



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

**Reabilitação motora da pessoa com acidente vascular
cerebral: cuidados especializados de enfermagem de
Reabilitação**

Raquel Conceição Marques Jardim

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**Reabilitação motora da pessoa com acidente vascular
cerebral: cuidados especializados de enfermagem de
Reabilitação**

Raque Conceição Marques Jardim



Orientador: Vanda Lopes da Costa Marques Pinto
Coorientador: Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,
Que já têm forma do nosso corpo,
E esquecer os nossos caminhos
Que nos levam sempre aos mesmos lugares.
É o tempo da travessia:
E se não ousarmos fazê-la, teremos ficado,
Para sempre, à margem de nós mesmos.”*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Ao professor Ricardo Braga, pelo acompanhamento que tornou possível chegar ao fim desta etapa.

Às enfermeiras orientadoras dos locais de estágio, Maria Félix e Natacha Sousa pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e paixão pela Enfermagem de Reabilitação.

À professora Vanda Marques Pinto e Maria Céu Sá.

Um agradecimento especial à Enfermeira Maria Helena Laginha e Enfermeira Maria Adelaide de Sousa pela disponibilidade ao terem tornado possível o percurso de estágio.

A todas as pessoas a quem prestei cuidados no seu processo de reabilitação.

À minha família, que nunca deixou de acreditar, mesmo à distância, sempre foram fonte de incentivo nos dias negros. Sempre demonstraram apoio, compreensão e carinho.

Aos meus amigos, pela paciência nos momentos menos bons, encorajamento e risos provocados.

Um obrigada especial a quem esteve e lidou de perto com todos os altos e baixos, emoções de alegria e frustrações. Pelo apoio incansável e encorajamento a não desistir perante as dificuldades.

Às colegas do desporto pelo contributo na sanidade mantida.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão e trocas infindáveis.

A TODOS SEM EXCEÇÃO, MUITO OBRIGADA!

Lista de Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CSBPR – Canadian Stroke Best Practices Rehabilitation

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

MI – Membros Inferiores

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

mMRCDQ - Escala de dispneia do Medical Research Council modificada (modified Medical Research Council dyspnea scale)

MMSE – Mini Mental Status Examination

MS – Membros Superiores

MSD – Membro Superior Direito

MSE – Membro Superior Esquerdo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UPP – Úlcera Por Pressão

VD – Visita Domiciliária

RESUMO

O acidente vascular cerebral é tido mundialmente como uma das doenças mais incapacitantes. A morbidade que lhe está associada geralmente pode ser minimizada pelos benefícios advindos da reabilitação. A reabilitação permite augurar pela potencialização das capacidades cognitivas e físicas abaladas pelo evento: seu impacto é evidente na melhoria da qualidade de vida da pessoa e da sua família. Dado que as alterações e défices motores acarretam grandes necessidades de ajuste e adaptação, o grande enfoque deste relatório, integrado no mestrado na área de especialização de enfermagem de reabilitação, assenta na reabilitação motora da pessoa acometida por AVC. A intervenção em reabilitação foca-se na minimização de deficiências físicas e cognitivas e na redução das limitações causadas por essas deficiências, num esforço de garantir o potencial máximo de capacidade cognitiva e física: garantir mais qualidade de vida relacionada com a saúde.

Aqui registo a análise crítica resultante de estágios desenvolvidos em ambiente hospitalar e comunitário onde foram desenvolvidas atividades previamente delineadas e estruturadas que possibilitaram o desenvolver de competências identificadas pela Ordem dos Enfermeiros como comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é fundamental na equipa multidisciplinar onde, através de uma abordagem holística, possibilita o maximizar das capacidades funcionais face às limitações impostas, bem como capacitar as pessoas para o desempenho de atividades que permitam a participação social e cidadania.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é parceiro do utente e da sua família, acompanha-os em momentos de incerteza e esforço, e com eles garante a motivação no seu processo de saúde.

Do experienciado em estágio é de apontar como aspeto a ser alvo de investimento no futuro a preparação da transição do contexto hospitalar para o regresso a casa/comunidade.

PALAVRAS-CHAVE | Enfermagem de reabilitação, acidente vascular cerebral, reabilitação motora

ABSTRAT

Stroke is considered worldwide as one of the most disabling diseases. The morbidity associated with it can usually be minimized by the benefits arising from rehabilitation. Rehabilitation allows for the enhancement of the cognitive and physical capacities shaken by the event: its impact is evident in the improvement of the quality of life of the person and his family. Given that changes and motor deficits entail great adjustment and adaptation needs, the main focus of this report, integrated in the master's degree in the area of rehabilitation nursing specialization, is based on the motor rehabilitation of the person affected by CVA. Rehabilitation intervention focuses on minimizing physical and cognitive impairments and reducing the limitations caused by these impairments, in an effort to ensure the maximum potential of cognitive and physical capacity: ensuring a better health-related quality of life.

