependência elevada no autocuidado Higiene e vestuário, prévio à ocorrência do AVC, tendo como referência a anamnese na admissão;
- Pessoa com independência no autocuidado.

Para avaliação da Afasia optou-se pela utilização da classificação das afasias, sendo que desta forma, é possível avaliar o desempenho da pessoa de acordo com determinados parâmetros, nomeadamente a fluência do discurso, capacidade de denominação de objetos, capacidade de repetição de palavras e capacidade de compreensão de ordens (Leal et. al., 2005 citado por Mineiro et. al., 2008). Esta opção foi bem aceite pela equipa de EEER do serviço.

É importante referir que a todas as pessoas que sofreram um AVC isquémico e que não reuniram os critérios para integrar o projeto tiveram igualmente acesso a cuidados de enfermagem de reabilitação, apenas não desta forma estruturalmente.

Para dar seguimento ao projeto foi fundamental definir um conjunto de indicadores que permitiram quantificar, monitorizar, reavaliar e gerir todo o processo, sendo que foram definidos tendo por base o core de indicadores dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015), estando na base da sua definição 2 enunciados descritivos para a prática especializada, nomeadamente “Bem-estar e autocuidado” e “reeducação funcional”.

Importa referir que os indicadores agora apresentados diferem um pouco dos que constam do documento Q.168 – Projeto de estudo de investigação, previamente apresentado. Houve necessidade de realizar algumas alterações referentes às definições dos indicadores, sendo que foram ajustados de acordo com os indicadores definidos pela OE (2015).

Indicadores de estrutura	Aquisição de material de apoio ao programa Fórmula: N ^o de materiais de apoio adquiridos/ N ^o de materiais de apoio planeados x 100
	Número de EEER da unidade de AVC integrados no programa Fórmula: N ^o de EEER integrados no programa/ N ^o de EEER do serviço x 100
	Número de horas de EEER na Unidade de AVC Fórmula: N ^o de horas de EEER no programa/ N ^o de horas de EEER prévias x 100
Indicadores de processo	Construção do programa direcionado à pessoa com défice no autocuidado higiene e vestuário Fórmula: Programa de ER realizado/ Programa de ER planeado x 100
	Número de EEER que participaram na formação referente à apresentação do programa Fórmula: N ^o de EEER a participantes/ N ^o de EEER do serviço x 100
	Taxa de efetividade diagnóstica do autocuidado: higiene e vestuário Fórmula: N ^o doentes com status de diagnóstico do autocuidado higiene e vestuário identificado/ N ^o doentes com status de diagnóstico do autocuidado higiene e vestuário planeado x 100
Indicadores de resultado	% de doentes com melhoria de status diagnóstico autocuidado: higiene e vestuário Fórmula: N ^o de doentes com melhoria do status no autocuidado: higiene e vestuário/ N ^o de doentes integrados no programa de ER x 100
	% de doentes que receberam ensinamentos acerca de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene e vestuário Fórmula: N ^o de doentes que receberam ensinamentos acerca de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene e vestuário/ N ^o de doentes integrados no programa de ER x 100
	% de doentes que demonstram capacidade para a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene e vestuário Fórmula: N ^o de doentes que demonstram capacidade para utilizar as estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene e vestuário/ N ^o de doentes integrados no programa de ER x 100
	Taxa de resolução diagnóstica do autocuidado: higiene e vestuário Fórmula: N ^o doentes com resolução diagnóstica do autocuidado higiene e vestuário/ / N ^o de doentes integrados no programa de ER x 100

Tabela nº2 Apresentação dos indicadores do programa de ER

Durante a planificação do projeto foi necessário determinar um conjunto de Metas a atingir:

- ✚ Construção de um programa de ER direcionado à pessoa com défice no autocuidado higiene e vestuário;
- ✚ Aumentar o número de recursos materiais no que diz respeito aos dispositivos adaptativos no autocuidado higiene e vestuário;
- ✚ Aumentar o número de horas semanais de cuidados de EEER;
- ✚ 70% dos EEER da unidade de AVC integrem o programa;
- ✚ 70% dos doentes elegíveis devem ter identificado o status nos autocuidados higiene e vestuário foram identificados;
- ✚ Taxa de implementação do programa seja de 50%;
- ✚ Taxa de resolução diagnóstica de 10%;
- ✚ 25% dos doentes com transição de status para autocuidado: higiene e vestuário;
- ✚ 50% dos doentes que demonstrem capacidade para a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene e vestuário.

Pretende-se que este PMCQ possa ser replicado por um maior número de pessoas e/ou noutros contextos ou noutras instituições.

Programa de Enfermagem de Reabilitação – Promoção do Autocuidado Higiene e Vestuário

Ao longo dos últimos anos, a aplicação de programas de enfermagem na área da reabilitação tem demonstrado resultados positivos para a vida da pessoa, sendo os mesmos responsáveis pelo incremento da independência funcional, pela melhoria na realização de autocuidados, pela evolução positiva da mobilidade e locomoção, e naturalmente pela melhoria da qualidade de vida da pessoa afetada (Vieira et.al., 2017).

Dando resposta ao problema identificado e seguindo os objetivos do presente projeto foi estruturado um programa de reabilitação destinado à pessoa que sofreu um AVC isquémico e que apresenta dependência no autocuidado higiene e vestuário.

No sentido de identificar a mais recente prática/ investigação acerca da temática apresentada, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica com consulta de livros especializados na área e bases de dados científicas. Foram igualmente consideradas as diretrizes existentes

para reabilitar a pessoa adulta com AVC, destinadas a profissionais de saúde, definidas pela American Heart Association/ American Stroke Association.

Intervenção – Promoção do Autocuidado Higiene e Vestuário

O programa era constituído por intervenções de ER que se encontravam divididas em cinco níveis, sendo que em cada nível as intervenções de ER definidas apresentavam diferentes graus de complexidade. Desta forma pretendeu-se obter um aumento gradual da dificuldade das intervenções que constavam dos diferentes níveis do programa. De salientar que o programa continha níveis de intervenção de dificuldade ascendente, sendo que do nível um constavam intervenções consideradas de menor dificuldade e do nível cinco intervenções entendidas como mais complexas, verificando-se entre esses níveis uma evolução ascendente na complexidade das intervenções delineadas.

Inicialmente, a cada doente admitido no programa foi atribuído um nível de intervenção, sendo este adaptado à sua condição inicial. A evolução da pessoa no presente programa esteve sempre dependente do desempenho da mesma ao longo da intervenção instituída. De futuro, com a aplicação deste programa pretende-se que o doente consiga a obtenção dos melhores resultados possíveis, mais concretamente a re aquisição da independência para os autocuidados higiene e vestuário.

Importa salientar que a decisão, referente ao momento de ingresso ou manutenção da pessoa neste programa esteve dependente da condição clínica da mesma, podendo haver, em qualquer momento, a necessidade de interromper o programa. Caso a pessoa pretendesse poderia terminar a sua participação no programa em qualquer momento, sem que para tal tenha de fornecer qualquer justificação.

Estando asseguradas as condições para a aplicação do programa de reabilitação traçado para a pessoa foi da responsabilidade do EEER a tomada de decisão referente ao momento adequado para a transição nos diferentes níveis do programa, ou a suspensão do mesmo. De seguida será apresentado o programa de ER desenvolvido para a promoção do autocuidado higiene e vestuário.

Nível de Intervenção do EEER	Intervenção em Enfermagem de Reabilitação	ESCLARECIMENTO
1	<ul style="list-style-type: none"> ● Conscientizar a pessoa para a doença e para as limitações subseqüentes; ● Planear com a pessoa os passos a seguir durante a sua recuperação, nomeadamente do autocuidado (materiais a utilizar); ● Instaurar musicoterapia durante o programa, com concordância da pessoa; ● Instruir a pessoa acerca da técnica de vestir/ despir e higiene. ● Realizar exercícios isométricos para fortalecer os músculos dos membros superiores, tronco e membros inferiores, os glúteos e os abdominais (1-3 séries de 8-15 repetições); 	<p>Pretende-se que este nível seja aplicável a todos os doentes incluídas no programa. Como alicerce para a construção deste nível foi valorizado um dos pontos que consta das diretrizes da American Heart Association/ American Stroke Association, nomeadamente:</p> <p>A reabilitação deve ser iniciada o mais precocemente possível, no entanto deve se considerar que a mobilização prematura de alta intensidade nas primeiras 24horas após o AVC pode diminuir a probabilidade de resultados favoráveis aos três meses, o que torna esta intervenção não recomendada (Winstein et. al. 2016 citado por Vieira et.al.2016).</p> <p>A mobilização precoce leva a uma melhoria na capacidade funcional da pessoa com AVC na realização das AVD, sendo igualmente importante para atingir graus de independência no momento da alta hospitalar (Graça, 2015 citado por Vieira et.al.2016).</p> <p>A reabilitação deve ser iniciada precocemente, devendo ser ajustado o nível de intensidade dos exercícios, pelo que foram delineadas intervenções que incluíssem exercícios de baixa intensidade.</p>