Here I register the critical analysis resulting from internships developed in a hospital and community environment where previously outlined and structured activities were developed that made it possible to develop skills identified by the Order of Nurses as common to the Specialist Nurse and specific to the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

The intervention of the nurse specialist in rehabilitation nursing is fundamental in the multidisciplinary team where, through a holistic approach, it makes it possible to maximize functional capacities in the face of imposed limitations, as well as empower people to perform activities that allow social participation and citizenship.

The nurse specialist in rehabilitation nursing is a partner of the user and his family, he accompanies them in moments of uncertainty and effort, and with them guarantees the motivation in their health process.

From what was experienced in the internship, it is worth pointing out as an aspect to be targeted for investment in the future, the preparation of the transition from the hospital context to the home/community return.

KEYWORDS | Rehabilitation nursing, stroke, motor rehabilitation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	28
1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	28
1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....	29
1.3. Competências desenvolvidas ao longo dos ensinoss clínicos.....	30
2. AVALIAÇÃO.....	54
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXO II – ÍNDICE DE BARTHEL	
ANEXO III – MRC: <i>Escala da Medical Research Council</i>	
ANEXO IV – ESCALA MODIFICADA DE ASWORTH: classificação da espasticidade	
ANEXO V – MMSE: <i>mini mental satate examination</i>	
ANEXO VI – mMRC Dispneia	
ANEXO VII – ÍNDICE DE TINETTI	
ANEXO VIII – CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA DE HOLDEN	
ANEXO IX – GUSS: <i>gugging swallowing test</i>	
APÊNDICES	
APÊNDICE I: PROJETO DE ESTÁGIO	
APÊNDICE II: ESTUDO DE CASO	
APÊNDICE III – CUIDADOS DE HIGIENE DA PESSOA COM AVC	
APÊNDICE IV – VESTIR E DESPIR A PESSOA COM AVC	
APÊNDICE V – ADMINISTRAÇÃO DE INALADORES	
APÊNDICE VI – INDICADORES	
APÊNDICE VII – AVALIAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio pretende evidenciar o percurso de desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) com a realização dos ensinamentos clínicos que encerram este ciclo formativo, que integram o plano de estudos do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, desenvolvem-se aqui considerações do seu contributo para o crescimento e aquisição de competências, olhando aos descritores de Dublin¹, encerrando-se assim a jornada académica e abrindo portas à concretização de maior potencial profissional.

O presente relatório permite ser um espaço para aprofundar conteúdos, conceitos e teorias. Neste documento registo a análise da prática clínica em contexto de estágio num serviço de internamento de Neurologia e numa Unidade de Cuidados na Comunidade, tendo como foco a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) à pessoa pós acidente vascular cerebral.

O interesse por esta temática surgiu fruto da experiência e vivências no âmbito profissional, numa enfermaria de um serviço de internamento de medicina, onde o acidente vascular cerebral é um dos problemas mais predominantes que resulta num grande impacto na vida das pessoas e suas famílias. Tal acontece pelos défices decorrentes do AVC ou até mesmo da imobilidade associada. Considerando as narrativas das pessoas e familiares, as limitações motoras são as que causam maior

¹ Os descritores Dublin, apresentados pelo Quadro de Qualificações do Ensino Superior em Portugal, surgiram de acordo com o quadro de qualificações do Espaço Europeu de Ensino Superior: Assim sendo, para o 2º ciclo do ensino superior distinguem-se com o grau de mestre quem

a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Decreto-lei 74/2006, p. 2246, 2247)

impacto e preocupação, uma vez que obrigam a uma grande readaptação no sistema individual, familiar e social.

O acidente vascular cerebral refere-se ao distúrbio agudo, de início e desenvolvimento rápido, da circulação sanguínea dos tecidos cerebrais causado pela estenose, oclusão ou rutura dos vasos sanguíneos cerebrais, que danifica a função cerebral (Thrift, Thayabaranathan & Howard, 2017; Jang & Lee, 2020).

O AVC tornou-se uma das principais causas de mortalidade devido à sua alta incidência em todo o mundo (Jang, Seo, & Lee, 2020). Segundo as estatísticas, em 2019, houve 12,2 milhões casos incidentes de AVC, 6,55 milhões de mortes por AVC. Globalmente, o AVC permaneceu como a segunda principal causa de morte (11,6% do total de mortes) e a terceira principal causa de morte e incapacidade combinadas (5,7%). De 1990 a 2019, o número absoluto de acidentes vasculares cerebrais incidentes aumentou 70,0% e as mortes por acidente vascular cerebral aumentaram em 43,0%. Durante o mesmo período, as taxas de incidência de acidente vascular cerebral padronizadas por idade diminuíram 17,0%. No entanto, entre pessoas com menos de 70 anos, as taxas de prevalência aumentaram 22,0% e as taxas de incidência aumentaram 15,0%. O AVC isquémico constituiu 62,4% de todos os AVC incidentes em 2019 (7,63 milhões) sendo o mais frequente, enquanto a hemorragia intracerebral constituiu 27,9% (3,41 milhões) e a hemorragia subaracnoídea constituiu 9,7% (1,18 milhões) (Feigin et al., 2021).

As manifestações clínicas podem ocorrer em vários campos e a sua gravidade variam consoante a localização da lesão podendo ser de características motoras, perceto-sensoriais, cognitivo-emocionais, da linguagem e/ou alterações intestinais e vesicais. Estas manifestações podem ser temporárias ou permanentes, mais ou menos graves, mas sempre com impacto na qualidade de vida, podendo, em algumas situações representar barreiras na vida pessoal, familiar, social e profissional (SPAVC, 2016).

Os dados estatísticos divulgados pela SPAVC (2016), mostram que 41% dos sobreviventes de um AVC estão dependentes apresentando um aumento da taxa de morbilidade de 1,6% entre 2011 e 2015 (DGS, 2017).

De entre as sequelas do AVC, as estatísticas demonstram que mais de 30% das pessoas acometidas por AVC apresentam algum grau de comprometimento físico-motor e logo uma importante afetação da qualidade de vida (Hattem et al., 2016; Kumar, 2019; Lai, Tsai, Luo, Liao, Hsu, & Chen, 2017).

As alterações motoras são as mais comuns traduzindo-se em défices nos membros superiores, inferiores e tronco que influenciam diretamente as atividades de

vida diária (AVD), bem como na qualidade de vida (Yoshida, Barreira & Fernandes, 2019). A pessoa pode apresentar alterações da força, do tônus, dos mecanismos de controlo postural e sensibilidade (Curuk, Lee & Aruin, 2019; Menoita, 2012).

Além disso, “pode haver deficiências no processo sensorial (visão, sensação somestésica e sistemas vestibulares) e distúrbios de integração cognitiva (despertar e atenção, consciência da incapacidade, memória, solução de problemas e aprendizagem)” (Umphred, 2007, p. 776).

Por vezes as limitações nas capacidades motoras surgem dos défices sensoriais que estas pessoas apresentam uma vez que o controlo motor e a sua reaprendizagem emergem de complexos processos de perceção, cognição e ação. As áreas sensitivas procedem à análise de informação sensorial, que perante os estímulos conduz a movimentos, à resposta motora. Se os estímulos sensoriais não são identificados e reconhecidos não irão gerar resposta motora uma vez que não é entendida como necessária (Toubarro, 2017, p. 161).

De entre essas alterações a apraxia diz respeito a distúrbios da execução do movimento aprendido cuja justificação não é apontada a alterações musculares, incompreensão, desatenção ou por perda sensorial (West, Bowen, Hesketh & Vail, 2009). Esta está mais associada ao envolvimento do hemisfério esquerdo, cerca de 28 a 57%, mas também pode ser observado em lesões do hemisfério direito, entre 0 a 34%. A gravidade desta condição está relacionada com as mudanças no desempenho funcional e embora a tendência seja melhorar com a reabilitação precoce, 20% dos identificados continuam com problemas persistentes (Teasell et al., 2019). Estes aspetos fazem com que a apraxia esteja diretamente associada à diminuição da independência para as AVD (Winstein et al., 2016).

A hemiparesia e a hemiplegia são as principais causas de incapacidade grave (Menoita, 2012, p. 74). As alterações do tônus muscular variam de pessoa para pessoa podendo levar à espasticidade. Esta pode ser definida como o “aumento do tônus muscular, com exacerbação dos reflexos profundos, decorrente da hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento” (Menoita, 2012, p. 74). A espasticidade surge dos segmentos distais para os proximais com alteração postural em função do grau de espasticidade.

A espasticidade pode envolver amplos comportamentos anormais, no padrão típico a pessoa evidencia alterações do tônus em vários grupos musculares, sendo mais acentuado nos músculos anti-gravíticos. Apresenta rotação da cabeça para o lado menos afetado e flexão para o lado mais afetado (Johnstone, 1979, p. 17). O membro superior apresenta retração e depressão da omoplata, rotação interna e

adução da articulação escapulo umeral, flexão do cotovelo, pronação do antebraço, flexão do punho, mão em desvio cubital, dedos em flexão e adução. No tronco observa-se a tendência para a flexão lateral para o lado mais afetado. A bacia encontra-se em báscula anterior. O membro inferior apresenta rotação externa e extensão coxo-femural, o joelho em extensão, tibio-társica em dorsi-flexão e inversão do pé.