Tabela nº 3 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 1

Nível de Intervenção do EEEER	Intervenção em Enfermagem de Reabilitação	ESCLARECIMENTO
1	<ul style="list-style-type: none"> • Executar exercícios passivos e/ou ativo assistidos do lado afetado e ativos do lado contralateral (1-3 séries de 8-15 repetições); • Realizar exercícios terapêuticos no leito, nomeadamente o gancho e o rolar; • Incentivar e instruir a pessoa a realizar automobilizações no leito. 	<p>Após um AVC a evolução na reabilitação segue uma sequência de exercícios que vão ao encontro do padrão de neurodesenvolvimento dos bebés, nomeadamente rolar, ficar em ventral, sentar, gatinhar, ficar de pé e andar (Araújo et. al., 2021).</p> <p>A musicoterapia pode ser utilizada na reabilitação motora e cognitiva, permite melhorar a função executiva e o ajustamento emocional, memória verbal e a atenção focalizada (Vieira et. al., 2016).</p> <p>A apresentação do número de séries e repetições para cada exercício incluído obedece às <i>Guidelines for exercise testing and prescription</i> para a pessoa com AVC definidas pela <i>American college off sports medicine</i> (2018).</p> <p>A pessoa deve ser instruída a realizar automobilizações dos membros superiores pois promove o movimento do membro afetado, ajuda a pessoa a tomar consciência e a manter o contacto com o membro lesado, desta forma reduz a possibilidade de desenvolvimento de espasticidade (Araújo et al., 2021)</p>

Tabela nº 4 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 1 (continuação)

Nível de Intervenção do EEER	Intervenção em Enfermagem de Reabilitação	ESCLARECIMENTO
2	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções definidas no nível 1 • Assistir a pessoa no autocuidado vestir/ despir e higiene, utilizando a técnica de demonstração (recursos a vídeos); • Incentivar o uso do hemicorpo afetado durante o treino do autocuidado; • Realizar exercícios terapêuticos no leito, como a ponte e rotação da anca; • Disponibilizar à pessoa plataformas de treino que permitam exercitar as técnicas para vestir/ despir e higiene, e que simulem os diferentes passos do autocuidado (uso de botões, fechos, molas, atacadores, velcro); • Realizar treino de equilíbrio de tronco sentado, com recursos a exercícios passivos ou ativos. 	<p>A utilização de produtos de apoio permite compensar a limitação motora provocada pelo AVC, resultado em ganhos de autonomia e autoestima, importante para a pessoa com AVC que se encontra numa posição de maior vulnerabilidade (Alves, 2015 citado por Vieira, 2016). Pelo que faz sentido a inclusão de diferentes produtos, adaptados a cada pessoa.</p> <p>Segundo Teasell e Hussein (2018) citado por Araújo et. al. (2021) “A prática repetida de uma tarefa conhecida leva a uma expansão da representação cortical” p. 165</p> <p>Para Araújo et al (2021) é importante encorajar a pessoa a usar os membros mais afetados durante as atividades funcionais, devendo ser planeadas intervenções que simulem habilidades parciais ou totais importantes para as AVD’s.</p> <p>O exercício da ponte facilita o restabelecimento do movimento controlado e funciona da anca, sendo este movimento extremamente importante para a realização das intervenções associadas ao autocuidado (Araújo et. al., 2021).</p>

Tabela nº 5 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 2

Nível de Intervenção do EEEER	Intervenção em Enfermagem de Reabilitação	ESCLARECIMENTO
3	<ul style="list-style-type: none">• Intervenções definidas no nível 2;• Realizar exercícios terapêuticos no leito, nomeadamente carga no cotovelo;• Realizar treino de equilíbrio estático com recurso ao espelho quadruplicado, promover medidas de correção postural;• Realizar treino de marcha com apoio de barras laterais;• Estimular a sensibilidade superficial e profunda, usando materiais pontiagudos e de diferentes texturas, estimulação visual e perceptiva, com recurso a jogos coloridos e com texturas variadas.	<p>O exercício de carga no cotovelo/ facilitação cruzada promove o equilíbrio, diminuiu a espasticidade e permite estimular a pessoa a transferir o seu peso para a frente, reaprendendo, deste modo outros movimentos (Araújo et.al., 2021).</p>

Tabela nº 6 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 3

Nível de Intervenção do EEER	Intervenção em Enfermagem de Reabilitação	ESCLARECIMENTO
3	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a técnica da caixa de espelho dirigida ao hemicorpo afetado. • Treinar técnica de vestir/ despir e higiene com recurso a orientação visual (uso do espelho); • Treino de marcha adaptado às limitações apresentadas pela pessoa (apoio bilateral, unilateral, com auxiliar de marcha, com supervisão). 	<p>O recurso à caixa com espelho visa a aplicação de uma técnica onde o membro com défice é ocultado atrás do espelho, enquanto o membro saudável se posiciona em frente ao mesmo. A pessoa observa a imagem do movimento do membro através do espelho, desta forma o espelho é usado para transmitir estímulos visuais ao cérebro através da observação da parte do corpo não afetada enquanto realiza diferentes tipos de movimentos.</p> <p>O espelho é colocado no plano médio-sagital do doente, refletindo movimentos do lado não parético como se fosse o lado afetado. O córtex pré-motor é importante para a neuroplasticidade e responde ao feedback visual (Teasell et al, 2020 citado por Araújo et.al., 2021)</p>

Tabela nº 7 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 3 (continuação)

Nível de Intervenção do EEEER	Intervenção em Enfermagem de Reabilitação	ESCLARECIMENTO
4	<ul style="list-style-type: none">• Intervenções definidas no nível 3• Realizar exercícios de treino de equilíbrio dinâmico, a incluir os exercícios com os degraus móveis;• Treinar o autocuidado higiene e vestir e despir com recurso a dispositivos de compensação para esses autocuidados (calçadeira, dispositivo para abotoar botões e manipular fechos);• Realizar treino aeróbio com recurso a pedaleira (incluir membros inferiores e membros superiores), treinos 3-5 dias por semana com duração de 20-60min divididos em períodos de 5-10 minutos.	<p>A utilizações de dispositivos adaptativos está indicado em casos de limitações prévias e que exijam a sua utilização ou se a verifique que a pessoa não tem potencial de recuperação, sendo o uso de dispositivos a única forma de readquirir independência no autocuidado (Araújo et.al., 2021).</p>

Tabela nº 8 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 4

Nível de Intervenção do EEER	Intervenção em Enfermagem de Reabilitação	ESCLARECIMENTO
5	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções definidas no nível 4; • Treino de equilíbrio estático e/ou dinâmico com recurso a exercícios de manutenção do equilíbrio (plataforma circular, tapetes antiderrapantes coloridos); • Realizar treino de subir e descer escadas (com apoio unilateral, recurso a auxiliar de marcha, apoio do corrimão ou supervisão); • Realizar treino de resistência com recurso a pedaleira com regulador da resistência; • Realizar exercícios resistidos com recurso a bandas de diferentes resistências (1-3 séries de 8-15 repetições). 	<p>De acordo com a OMS (2003) só quando houver uma recuperação suficiente é que se deverá efetuar fortalecimento muscular com exercícios resistidos</p>

Tabela nº 9 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nível 5

3.3. *Considerações éticas*

O EEER ao proporcionar qualidade de vida às pessoas com incapacidade, promove também a sua dignidade, concretizando, deste modo, o agir ético da enfermagem de reabilitação Vasconcelos (2021). Neste sentido é válido afirmar que o projeto aqui apresentado obedeceu ao agir ético inerente às intervenções do EEER.

É importante destacar que foram respeitados os princípios legais e que foi adotada uma conduta ética inerente à realização do presente PMCQ na área de enfermagem de reabilitação, recorrendo, para tal, às recomendações da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo.

O consentimento informado, livre e esclarecido foi obtido, junto da pessoa com AVC, antes de se dar início à colheita de dados e subsequente aplicação do programa de reabilitação apresentado. Cada pessoa formalizou a vontade de participar no presente projeto através da assinatura de um documento com o referido consentimento (Apêndice II).

O presente projeto foi elaborado e desenvolvido no contexto académico, autorizado pelas instituições intervenientes, nomeadamente a Instituição de Ensino Superior e a instituição Hospitalar. O presente PMCQ foi submetido à comissão de ética do Hospital da Zona Norte, no sentido de obter autorização para a aplicação do projeto na unidade de AVC da referida instituição. O parecer foi favorável expresso no N^o 68_2023 (Apêndice I).

4. Resultados do Projeto de Melhoria

O projeto foi implementado na unidade de AVC do hospital da zona norte, sendo que a aplicação do programa de ER teve a duração de 4 meses. De seguida serão apresentados os resultados, referentes à aplicação do programa. Os resultados serão mostrados por sequência de indicadores, nomeadamente, de estrutura, processo e resultado.

Para a concretização do programa tornou-se necessário a atualização dos materiais existentes no serviço, foi necessário a aquisição de diferentes materiais, sendo estes essenciais para a aplicação das intervenções planeadas nos diferentes níveis do programa. De seguida irá ser apresentada uma tabela resumo que contém a descrição dos materiais existentes no serviço e os que foram adquiridos.