Com estas alterações musculo-esqueléticas a pessoa vai adotar padrões posturais desadequados ao ter tendência para transferir e compensar com o lado menos afetado. Estas alterações vão provocar alterações em vários níveis afetando a capacidade de *performance* de atividades importantes à vida diária como é o exemplo do equilíbrio e do andar.

Pode ocorrer distúrbios da atividade muscular coordenada durante movimentos voluntários causado por uma lesão ou disfunção no cerebelo que resulta em perda de coordenação, equilíbrio e controle postural, denominado de ataxia. Aqui a pessoa apresenta um atraso no início do movimento, falhas nos *timings*, dismetria e trajetórias anormais dos membros, podendo resultar em lentificação da marcha, passos curtos e irregulares e dificuldade de coordenação entre os membros. Esta condição está presente em 68 a 86% das pessoas com afeção do tronco cerebral (Winstein et al., 2016).

A marcha poderá estar comprometida em que aproximadamente dois terços das pessoas acometidas por AVC vivenciam limitações no andar independente, levando à dependência em algumas atividades, especialmente fora de casa surgindo a tendência de um estilo de vida sedentário. Apenas 50% dos pessoas submetidos a reabilitação, demonstram melhorias nessa atividade. Desses, quase 80% recuperam a capacidade de andar em que metade apresentam assimetria, espacial e ou temporal persistente da marcha contribuindo para um aumento do risco de queda (Little, Perry, Mercado, Kautz & Patten, 2020; Ozgozen, Guzel, Basaran, & Coskun, 2020; Xu, Clemson, O'Loughlin, Lannin, Dean & Koh, 2017).

A prevalência de quedas em pessoas com AVC durante os primeiros 6 meses após a alta hospitalar fica entre 36% e 73%, e as taxas de queda permanecem altas entre 40% e 58% nesses indivíduos 1 ano após o acidente vascular cerebral e dois terços das quedas ocorrem em ambientes fechados (Xu et al., 2017).

Estas alterações vão provocar alterações da mobilidade pelo que é necessário trabalhar e prevenir as consequências da imobilidade. Um dos sistemas habitualmente afetado é o músculo-esquelético em que ocorre uma diminuição da contração muscular, perda de força e massa muscular, atrofia, contraturas e osteoporose.

A imobilidade ativa mecanismos bioquímicos que levam a alterações estruturais e metabólicas do músculo que se traduzem em perda de massa muscular, da área transversal do músculo e da força contrátil. A este fenómeno associa-se a diminuição da resistência muscular à fadiga. Assim, “a atrofia resultante do desuso tem efeitos sobre a força muscular, produzindo uma redução acentuada e progressiva. A atrofia muscular inicia-se nas primeiras horas de imobilidade em 22% dos indivíduos, resultando em 4-5% de perda de força muscular para cada semana” (Menoita, 2012, p. 76).

O membro mais afetado é o MS, sendo que, apesar de 58% dos pacientes recuperarem a independência nas AVD e 82% aprenderem a caminhar, cerca de 30% a 60% deles não têm função no braço. A evolução favorável do retorno de movimento ao longo das duas primeiras semanas é um indicador da possibilidade de recuperação total do MS, no entanto se houver défices na força de preensão precedente aos 24 dias, é indicador de que não haverá recuperação da função do MS em 3 meses (Umphred, 2007, p. 776).

O ombro doloroso do lado mais afetado – hemiplégico – é uma complicação frequente após o AVC, com impactos negativos nas atividades funcionais e na qualidade de vida das pessoas, além de restringir a intervenção na reabilitação. A incidência de dor no ombro após um acidente vascular cerebral é alta. De acordo com a CSBPR (2019) até 72% dos pacientes adultos com AVC relatam pelo menos um episódio de dor no ombro no primeiro ano após o AVC.

As causas de dor no ombro são multifatoriais, podendo ser devidas a mecanismos mecânicos ou outros, como a idade. Pode ser por lesão ou condições ortopédicas adquiridas devido ao comprometimento da integridade das articulações e tecidos moles. É mais frequente surgir no membro plégico do que no membro menos afetado. No caso da hemiplegia “a dor no braço pode ser causada pelo desequilíbrio muscular, padrões de movimentos inadequados, disfunção articular, padrões de suporte de peso impróprio e encurtamento muscular ou pode ainda estar relacionada com a diminuição da sensação e interpretação sensorial” (Nadler, Pauls, Cluckie, Moynihan & Pereira, 2020; Umphred, 2007, p. 796; Winstein et al., 2016).

Para além das alterações motoras o AVC pode provocar alterações das funções cognitivas podendo envolver transformações nos diferentes tipos de memória, curto prazo ou longo prazo e/ou apresentar várias formas de amnésia. Alteração das capacidades práxicas, relacionado com a perda de capacidade de executar gestos aprendidos. Negligência hemiespacial unilateral ou neglect nas suas formas de manifestação. Alteração da capacidade de cálculo. Na função cognitiva os

indivíduos com mais de 50 anos de idades apresentam maior perda e o declínio cognitivo aumenta exponencialmente após os 65 anos (Yoshida et al., 2019).