MATERIAL DE APOIO/ DISPOSITIVOS ADAPTATIVOS	MATERIAL EXISTENTE NO SERVIÇO	MATERIAL ADQUIRIDO
Caixa de espelho	1	0
Calçadeira	0	3
Dispositivo para abotoar botões e manipular fechos	0	3
Caixa de espelho	1	0
Pedaleira	1	2
Degraus móveis	1	0
Plataforma circular	0	1
Tapetes antiderrapantes coloridos	10 tapetes coloridos	0
Bandas elásticas de diferentes resistências	2	4
Espelho quadriculado	1	0
Barras laterais	1	0

Tabela nº 10 Apresentação dos materiais existentes e adquiridos para o programa

A aplicação do presente projeto teve a participação da maior parte da equipa de EEER, segue-se a caracterização da equipa de EEER da unidade de AVC.

EEER da equipa	n-5
Idade (anos)	35 ($\pm 2,38$)
Género	Feminino –60% Masculino-40%
Tempo de exercício (anos)	7,2 ($\pm 4,0694$)
Integração da intervenção planeada	80%*

***Um dos EEER esteve ausente**

Tabela nº 11 Caracterização da equipa de EEER

Um dos indicadores definidos para este projeto contemplava o número de horas semanais de prestação de cuidados de ER na unidade de AVC. Segue-se a apresentação do número de horas de EEER prévia à implementação do processo e durante a aplicação do programa.

Número de horas semanais de ER prévia ao programa	Número de horas semanais de ER durante a aplicação do programa
12 horas prestadas diariamente 5 dias por semana 60 horas/ semana	12 horas prestadas diariamente 5 dias por semana 60 horas/ semana
Verifica-se que o número de horas semanais de cuidados prestados por EEER se manteve inalterado.	

Tabela nº 12 Número de horas semanais da ER

Numa fase prévia, à aplicação do programa de reabilitação, foi promovida uma reunião preparatória, destinada a todos os elementos que constituíram a equipa de EEER da unidade

de AVC, onde foi apresentado todo o programa e discutidas as estratégias a utilizar para que a implementação do programa fosse bem-sucedida. Todos os EEER estiveram presentes na reunião promovida. Em anexo encontra-se a apresentação em PowerPoint utilizada durante a reunião (Apêndice III).

A fase de implementação do programa teve início em janeiro de 2024, e duração de 4 meses. Durante o período de aplicação do programa estiveram internados na unidade de AVC do hospital da zona norte com diagnóstico de AVC isquémico, 84 pessoas, destas 16 pessoas reuniram as condições necessárias para ingressar no programa de ER apresentado. Será apresentada a caracterização dos doentes incluídos no programa.

Número de doentes incluídos no projeto
16
Idade (anos) será a média/desvia padrão
Média: 69,25 /±1,2 Varia entre os 45 aos 86 anos
Género
Feminino 12,5% Masculino 87,5%
Tipo de AVC – OCSF
LACI – 31,25%; TACI – 18,75%; PACI – 37,5%; POCI – 12,5%
Envolvimento do hemisfério cerebral esquerdo – 37,5%
Envolvimento do hemisfério cerebral direito – 62,5%
N.º de dias de internamento
Variou entre 4 – 33 dias
Média/ desvio padrão
14,4375/ 8,433332 dias

Tabela nº 13 Caracterização dos doentes incluídos no programa

<p>Destino de Alta</p> <p><i>Centro de Reabilitação do Norte- 31,25%</i></p> <p><i>Domicilio- 43,75%</i></p> <p><i>Hospital Privado de Gaia- 18,75%</i></p> <p><i>UCC privada – 6,25%</i></p>	
<p>Agravamento neurológico durante o internamento</p> <p>12,5% dos doentes (2)</p>	
<p>Rankin admissão</p> <p>Varia entre 4-5</p> <p>Score de 5 (6,25%)</p> <p>Score de 4 (93,75%)</p>	<p>Rankin alta</p> <p>Varia entre 4-1</p> <p>Score de 4 (37,5%)</p> <p>Score de 3 (31,25%)</p> <p>Score de 2 (25%)</p> <p>Score de 1 (6,25%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25% dos doentes mantiveram o mesmo nível do e 75% dos utentes melhoraram o nível.
<p>NIHSS admissão</p> <p>Varia entre 1 -13</p> <p>1-4 (défices ligeiros) 56,25%</p> <p>5-14 (défices ligeiros a moderado) 43,75%</p>	<p>NIHSS alta</p> <p>Varia entre 1 -8</p> <p>1-4 (défices ligeiros) 68,75%</p> <p>5-14 (défices ligeiros a moderado) 31,25%</p> <p>14 utentes tiveram evolução neurológica favorável com NIHSS inicial > NIHSS alta</p> <p>2 utentes evolução desfavorável com NIHSS inicial < NIHSS alta</p>

Tabela nº 14 Caracterização dos doentes incluídos no programa (continuação)

Neste projeto foram identificados 4 diagnósticos de enfermagem, dirigidos à pessoa que sofreu um AVC, aos quais se pretendia dar resposta com a intervenção definida. De seguida serão apresentados os resultados referentes aos doentes que integraram o programa de reabilitação proposto e a evolução dos diferentes diagnósticos.

Diagnóstico: Autocuidado higiene dependente

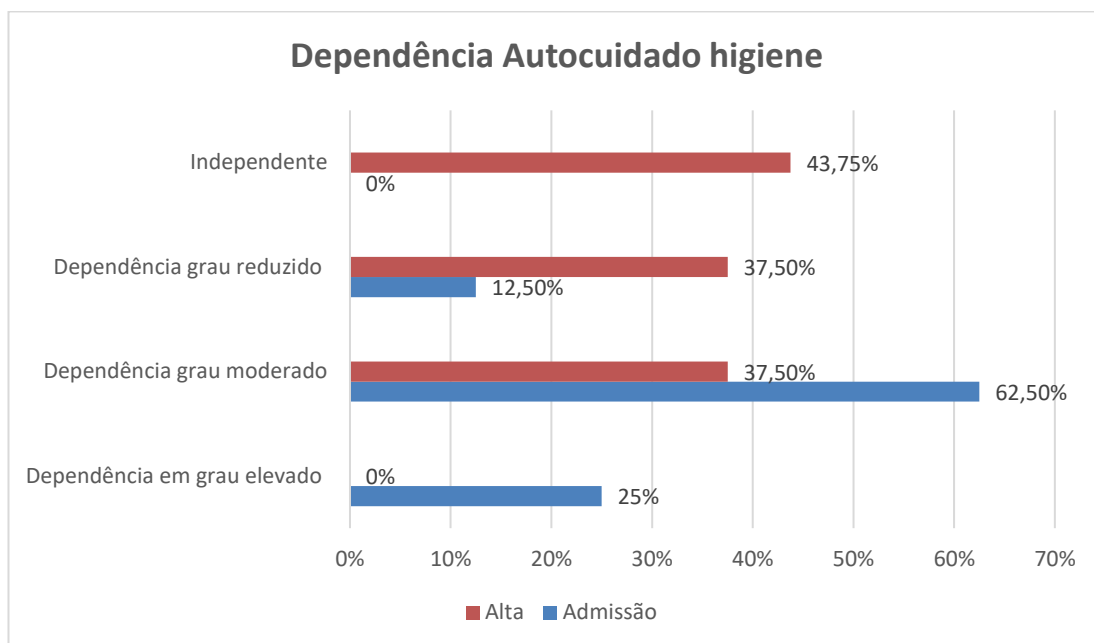


Gráfico nº1. Resultados: diagnóstico Autocuidado higiene dependente

Análise: Autocuidado Higiene

Dos resultados apurados importa salientar que 12,5% dos doentes mantiveram o nível de dependência apresentado na admissão, de realçar que nestes casos se constatou um agravamento do ponto de vista neurológico com aumento dos défices neurológicos, tendo havido a necessidade de regredir no programa instituído.

De destacar que em 87,5% dos doentes se verificou uma transição no nível de dependência do autocuidado higiene, sendo que em 25% dos casos houve resolução diagnóstica. Em 37,5% dos doentes constatou-se um Grau de dependência reduzido e em 26% dos doentes um grau de dependência Moderado.

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas no autocuidado: higiene

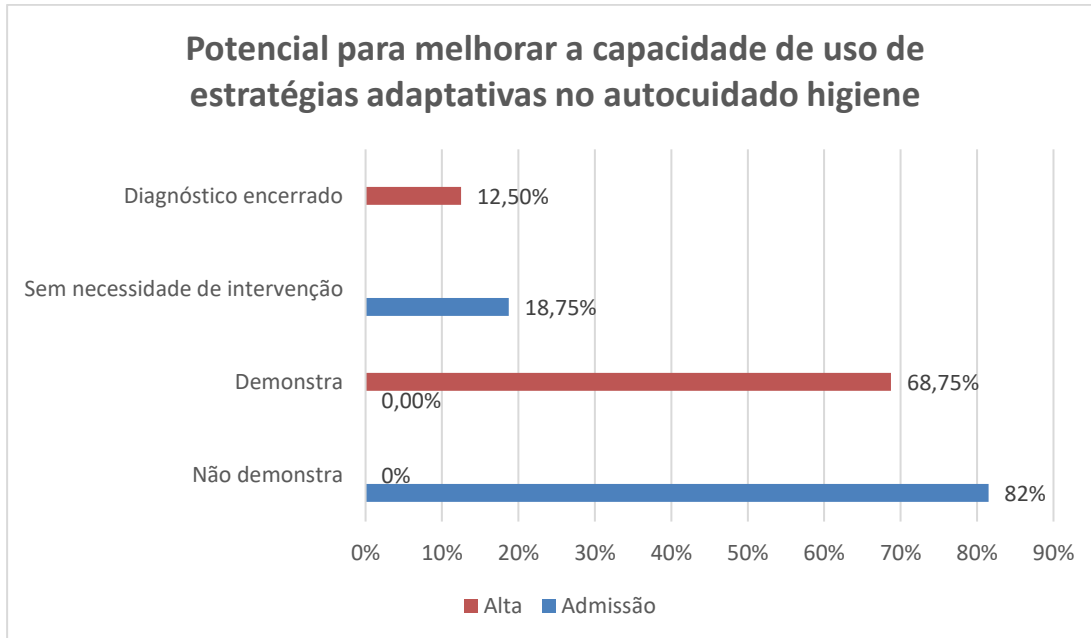


Gráfico nº2. Resultados: diagnóstico Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas no autocuidado: higiene

Análise: Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas no autocuidado: higiene

Dos resultados apresentados importa salientar que dos 82% dos casos, que na admissão ao programa não possuíam capacidade para o uso de estratégias adaptativas, 68,75% demonstraram-se capazes de utilizar as estratégias necessárias para o autocuidado de higiene no momento da alta. Em 12,5% dos casos verificou-se o encerramento do diagnóstico, não havendo necessidade de uso de estratégias adaptativas. De referir que em 18,75% dos casos não houve necessidade de realizar qualquer intervenção para dar resposta a este diagnóstico.

Diagnóstico: Autocuidado vestuário dependente

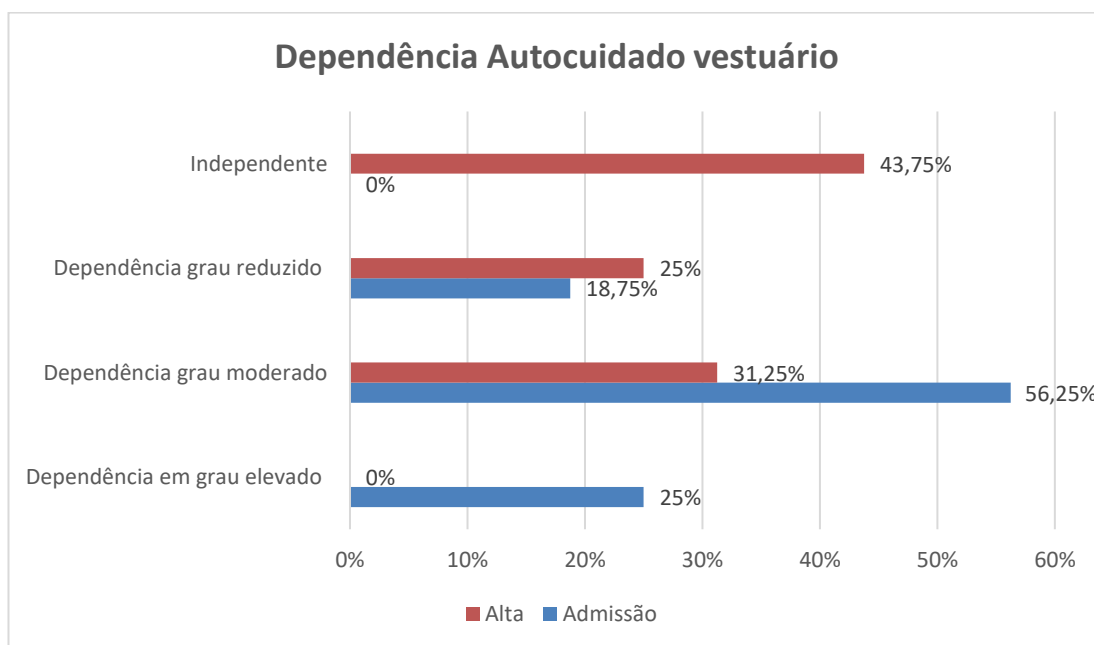


Gráfico nº3. Resultados: diagnóstico Autocuidado vestuário dependente

Análise: Autocuidado Vestuário

Dos resultados apurados importa salientar que 12,5% dos doentes mantiveram o nível de dependência apresentado na admissão, de realçar que nestes casos se constatou um agravamento do ponto de vista neurológico com aumento dos défices neurológicos, tendo havido a necessidade de regredir no programa instituído.

De destacar que em 87,5% dos doentes se verificou uma transição no nível de dependência do autocuidado vestuário, sendo que em 43,75% dos casos houve resolução diagnóstica. Em 25% dos doentes constatou-se um Grau de dependência reduzido e em 31,25% dos doentes um grau de dependência Moderado.

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas no autocuidado: vestuário

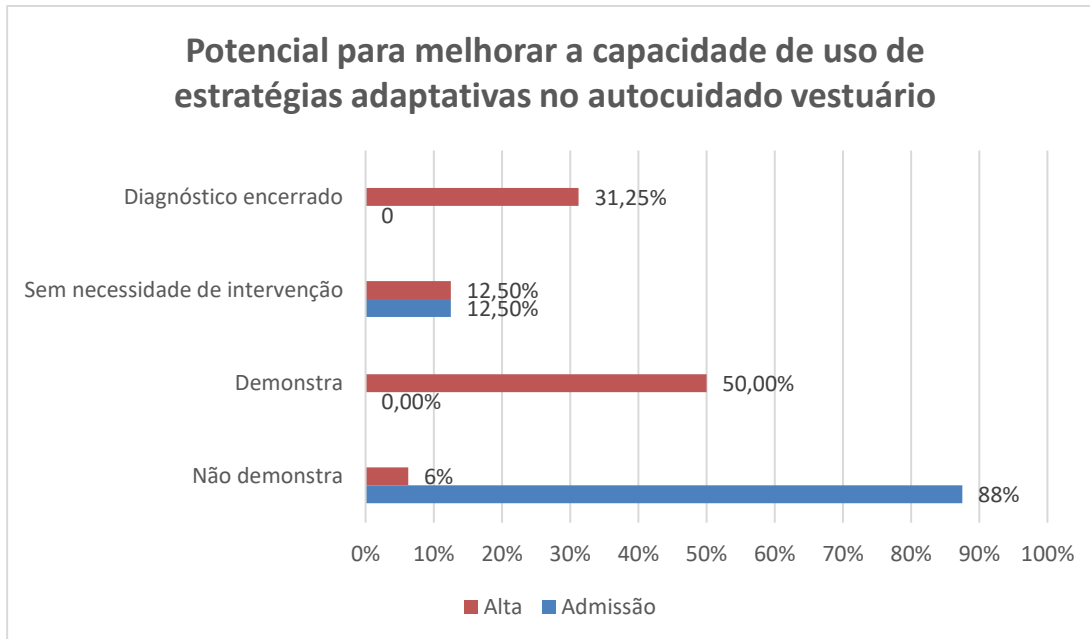


Gráfico nº4. Resultados referentes ao diagnóstico Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas no autocuidado: vestuário

Análise: Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas no autocuidado: vestuário

Dos resultados apresentados importa salientar que dos 87,5% dos casos, que na admissão ao programa não possuíam capacidade para o uso de estratégias adaptativas, 50% demonstraram-se capazes de utilizar as estratégias necessárias para o autocuidado vestuário no momento da alta, e 6,25% não demonstraram capacidade para o uso de estratégias adaptativas no autocuidado: vestuário. Em 31,25% dos casos verificou-se o encerramento do diagnóstico, não havendo necessidade de uso de estratégias adaptativas. De referir que em 12,5% dos casos não houve necessidade de realizar qualquer intervenção para dar resposta a este diagnóstico.

Ao longo da implementação do programa foi possível constatar que os doentes incluídos conseguiram evoluir nos níveis das intervenções, foi possível verificar que em todos os casos

houve transição do nível de intervenção. Nota-se que 12,5% dos casos atingiram o nível 5, o mais complexo do programa. Distribuição dos níveis ao longo do programa representados no gráfico nº5.