A depressão é um resultado frequente sendo importante a identificação de sinais e sintomas para evitar complicações, ou até mesmo a morte. Ao comparar a incidência entre sexos, as mulheres apresentam mais sintomas que os homens. A razão pensa-se estar relacionada, entre outras, a causas genéticas, desigualdade psicossocial e diferente acesso a programas de reabilitação (Yoshida et al., 2019).

Depois de uma lesão, especialmente com alterações evidentes, é natural o individuo apresentar sentimentos de perda, revolta e receios quanto ao futuro desconhecido. No entanto, é necessário estar disposto e motivado a participar e experimentar o desconhecido para aprender a se adaptar. Estes aspetos não devem ser banalizados pois irão afetar a neuroplasticidade. Para além destes, a aptidão em participar num programa terapêutico é altamente influenciada pela presença ou ausência de depressão, problemas de linguagem e de comunicação (Umphred, 2007, p. 776 e 777).

Estas alterações trazem implicações e mudanças substanciais também no ambiente familiar. Quando se verifica défices que prejudicam o grau de autonomia e independência há necessidade de maior envolvimento familiar e/ou de pessoas significativas. Isto pode acarretar alterações nas dinâmicas, nas atividades do quotidiano, dos momentos de lazer, qualidade de sono, cansaço, stress, alterações financeiras, sociais e emocionais havendo necessidade de reorganização pessoal e por vezes laboral (Silva & Boery, 2017).

Cada vez mais, na maioria dos países assiste-se a internamento hospitalar de curta duração (Branco & Santos, 2010). O regresso a casa cada vez mais precoce implica uma melhor compreensão sobre as relações familiares e a sua dinâmica no processo de saúde e doença e este é um desafio para as famílias e para os profissionais que melhor as capacitam e contribuem para o seu empoderamento reconhecendo e considerando os valores socioculturais da família e da sociedade (Menoita, 2012, p. 36 – 38).

Perante estas alterações torna-se imperativa a atuação do EEER, pois este “conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz” (Regulamento n.º 350/2015, p. 16658) e reeducação funcional que permitam maximização das capacidades no regresso ao domicílio, o desempenho de funções e papéis, bem como a reintegração e participação social.

A reabilitação, segundo a Organização Mundial de Saúde (s.d.), é um conjunto de intervenções que se concentram em melhorar a capacidade funcional e reduzir a

experiência de deficiência decorrente de uma condição de saúde ou envelhecimento na vida da pessoa. Esta permite que indivíduos de todas as idades mantenham ou retornem às suas atividades diárias, cumpram papéis significativos na vida e maximizem o seu bem-estar.

Uma revisão de estudos anteriores mostra que as intervenções de enfermagem são extremamente eficazes na melhoria da recuperação para pacientes com doenças do sistema nervoso central (Lucia, Piedepalumbo, Paolisso & Koch, 2019; Shen et al., 2018). A investigação desenvolvida por Imura et al. (2018) mostra que a enfermagem de reabilitação precoce pode treinar e estimular a regeneração sináptica cerebral e restaurar a função cerebral. A aplicação da enfermagem de reabilitação precoce pode garantir a padronização, continuidade e eficácia da enfermagem de reabilitação, ajudar a melhorar a qualidade de vida das pessoas e acelerar o retorno à família e à sociedade (Spaan, Vrieling, Berg, Dijkstra & Keeken, 2017).

O estudo Global Burden of Disease (2015) demonstrou que as situações de saúde de uma grande parte das pessoas com diagnóstico de AVC podem beneficiar da reabilitação (Global Burden of Disease, 2016). De acordo com as diretrizes da American Heart Association e da American Stroke Association (2018), todas as pessoas após AVC devem iniciar processo reabilitação precocemente, implementado por uma equipe multidisciplinar organizada (evidência de nível I, recomendação de nível A) (Powers, Rabinstein & Ackerson, 2018).

Scrutinio, et al. (2019) defendem que devem ser dedicados esforços no sentido de facilitar a sensibilização dos profissionais de saúde sobre as vantagens da reabilitação e aumentar a participação dos profissionais neste processo. A recuperação do AVC é heterogênea, mas a importância da intervenção precoce e da efetivação de intervenções de reabilitação é consensual (Whitehead & Baalbergen, 2019).

A intervenção do EEER pode melhorar a função neurológica e o desempenho das atividades de vida diária de pessoas no período após acidente vascular cerebral (Abd El-Hay, Abed Allah & Tag, 2018; Guan, Guo & Gao 2019).