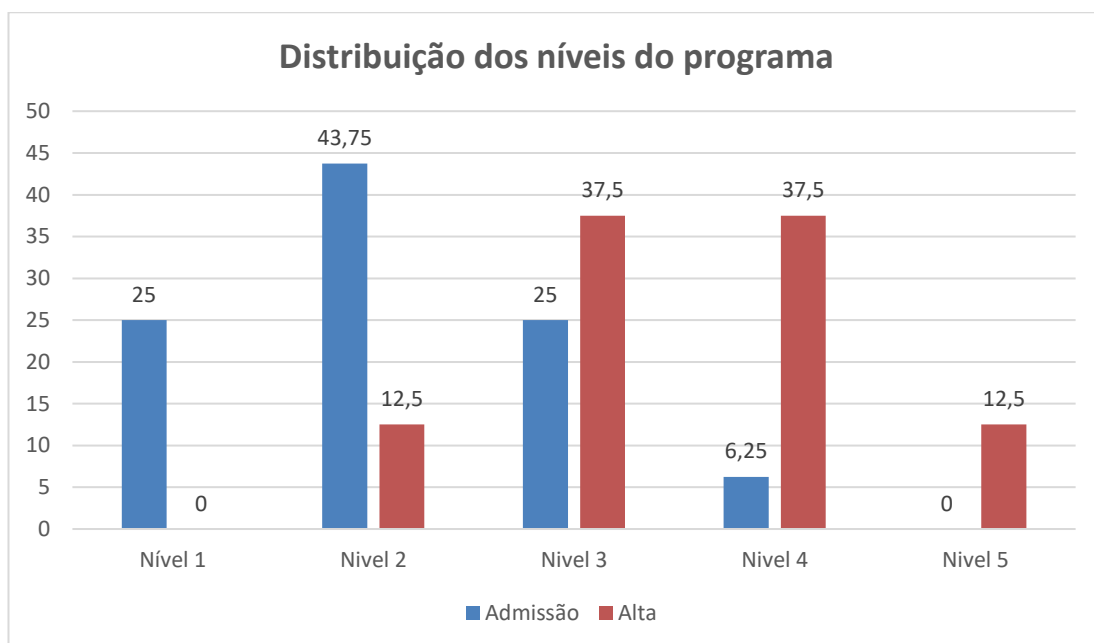


Gráfico nº5. Distribuição da prevalência dos níveis do programa

Na metodologia deste trabalho foram definidas as metas e indicadores a que o presente projeto pretende dar resposta. De acordo com as metas traçadas será apresentada uma análise dos resultados do projeto.

Indicadores de estrutura	Meta	O que foi atingido
Aquisição de material de apoio ao programa	Aumentar o número de recursos materiais no que diz respeito aos dispositivos adaptativos no autocuidado higiene e vestuário	Aumentada a quantidade de materiais de apoio
N.º de horas de cuidados de ER na unidade de AVC	Aumentar o número de horas semanais de cuidados de EEER	Meta não foi atingida.
Número de EEER da unidade AVC integrados no programa.	70% dos EEER da unidade de AVC integrados no programa	80% do EEER integram o programa

Tabela nº 15 Análise das metas definidas para o projeto – Indicadores de estrutura

Indicadores de processo	Meta	O que foi atingido
Construção de um programa estruturado	Construção de um programa estruturado de ER dirigido à pessoa com défice no autocuidado higiene e vestuário	O programa foi construído pela equipa de ER e aprovado pela comissão de ética e conselho de administração
Taxa de efetividade diagnóstica do autocuidado higiene e vestuário	Que 70% dos doentes elegíveis para ter identificado o status nos autocuidados higiene e vestuário foram identificados	100% dos doentes tiveram identificado o status de diagnóstico de dependência no autocuidado higiene e vestuário
Implementação do programa	Taxa de implementação do programa seja de 50%;	Taxa de implementação de 100% Dado acessório: 37,5% dos doentes atingiram o nível 4 e 12,5% o nível 5

Tabela 16. Análise das metas definidas para o projeto – Indicadores de processo

Indicadores de resultado	Meta	O que foi atingido
Taxa de resolução diagnóstica do autocuidado: higiene e vestuário	Taxa de resolução diagnóstica de 10%;	Autocuidado higiene: 25% Autocuidado vestuário: 43,75%
% de doentes com melhoria de status diagnóstico autocuidado: higiene e vestuário	25% dos doentes com transição de status para autocuidado: higiene e vestuário.	Autocuidado higiene: 87,5% Autocuidado vestuário: 87,5%
% dos doentes que demonstram capacidade para a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene e vestuário	50% dos doentes que demonstram capacidade para a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene e vestuário	50% demonstraram-se capazes de utilizar as estratégias necessárias para o autocuidado vestuário 68,75% demonstraram-se capazes de utilizar as estratégias necessárias para o autocuidado higiene

Tabela 17. Análise das metas definidas para o projeto – Indicadores de resultado

4. Discussão

O AVC é uma doença que provoca uma condição crónica e que afeta, de forma significativa, a qualidade de vida dos sobreviventes. A intervenção de uma equipa de reabilitação, constituiu um importante recurso para a promoção da recuperação funcional e da aquisição de independência na pessoa com AVC. Segundo Winstein et.al. (2016) a existência de programas de reabilitação abrangentes com recursos, dose e duração adequados é um ponto fundamental para os cuidados à pessoa com AVC, devendo ser, a pessoa a principal prioridade desses programas.

De acordo com resultados de um estudo internacional de Babkair et. al. (2023) existe uma necessidade emergente de criar unidades destinadas a doentes com AVC, devendo as mesmas ser lideradas por enfermeiros com competências na área do cuidado à pessoa com AVC. Deste modo seriam assegurados tratamentos precoces e acima de tudo dirigidos à patologia, ficando as práticas de enfermagem favorecidas. Assim seriam cumpridos os padrões internacionais de tratamento à pessoa com AVC.

Em Portugal o EEER tem um importante papel no cuidado à pessoa com AVC, é multifacetado e os seus cuidados de extrema importância, no que diz respeito à promoção da recuperação funcional e da qualidade de vida do doente, fornecendo também suporte emocional e educacional.

A realização do presente PMCQ vai ao encontro das inquietações descritas por vários autores, já citados, tentando, deste modo, dar resposta às necessidades sentidas num determinado contexto com características similares. Neste caso, tal como apresentado na metodologia, o contexto escolhido foi uma unidade de AVC de um hospital da zona Norte, que presta cuidados diariamente a doentes com AVC.

O foco deste trabalho incidiu sobre uma das áreas de competência do EEER e assentou na promoção do autocuidado higiene e vestuário na pessoa com AVC isquémico. Para tal, foi estruturado um programa de ER, baseado em evidência científica, acerca das intervenções de reabilitação que melhor poderiam responder às necessidades apresentadas pela pessoa com dependência no autocuidado. De acordo com Oliveira (2016) coloca-se um desafio aos profissionais de saúde e, de um modo mais abrangente, aos sistemas de saúde que é o desenvolvimento de intervenções que integrem a melhor evidência disponível e que sejam adaptados aos contextos da prática clínica e à população alvo.

Os doentes com AVC, incluídos neste programa, apresentavam, no momento de admissão ao projeto, um grau de dependência nos autocuidados higiene e vestuário que variava entre reduzido e elevado. A evolução positiva no grau de dependência no autocuidado higiene e vestuário foi identificada, verificando-se uma progressão no status em 87,5% dos doentes. A capacitação para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene e vestuário foi igualmente favorável nos 2 autocuidados. Considera-se que a implementação do projeto demonstrou resultados que foram ao encontro das metas propostas.

Existem alguns autores que abordam o tema apresentado neste projeto, de realçar o estudo desenvolvido por Santos et. al. (2021), o mesmo refere que num contexto onde os cuidados ao doente com AVC eram ministrados exclusivamente por uma equipa de EEER os resultados demonstraram uma evolução, na melhoria do grau de dependência, mais acentuada. Importa refletir sobre estes dados, que nos direciona para uma visão diferente dos cuidados ao doente com AVC, algo que é alvo de atenção por parte das entidades reguladoras da profissão, nomeadamente a OE, através da mesa do colégio da especialidade de ER. A OE disponibiliza um regulamento que contém um cálculo das dotações seguras de EEER recomendados para os diferentes contextos de cuidados de saúde em Portugal.

De acordo com a OE (2019) recomenda-se a alocação, por serviço de internamento, pelo menos dois enfermeiros EEER, por cada 15 doentes, devendo, estes garantir a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas por dia. De acrescentar que nos serviços com internamento de Medicina Física e Reabilitação, com doentes em fase subaguda, se recomenda que 75% dos enfermeiros, alocados ao serviço, sejam EEER, sendo que, se deve assegurar a prestação de cuidados de um EEER durante as 24 horas do dia.

No programa apresentado foi definida como uma das metas a atingir o aumento do número de horas de cuidados de EEER, no entanto, não foi possível concretizar essa meta. Importa salientar que este aspeto foi e continua a ser motivo de preocupação por parte dos EEER envolvidos no projeto e da enfermeira gestora da unidade, que lutam para que a prestação de cuidados de ER seja de excelência. Os esforços continuam a ser feitos, no sentido de ir ao encontro das orientações dadas pelas entidades reguladoras, nomeadamente da OE.

Um estudo realizado num centro de reabilitação, desenvolvido por Santos et. al. (2021), contabilizou o número de dias necessários para que um doente com AVC apresentasse ganhos de independência no autocuidado, higiene e vestuário. Nesse estudo foi possível apurar que dos doentes, a quem foi diagnosticada dependência moderada no autocuidado,

demoraram entre 23 a 37 dias a readquirir a independência, sendo que nos casos dos doentes com dependência em grau reduzido, a recuperação demorou entre 9 e 15 dias.

Num hospital de doentes agudos, como é o caso do hospital onde o projeto está a ser aplicado, dificilmente se verificam internamentos que permitam obter resultados equiparáveis aos obtidos num centro de reabilitação, de lembrar que o tempo médio de internamento dos doentes que participaram no projeto foi de aproximadamente 14 dias. Este estudo veio dar a conhecer um contexto que apresentou resultados positivos, relativos à evolução do grau de dependência dos doentes com AVC após intervenção de EEER, o que realça a importância que este profissional de saúde tem na recuperação de um doente que sofreu um AVC.

De acordo com Morais et. al. (2015), as intervenções de enfermagem têm uma importância, significativa, para a promoção da independência no autocuidado do doente com AVC. Os resultados, que traduzem ganhos de independência, representam um fator representativo para a promoção da autoestima do doente e da melhoria da sua qualidade de vida.

Na atualidade, a qualidade dos cuidados que são prestados na área da saúde constituiu uma premissa, e acima de tudo um direito da pessoa que recebe os cuidados. Nos últimos anos, tem-se observado um maior interesse por parte das organizações de saúde na adoção de metodologias de melhoria contínua da qualidade e de gestão, esta nova postura não tem em vista apenas os ganhos económicos, mas acima de tudo, se justifica pela maior exigência por parte das pessoas que procuram os cuidados de saúde.

A existência de PMCQE torna-se fundamental para o exercício profissional do EEER, pois permitem dar visibilidade à dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem especializado e promovem a tomada de decisão em enfermagem.

A importância dos PMCQE é amplamente reconhecida na literatura científica, sendo estes essenciais para melhorar a segurança do doente, aumentar a eficiência dos processos, e garantir a satisfação, tanto dos doentes como dos profissionais de saúde (OE, 2012).

Implementar projetos de melhoria contínua em enfermagem requer um compromisso com a excelência, bem como uma abordagem estruturada por parte dos profissionais de saúde envolvidos. Iniciativas bem-sucedidas resultam em melhor atendimento ao doente, maior satisfação da equipa e eficiência operacional, é neste sentido que o presente PMCQ pretende seguir.

5. Conclusão

A sistematização das intervenções dos EEER, na área em estudo, assentou na procura da melhor evidência disponível acerca da temática escolhida, tendo estado dependente, em grande medida, do envolvimento e participação dos profissionais do contexto da prática clínica. Ao longo de todo o processo foi possível constatar a receptividade para a aplicação de um projeto, com este formato, por parte dos profissionais de ER da unidade de AVC. Os EEER demonstraram motivação e interesse em que os resultados da intervenção fossem os melhores possíveis.

A aquisição de novos materiais com vista a apoiar o programa foi uma necessidade que surgiu e que se tornou muito importante para a realização da intervenção planeada, servindo de suporte para a intervenção do EEER.

No que diz respeito aos resultados apurados após a aplicação do programa de ER considera-se que foram bastante positivos, as metas delineadas nessa área foram atingidas, com valores satisfatórios. Constatou-se, maioritariamente, uma melhoria do grau de dependência por parte dos doentes incluídos no programa nos autocuidados: higiene e vestuário. No que diz respeito à capacitação para o uso de estratégias adaptativas para os 2 autocuidados, que representou um dos objetivos do programa, verificou-se, igualmente, uma evolução favorável.

É importante recordar que o objetivo principal para este trabalho consistiu na sistematização das práticas de EEER na área do autocuidado com a criação de um programa de reabilitação estruturado com vista à promoção do autocuidado higiene e vestuário, da pessoa com AVC isquémico, internada na unidade de AVC do Hospital da zona norte. Atendendo ao que foi apresentado, ao longo do trabalho, pode-se afirmar que o objetivo foi concretizado.

Os resultados apresentados, neste documento, foram obtidos durante 4 meses. Pretende-se que o desenvolvimento do mesmo se prolongue por mais tempo, esperando-se que o número de doentes, contemplados no programa, seja maior, no sentido de reforçar os resultados aqui apresentados.

A situação acima referida é interpretada como uma limitação ao estudo, no entanto o empenho e dedicação irão manter-se, no sentido de continuar a trabalhar nos resultados deste programa, pretendendo-se a apresentação de novos resultados, assim que disponíveis.

Outras limitações foram identificadas, nomeadamente o facto de se ter definido um programa com intervenções de ER dirigidos apenas a dois autocuidados, bem como a escolha da população abrangida (apenas um serviço), algo que de futuro se pretende que seja diferente se a replicação do programa for realizada noutros locais. O presente trabalho, apesar de se tratar de um PMCO, não permite generalização como uma boa prática nacional, algo que constituiu, igualmente, uma limitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao ser aplicado o presente programa demonstrou-se interesse em promover a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional enquanto EEER, tendo por base um dos padrões de qualidade que rege a profissão, nomeadamente a organização dos cuidados de enfermagem.

Este projeto traduz o percurso realizado para a sistematização das práticas de EEER na promoção do autocuidado higiene e vestuário comprometido após a ocorrência de AVC isquémico, desenvolvida através dos PMCQ.

Os resultados, neste documento apresentados, apontam para uma melhoria da prática dos cuidados prestados pelo EEER na área da promoção da independência dos autocuidado higiene e vestuário. De acordo com os resultados apresentados é possível verificar uma melhoria dos níveis de dependência no autocuidado higiene e vestuário, bem como um aumento da capacitação para o uso de estratégias adaptativas decorrentes da dependência nos autocuidado higiene e vestuário.

Existiram alguns obstáculos que são próprias de contextos deste género, nomeadamente no que diz respeito à cultura organizacional, aos sistemas de informação e à documentação das práticas, algo que se tentou que tivesse um menor impacto possível.

Como considerações finais, importa realçar/reforçar que o autocuidado é um componente essencial para manter uma vida saudável e equilibrada. A perda da capacidade da pessoa se autocuidar, devido a um AVC, é um desafio significativo, que afeta múltiplos aspetos da vida da pessoa, altera a sua autoestima, podendo constituir um problema importante. No entanto, com intervenções semelhantes às aplicadas neste programa é possível contribuir, de forma satisfatória, para a manutenção da qualidade de vida, pelo que intervenções dirigidas a esta área devem ser encorajadas e encaradas como prioritárias.

A apresentação deste PMCQE na área da promoção do autocuidado deve ser encarada como algo que deve ser replicado, num maior número de pessoas, noutros contextos e/ou noutras instituições, dada a importância que a temática do autocuidado representa na qualidade e bem-estar da pessoa que sofreu um AVC.

O presente trabalho de projeto, desenvolvido neste semestre, para a obtenção de competências de grau de mestre na área de ER, mostrou-se bastante trabalhoso, desafiante

e implicou um grande investimento de tempo e estudo. Importa realçar que para um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação a realização de um trabalho, desta natureza, constituiu um marco importante para o seu desenvolvimento, pois momentos destes favorecem o seu crescimento pessoal e acima de tudo profissional. Estes contribuem para o desenvolvimento de competências, que terão visibilidade na prática clínica do EEER.

Na reta final de todo o processo o sentimento de satisfação, pelo percurso seguido e pelos objetivos atingidos, torna imperativo a necessidade de continuar a trabalhar nesta área de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Sports Medicine. (2018). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (10th Edition) Philadelphia. Wolters Kluwer.
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., Martins, MM. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/ idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. (164-233). Lidel
- Babkair, L. A., Safhi, R. A., Balshram, R., Safhei, R., Almahamdy, A., Hakami, F. H., & Alsaleh, A. M. (2023). Nursing Care for Stroke Patients: Current Practice and Future Needs. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 13(3), 1236–1250. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030106>
- Bamford, J., Sandercock, P., Dennis, M., Warlow, C. & Burn, J. (1991). Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *The Lancet*, 337: 1521–1526.
- Basagni, B., Hakiki, B., Campagnini, S. et al. (2021). Critical issue on the *extinction and inattention* subtest of NIHSS scale: an analysis on post-acute stroke patients attending inpatient rehabilitation. *BMC Neurol* 21, 475. <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02499-9>
- Booth, J., Davidson, I., Winstanley, J., & Waters, K. (2001). Observing washing and dressing of stroke patients: nursing intervention compared with occupational therapists. What is the difference?. *Journal of advanced nursing*, 33(1), 98–105. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01642.x>
- Braga F., Lins S., Christovam B., Souza O (2023). Gestão da qualidade na pandemia de COVID 19: plano de ação da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 76 supl <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0272pt>
- Brott T, Adams HP, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke* 20. 864-70.
- Caneda MA, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. (2006). Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq. Neuropsiquiatr.* 64(3-A):690-697
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [PDF]. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-882061.pdf.aspx?v=%3d%3dWAAAB%2bLCAAAAAAABAARYSztzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAA>
- Ferro, J., Fonseca, A., Pinto, A., Ladeira, F., Marto, J., Ferreira, J., Pereira, L., Rodrigues, M., Viana-Baptista, M., Cruz, V. (2016). 100 Perguntas chave na Neurologia – Acidente Vascular Cerebral. Permanyer Portugal.
- Fonseca, E., Martins, M., Cardoso, M., Ribeiro, M. (2020). Enfermagem de Reabilitação nos cuidados de higiene: Uma Intervenção para Autonomia. *Revista Ibero Americana de Saúde e Envelhecimento*. Vol.6, Nº1. Abril 2020
- Gaspar, L., Loureiro, M., Novo, A. (2021) Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. (12-18). Lidel