O EEER assume uma particular relevância no processo de recuperação pós AVC uma vez que possui “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p. 4744). Pelo que, “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção

e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.o 392/2019, 2019, p. 13566).

Para o sucesso da sua intervenção é imperativo a existência de uma equipa multidisciplinar bem estruturada e organizada de elementos dotados de conhecimentos especializados, com intervenções baseadas num processo biopsicossocial. Ter ainda subjacente uma abordagem holística para compreensão do indivíduo e dos fatores que o influenciam que podem determinar quais as intervenções a adotar, monitorizar as mudanças e conquistas resultantes das intervenções bem como as mudanças no estilo de vida e reformular objetivos conforme o caminho a ser percorrido (Murie-Fernández & Marzo, 2020; Sunnerhagen, 2020; Wade, 2020).

A intervenção do EEER pode ser dividida em três fases. Numa fase aguda, que geralmente se estende pela primeira semana, onde habitualmente as pessoas são tratadas em ambiente hospitalar. A fase subaguda, geralmente entre 1 a 6 meses onde o processo de reabilitação é mais eficaz na recuperação de funcionalidades. E por último a fase crónica, após os 6 meses, na qual o grande objetivo da reabilitação é tratar e diminuir as alterações instaladas (Aqueveque, Ortega, Pino, Saavedra, Germany & Gómez, 2017).

Torna-se clara a exigência de uma abordagem complexa, integradora e holística por parte do EEER.

Os cuidados em enfermagem abrangem aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais que permitem ao enfermeiro identificar as inter-relações das diferentes dimensões que compõem uma pessoa na vivência de um processo de doença e na reabilitação (Chan, Wong, Yeung & Sum, 2016; Toro & Martiny, 2020).

De entre as várias teorias que orientam os profissionais de enfermagem na sua prática, a teoria dos sistemas de Betty Neuman, por vezes na literatura também designado por modelo sistémico, é um referencial de enfermagem que muito se adequa à prática da enfermagem de reabilitação.

O referencial de enfermagem desenvolvido por Betty Neuman acolhe de forma muito apropriada os propósitos que sustentam a intervenção especializada da enfermagem de reabilitação. A teoria de sistemas adequa-se em benefício da abordagem à pessoa com diagnóstico de AVC, dado considerar e reconhecer a importância dos diversos fatores, nomeadamente sintomas, que interferem no sistema da pessoa (Cook, Sunnerhagen & Persson, 2020; Freese, 2004). Além disso, esta teoria facilita a compreensão da relação dinâmica existente entre os vários sistemas que compõem a pessoa.

Para Neuman, a pessoa é constituída por várias linhas de defesa pelo que se torna indiscutível que o AVC coloca à prova as capacidades e funções dessas linhas. A pessoa é vista e entendida de forma holística: um ser multidimensional e único, com características próprias que lhe são inatas, que interage constantemente com o ambiente que a rodeia, e que lhe é inerente individualidade de fatores fisiológicos (estrutura e função corporal), psicológicos (processos de pensamento e de reflexão), socioculturais (funções sociais e culturais), de desenvolvimento (tarefas que desenvolve e que se espera que desenvolva de acordo com cada etapa do ciclo vital) e espirituais (influências exercidas pela crença espiritual) (Freese 2004, p. 336-340).

Na teoria dos sistemas, a saúde é definida como um estado dinâmico de bem-estar ou de doença, determinado por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Esta teoria defende a existência de uma interação harmoniosa do sistema, que se desenrola no sentido (na direção) do bem-estar (da pessoa): a saúde equivale a estabilidade, sendo considerada como o melhor estado de saúde para a pessoa. Sendo assim, o nível de saúde de um sistema altera-se dada a reação e adaptação do mesmo aos agentes stressores: a saúde é um continuum bem-estar e doença, e não uma dicotomia destes pontos.

O ambiente é considerado como os fatores (ou influências internas e externas) que rodeiam ou interagem com a pessoa ou com o sistema: a pessoa pode ser, em qualquer momento, influenciada de forma positiva ou negativa por essas forças. Os fatores stressores são todos os agentes que têm a capacidade de interferir no equilíbrio do sistema e provocar instabilidade. Estes fatores, dependendo da sua intensidade, podem induzir uma reação de alarme ou até de rutura do ponto de equilíbrio (Freese, 2004, p. 343-344).

A adaptação às novas condições e limitações é um processo dependente das características e variáveis afetadas, tanto sejam fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, como sejam de qualidade das dinâmicas de interação com o meio, seja ambiente físico, contexto e cultura ou dinâmica familiar.