- Hackett ML, Duncan JR, Anderson CS, Broad JB, Bonita R. (2000). Health-related quality of life among long-term survivors of stroke : results from the Auckland Stroke Study, 1991-1992. *Stroke*. Feb;31(2):440-7. doi: 10.1161/01.str.31.2.440. PMID: 10657420.
- Hartman-Maeir A, Soroker N, Ring H, Avni N, Katz N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disabil Rehabil*. Apr 15;29(7):559-66. doi: 10.1080/09638280600924996. PMID: 17453976.
- Instituto Nacional de estatística (2022). Portal do Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt>
- International Council of Nurses. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®) Versão 2019. Genebra: International Council of Nurses
- Lessmann, J. C., De Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. (2011). Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico [Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke]. *Revista brasileira de enfermagem*, 64(1), 198–202. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672011000100030>
- Martins MMFPS, Gonçalves MNC, Ribeiro OMPL, Tronchin DMR. (2016). Quality of nursing care: instrument development and validation. *Rev Bras Enferm* 69(5):864-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>
- McEwen, M., Wills, E. (2015), *Bases Teóricas de Enfermagem*. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora
- Mineiro, A., Caldas, A. C., Leal, G., & Rodrigues, I. (2008). Revisitando as afasias na PALPA- P. *Cadernos De Saúde*, 1(2), 135-145. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2008.2776>
- Morais HC, Gonzaga NC, Aquino PS, Araujo TL. (2015). Strategies for self-management support by patients with stroke: integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):134-41.
- Oliveira, I. J., Ferreira, P. L., & Couto, G. R. (2023). Desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua no cuidado à pessoa com deglutição comprometida para promover a implementação de evidências. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2, Supl. 1), e22010. <https://doi.org/10.12707/RVI22010>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº392/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, II Série*, nº85: 13565-68
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, II Série*, nº184: 128-155
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guião para a organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice. (6ª edição). St. Louis Mosby Organização Mundial da Saúde (2006). WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEP wise approach to stroke surveillance. Geneva, World Health Organization
- Organização Mundial de Saúde. (2003). Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral. (Artmed Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde (2006). WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEP wise approach to stroke surveillance. Geneva, World Health Organization
- Pereira, A.G., Gomes, A.M., Merrey, L.S.F., Carli, A.D. & Santos, M.L.M. (2022). Agendamento, tempo de espera, absenteísmo e demanda reprimida na atenção fisioterapêutica ambulatorial. Fisioterapia em movimento, 35. <https://www.scielo.br/j/fm/a/mbGRzw85vwtbYJjy5JxBBqk/?format=pdf&lang=pt>
- Queirós SM, Santos CS, Brito MA, Pinto IE. (2017). Conditioning factors for the development of the self-care competence in the person with a tracheostomy. Referência. serlv(14): 57-66.
- Santos, M. (2021). A Gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In Serviço Nacional de Saúde (2019). Dia Mundial do AVC. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/28/dia-mundial-do-avc-3/>
- Silva, E., Figueiredo, J., Dutra, P., Maia, S., Prado, R., Borrajo, A., Fialho, A. (2020). Teoria do autocuidado de Orem como suporte para o cuidado clínico de Enfermagem à mulher mastectomizada. Brazilian Journal of Development. DOI:10.34117/bjdv6n6-496
- Silva, SC. (2017). Intervenção de Enfermagem no Acidente Vascular Encefálico Isquêmico. In S. Diccini (Eds.), *Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia*. (pp.253-259). Atheneu
- Sousa-Uva, M., & Dias, C. M. (2014). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. Observações_ Boletim Epidemiológico,4,12-14. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. (34-37). Lidel
- Vieira, CM., Sousa, L., Braga, R. (2016). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In CM. Viera, L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Ao longo da Vida*. (465-476)
- World Health Organization (2020). As 10 principais causas de morte. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

APÊNDICE

APÊNDICE I: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração,

ASSUNTO: Pedido de autorização para a
realização de trabalho de investigação

Registo CES N.º 68_2023



Santa Maria da Feira, 04 de outubro de 2023

Designação do trabalho de Investigação

Promoção do autocuidado higiene e vestuário na pessoa em Acidente Vascular cerebral
isquémico - Projeto de melhoria contínua.

Proponente(s)

Enf.ª Cláudia Lucinda Gonçalves Sacramento;

claudias_lgs@hotmail.com;

Parecer da Comissão de Ética

Favorável.



Secretariado da Comissão de Ética para a Saúde de



Anexo I / IT 1818.0

APÊNDICE II: CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Promoção do autocuidado higiene e vestuário na pessoa com Acidente Vascular cerebral isquémico - Projeto de melhoria contínua

Enquadramento: A investigação ocorre no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa, em particular na unidade curricular Dissertação/Trabalho de projeto, sob orientação pedagógica das Orientadora Maria Loureiro. A responsável pelo projeto é a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Cláudia Sacramento.

Explicação do estudo: O presente estudo visa a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com dependência no autocuidado higiene e vestuário após a ocorrência de um AVC isquémico que se encontram internadas na unidade de AVC do

O projeto será implementado junto da pessoa que sofreu um AVC isquémico e tem como objetivos:

- Aumentar a taxa de efetividade diagnóstica relacionadas com o autocuidado higiene e vestuário;
- Implementar um programa de enfermagem de reabilitação dirigido à pessoa com limitações no autocuidado higiene e vestuário;
- Aumentar a taxa de melhoria do status de diagnóstico do autocuidado higiene e vestuário;
- Aumentar a taxa de resolução diagnóstica no autocuidado higiene e vestuário.

Condições e financiamento: Os custos relacionados com financiamento e apoio serão suportados pela investigadora.

Confidencialidade e anonimato: Serão cumpridas as normas do artigo 85º alíneas a) e d) do Código Deontológico do Enfermeiro assegurando, deste modo, o direito da pessoa à confidencialidade de toda a informação e ao anonimado do indivíduo.

Assinatura/s:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço e a minha filmagem durante a execução do programa, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:.....

Assinatura:.....

...Data:...../...../.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR UMA PÁGINA EFEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹<http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsing.2013.pdf>

²<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

APÊNDICE III: FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Promoção do autocuidado higiene e vestuário na pessoa com Acidente Vascular cerebral isquémico

Projeto de melhoria contínua da qualidade

AUTOR: CLÁUDIA SACRAMENTO
COLABORADORES: EQUIPA DE EEER
ORIENTADORA: PROFª MARIA LOUREIRO

Acidente Vascular Cerebral

- Representa uma das principais causas de morte no mundo e Portugal (SILVA, 2008, 2010)
- Em 2020 verificou-se uma subida de 2,9% no número de óbitos (11.439) (INEC, 2020)
- Tem um impacto negativo na vida da pessoa pois pode levar a estados de dependência e invalidez – Afeta a qualidade de vida (PIMENTA et al., 2015)

↓
Comprometimento do Autocuidado

Autocuidado

- "atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária".

Palma de Brito Marques (2019, p.42)

- Quando a necessidade de autocuidado ultrapassa a capacidade para o concretizar, verificando-se desvios de saúde, tornando-se necessário ajuda de terceiros.

Green (2002)

Autocuidado - Enfermagem



Enfermagem de Reabilitação

- Avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's de forma independente;
- Identificar fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa;
- Ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos.

(Regulamento n.º 392/2018)

CHEDV – Unidade de AVC

- Número de internamentos com diagnóstico de AVC - 937 pessoas
- 92% AVC Isquémico e 8% hemorrágicos.
- **Auditoria interna informal - pela equipa de EEER**
 - Caracterização do o nível de dependência da pessoa para o autocuidado (escala de Barthel) – dois momentos.
 - 50% dos casos constatou-se uma melhoria na capacidade para o autocuidado,
 - 66% obtiveram transição no nível de dependência
 - Globalmente verificou-se uma evolução positiva para níveis de autonomia.

Resultados mais debilitados: higiene, vestuário, deambulação e subir e descer escadas.

Finalidades

- Melhorar a resposta assistencial à pessoa que sofreu um AVC isquémico, que se encontra internada na unidade de AVC do [REDACTED]
- Sistematizar as práticas de EEER na área do autocuidado higiene e vestuário da pessoa que sofreu um AVC isquémico, que se encontra internada na unidade de AVC do [REDACTED]
- Construir programa de enfermagem de reabilitação estruturado com vista a promoção do autocuidado higiene e vestuário

Metodologia



Modelo PDCA (adaptado da Ordem dos Enfermeiros, 2013)

Metodologia



Diagrama de causa e efeito (adaptado de Inaga et al., 2022)

Objetivos específicos

- Aumentar a taxa de efetividade diagnóstica relacionadas com o autocuidado higiene e vestuário;
- Implementar um programa de enfermagem de reabilitação dirigido à pessoa com limitações no autocuidado higiene e vestuário
- Aumentar a taxa de melhoria do status de diagnóstico do autocuidado higiene e vestuário
- Aumentar a taxa de resolução diagnóstica no autocuidado higiene e vestuário

Colheita de Dados

- Retrospetivo;
- Obtidos a partir do sistema informático SClínico.

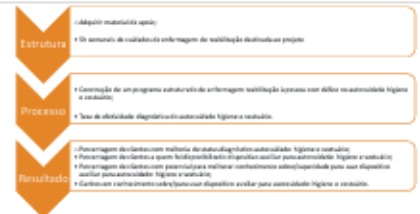


Os dados extraídos constituirão uma forma de obtenção de indicadores.

Crítérios

Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com idade superior a 18 anos; • Internada na unidade de AVC com diagnóstico de AVC isquémico • Apresentar dependência no autocuidado; • Aceitação da pessoa para participar no projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de Afasia global ou Afasia de compreensão, de acordo com a escala de Aachen Aphasia Test (AAT); • Dependência no autocuidado tanto a vestuário elevado pela à ocorrência do AVC, tendo como referência a anamnese a admission; • Pessoa com independência no autocuidado.

Indicadores



Metas a Atingir

- Aumentar o número de recursos materiais no que diz respeito aos dispositivos adaptativos no autocuidado higiene e vestuário;
- Aumentar o número de horas semanais de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- 70% dos doentes elegíveis para ter identificado o status nos autocuidados higiene e vestuário foram identificados;
- Taxa de implementação do programa seja de 50%;
- Aumentar a taxa de resolução diagnóstica em 10%;
- Aumentar em 25% o número de clientes com transição de status para autocuidado: higiene e vestuário.

Considerações Éticas

- Submetido à comissão de ética do CHEDV - obter autorização para a aplicação do projeto na unidade de AVC do CHEDV
- Utilizado um consentimento informado individual que será formulado de acordo com as regras de declaração de Helsínquia, e será entregue a cada pessoa que reúna os critérios necessários para ingressar no projeto delineado, desta forma pretende-se formalizar a concordância para participar no mesmo.



Perspetivas Futuras

Pretende-se que o projeto possa ser replicado com um maior número de pessoas e/ou noutros contextos ou noutras instituições.

Programa de Enfermagem de Reabilitação dirigido à pessoa com dependência no autocuidados higiene e vestuário

Colheita de dados

- Género
- Idade
- Rankin
- Tipo de AVC
- Atualização motora
- NIHSS
- Status diagnóstico do autocuidado higiene e vestuário

Atividade Higiene / Análise esperada para o autocuidado Higiene

Capacidade para:

8. Obter água para lavar
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

9. Abir a torneira e regular a temperatura da água
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

10. Lavar a parte superior do corpo
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

11. Secar a parte superior do corpo
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

12. Lavar a parte inferior do corpo
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

Vestuário / Análise esperada para o autocuidado vestuário

14. Escolher o roupa
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

15. Retirar o roupa de partes do corpo
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

16. Realizar e parte superior do corpo
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

17. Realizar e parte inferior do corpo
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

18. Retirar / desdobrar as roupas
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

19. Usar facha / calças / sapatos
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

20. Colar / descolar meias
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

21. Colar / descolar meias / bota
 Completamente independente
 Necessita de equipamento
 Necessita de ajuda de pessoa
 Dependente, não partilha

Correspondência dos graus de dependência	
Instrumento	Conceito
Todos os itens "Dependente, não partilha"	Dependente em grau elevado
Todos os itens "Necessita de ajuda de uma pessoa"	Dependente em grau moderado
Todos os itens "Necessita de ajuda de equipamento"	Dependente em grau moderado
Itens "Dependente, não partilha" + "Necessita de ajuda de uma pessoa" e/ou "Necessita de ajuda de equipamento" e/ou "Completamente independente"	Dependente em grau moderado
Itens "Dependente, não partilha" + "Necessita de ajuda de uma pessoa" e/ou "Necessita de ajuda de equipamento"	Dependente em grau moderado
Itens "Dependente, não partilha" + "Necessita de ajuda de uma pessoa"	Dependente em grau moderado
Itens "Necessita de ajuda de uma pessoa" + "Necessita de ajuda de equipamento" e/ou "Completamente independente"	Dependente em grau moderado
Itens "Necessita de ajuda de equipamento" + "Completamente independente"	Dependente em grau reduzido
Todos os itens "Completamente independente"	Sem dependência na atividade

- Programa estruturado
- 2 momentos de avaliação do status de dependência inicial e final (alta)
- Constituído por 5 níveis com dificuldade ascendente
- Nível inicial do programa pode ser variável, tendo por base a necessidade apresentada pela pessoa
- Agravamento do estado do doente pode representar a suspensão do programa

Nível 1

- ✓ Considerar a pessoa para a deslocação e para as transferências subsequentes;
- ✓ Planear com a pessoa ou para si a seguir durante a sua recuperação, nomeadamente do autocuidado (vestuário e higiene);
- ✓ Implementar mudanças de rotina e programas, com consciência da pessoa;
- ✓ Realizar exercícios terapêuticos para fortalecer os músculos dos membros superiores, tronco e membros inferiores, os glúteos e os abdominais (1-2 séries de 8-15 repetições);
- ✓ Realizar exercícios passivos n'outra modalidade (bolsa de água quente e outros) durante o tratamento (1-2 séries de 8-15 repetições);
- ✓ Realizar exercícios terapêuticos no leito, nomeadamente a ginástica e a ciria;
- ✓ Incentivar e ajudar a pessoa a realizar autocuidado no leito;
- ✓ Indicar a pessoa a técnica básica de vestir e despir.



Nível 2

- ✓ Intervenções definidas no nível 1
- ✓ Auxiliar a pessoa na autocuidado vestuário e despir, utilizando a técnica de demonstração (recursos a vídeos);
- ✓ Realizar exercícios terapêuticos no leito, nomeadamente a realização do ponto e rotação do quadril;
- ✓ Disponibilizar à pessoa instrumentos que permitam executar as técnicas para vestir e despir, previamente ensinadas, utilizando plataformas que simulam os diferentes passos do autocuidado (passar os botões, fechar, fechar, riscar, atacadore, velcro...);
- ✓ Realizar treino de equilíbrio do tronco sentado, com recursos a exercícios passivos ou ativos;

Nível 3

- ✓ Intervenções definidas no nível 2
- ✓ Realizar exercícios terapêuticos no leito, nomeadamente a carga no cotovelo;
- ✓ Realizar treino de equilíbrio estático com recurso ao engenho quadrilátero, promover medidas de correção postural;
- ✓ Realizar treino de marcha com apoio de barras laterais;
- ✓ Estimular a sensibilidade superficial e profunda, usando materiais partilhados e de diferentes texturas, estimulação visual e táctil, com recurso a jogos coloridos e contornos variados;
- ✓ Treinar técnica de vestir e despir com recurso a orientação visual, com recurso ao engenho;
- ✓ Treino de marcha adaptado a limitações apontadas pela pessoa (apoio unilateral, unilateral, com auxílio de marcha, com supervisão);

Nível 4

- ✓ Intervenções definidas no nível 3
- ✓ Realizar exercícios de treino de equilíbrio dinâmico, a incluir os exercícios com os degraus móveis;
- ✓ Aplicar a técnica de carga de espelho dirigida ao hemitruco afetado [Técnica de espelho - YouTube](#)
- ✓ Treinar o autocuidado higiene e vestuário e despir com recurso a dispositivos de compensação para essas autocuidados (calçadela, dispositivo para abotoar botões e manipular fechos);
- ✓ Realizar treino aeróbio com recurso a esteira (incluir membros inferiores e membros superiores), treinos 3-5 dias por semana com duração de 20-60min divididos em períodos de 5-10 minutos

Nível 5

- ✓ Intervenções definidas no nível 4
- ✓ Treino de equilíbrio estático e/ou dinâmico com recurso a exercícios de manutenção do equilíbrio (plataforma circular, tapetes antiderrapantes coloridos)
- ✓ Realizar treino de subir e descer escadas (com apoio unilateral, recurso a auxílio de marcha, apoio do controlo ou supervisão)
- ✓ Realizar treino de resistência com recurso a esteira com regulador da resistência;
- ✓ Realizar exercícios resistidos com recurso a bandas de diferentes resistências (1-3 séries de 8-15 repetições);