O evento de AVC e os seus efeitos são fatores stressores para o sistema da pessoa. Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros especialistas em reabilitação assumem um papel de extrema importância onde, à luz de Neuman, a reabilitação da pessoa pós-AVC passa pela prevenção secundária e prevenção terciária. A prevenção secundária refere-se à capacidade do EEER auxiliar o sistema da pessoa a restaurar o equilíbrio tratando sintomas que ocorrem após a invasão do stressor, ou seja, as alterações decorrentes do AVC. Ao mesmo tempo, o enfermeiro

especialista intervém na prevenção terciária ao prevenir outros danos, como os efeitos da imobilidade ou instalação de padrões compensatórios prejudiciais, e manter estabilidade à medida que a reconstituição é estabelecida.

Desta forma, o enfermeiro que oriente a sua prática pela conceção sistémica de Neuman procura restaurar o equilíbrio do sistema que foi afetado pela ocorrência do AVC resultando em sequelas, fatores desestabilizadores do sistema.

Assim, sendo certo que os cuidados de enfermagem especializada em reabilitação se exaltam por uma abordagem sistémica, integrada, total em diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os demais profissionais da equipa de pares e multidisciplinar, concerta-se inequivocamente nos postulados do modelo sistémico de Betty Neuman.

Tendo em consideração as diversas alterações e sua complexidade é facilmente perceptível o impacto e exigências resultantes do AVC, quer na dinâmica familiar como na dependência a que algumas destas pessoas ficam sujeitas. Aqui, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é claramente pertinente e imprescindível pois são várias as sequelas motoras que afetam a capacidade funcional.

A OE (2015) identifica as intervenções autónomas do EEER na função motora como uma área prioritária de investimento e guiada desta forma pela necessidade e motivação em aprofundar conhecimentos nesta área e na importância que a enfermagem de reabilitação assume na reabilitação destas pessoas, considerou-se como principal objetivo o desenvolvimento de competências no âmbito da reabilitação motora da pessoa pós-acidente vascular cerebral. Os objetivos específicos assentam em 1) avaliar de forma holística a pessoa com história de AVC recente; 2) prestar cuidados especializados de reabilitação à pessoa na manutenção e recuperação da sua capacidade funcional motora; 3) promover a máxima independência e satisfação na realização das atividades de vida diárias; e 4) prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com alterações neurológicas, respiratórias, cardíacas, da alimentação e eliminação.

Estes objetivos foram definidos num projeto de formação (Apêndice X) desenvolvido previamente com orientações das atividades a desenvolver que sustentaram o estágio e a construção do presente relatório. O projeto foi desenhado olhando à temática em estudo e ao papel da Enfermagem de Reabilitação nas diferentes áreas de intervenção no adulto.

A metodologia deste relatório tem por base a pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas Cochrane, PubMed, B-On e Ebsco Host, nomeadamente Cinahl

complete e Medline (via ESEL), recorrendo às palavras-chave definidas, em linguagem natural, sinónimos e termos indexantes mais adequados para cada conceito. A partir da seguinte questão de investigação: quais as intervenções do EEER na reabilitação motora da pessoa no pós-AVC?, houve também pesquisa na literatura cinzenta (livros publicados, jornais, revistas e outros periódicos com artigos relevantes para o tema). Para a pesquisa foi estabelecido um limite temporal de 13 anos. Num segundo momento a prática dos ensinamentos clínicos dando continuidade à pesquisa bibliográfica pela necessidade e exigência da prática baseada na melhor evidência bem como a sua análise reflexiva contribuíram para a construção deste documento.

O estágio decorreu em contextos distintos, sendo o primeiro em UMDR, passando para ambiente hospitalar e por fim em contexto comunitário.

Iniciei este percurso de estágio numa UMDR no Distrito de Lisboa tendo dado continuidade num Centro Hospitalar de Lisboa em internamento de Neurologia. Terminei os estágios em contexto comunitário numa UCC/ECCL de Lisboa.

Posta esta introdução serão abordadas as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros enquanto Enfermeira Especialista e mais especificamente no domínio da Enfermagem de Reabilitação. Fazendo o enquadramento dos objetivos e atividades planeadas e desenvolvidas ao longo dos estágios à luz dos descritores de Dublin.

Será apresentada uma avaliação sucinta geral recorrendo da metodologia *SWOT*. No final são tecidas considerações finais desta jornada.

1. COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.

Segundo o Regulamento nº 140/2019 “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas(...)” (2019, p. 4744). A OE no regulamento supracitado (2019) definiu um conjunto de competências das quais o enfermeiro especialista deve ser detentor. Esta reconhece que o “enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (p. 4745).

As competências comuns do enfermeiro especialista são definidas como as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, evidenciadas pela sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (2019, p. 4744), sendo englobadas em quatro domínios: 1. Responsabilidade profissional, ética e legal; 2. Melhoria contínua da qualidade; 3. Gestão de cuidados; 4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

O enfermeiro especialista rege a sua prática profissional prezando pela valorização e cumprimento de normas legais, princípios éticos e deontológicos, bem como presta cuidados com forte apreço pelos direitos humanos e suas responsabilidades profissionais, implícitos na competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Assume papel dinamizador de estratégias aliadas da boa governação clínica, de práticas de qualidade e de melhoria contínua, bem como garante um ambiente terapêutico e seguro de prestação de cuidados (competências do domínio da melhoria contínua da qualidade). Este gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e em articulação com a equipa

de saúde, tendo presente o cuidado de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando e ambicionando pela garantia de prestação de cuidados de excelência (competências do domínio da gestão dos cuidados). Por forma a dar resposta às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, integra a melhor e mais recente evidência científica na prática clínica, adotando uma postura de autoconhecimento e assertividade (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4746 - 4750).

1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

A reabilitação apresenta-se como uma especialidade multidisciplinar, que compreende competências específicas e um corpo de conhecimentos próprio, de modo a ajudar as pessoas com doença aguda ou crónica, bem como com as suas sequelas por forma a potenciar a sua independência e funcionalidade (Regulamento nº 392/2019, 2019, p. 13565).

As competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação centram-se no cuidado de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital em todos os contextos da prática de cuidados; capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição de participação para reinserção e exercício da cidadania; maximização da funcionalidade através da capacitação da pessoa (Regulamento nº392/2019, 2019, p. 13566). A essência da enfermagem de reabilitação consiste em facultar intervenções que melhorem a capacidade funcional e cognitiva e minimizem o impacto da incapacidade, ou seja, intervenções que se alinhem na capacitação da pessoa a proceder ao ajuste social, físico e emocional.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem têm como objetivo a promoção da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados e funcionam como referencial para a reflexão sobre a prática especializada de enfermagem. A descrição dos propósitos que sustenta esta intervenção tida como especializada são a estrutura requerida disponível para avançar e concretizar cuidados de maior qualidade, cuidados baseados nas melhores e mais atuais evidências científicas, cuidados de enfermagem humanizados em busca permanente pela excelência dos cuidados.

1.3. Competências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos

Aqui serão apresentadas as competências definidas pela OE bem como, analisadas e fundamentadas algumas das atividades desenvolvidas no processo de aquisição dessas competências que permitem a atribuição do título de EEER demonstrando conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada da temática integrando-os e aplicando-os em diferentes contextos da prática bem como a sua partilha.

A apresentação individualizada do desenvolvimento de cada competência torna-se difícil pois o EEER no seu cuidado integra e mobiliza várias simultaneamente pela complexidade das suas ações, pelo que apresento uma análise sequencial com exemplos muitos deles abrangentes a várias competências de diferentes domínios.

A intervenção do EEER assenta no objetivo de garantir a melhor adaptação possível da pessoa às novas condições de vida, pela aquisição de novas habilidades ou estratégias, que a dotem de competências para ultrapassar ou remover as barreiras sociais e físicas no ambiente que se assumam como obstáculo ou dificuldade.

O sucesso da reabilitação é desde logo determinado pelo planeamento da intervenção. O plano de reabilitação é tanto mais adequado, quanto melhor for aferida a potencialidade de recuperação. Assim, a avaliação da condição de saúde/doença da pessoa é um elemento essencial para o planeamento adequado da intervenção especializada de enfermagem de reabilitação com objetivos de recuperação honestos, possíveis, reais, tanto para as pessoas como para os profissionais (Kelly-Hayes & Phipps, 2011, p. 177 – 178, 2011; OE, 2016). Desta forma o EEER analisa as alterações impostas que limitam a atividade e restringem a participação na sociedade, procura definir e implementar intervenções autónomas e/ou multidisciplinares planeadas tendo em vista “a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (Regulamento nº392/2019, 2019, p. 13566) seguidas da avaliação das mesmas em pessoas de todas as idades.

Nesse sentido “interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (Regulamento nº392/2019, 2019, p. 13567).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são uma área de intervenção especializada com um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que têm como foco a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a

recuperação, tanto quanto possível, da funcionalidade através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização de capacidades (Regulamento 350/2015, 2015, p. 16656). Assim, o EEER age e interage com a intenção de re aquisição de funções perdidas e/ou adaptação à nova condição adquirida pela pessoa.

O EEER para conceber cuidados individualizados e adequados aos seus clientes alicerça a sua prática clínica em postulados e modelos teóricos, como o adotado na conceção deste trabalho. Só com base em modelos teóricos é possível almejar a prestação de cuidados de qualidade.

Tendo em conta as premissas e conceitos centrais do modelo teórico de Betty Neuman, estes articulam-se com os enunciados descritivos formulados pela OE dos padrões de qualidade e que o EE deve perseguir para proporcionar cuidados de qualidade. Para garantirmos a satisfação do cliente temos de estar atentos segundo Neuman à complexidade e individualidade de cada pessoa; ao promovermos o bem estar e autocuidado estaremos a promover na ótica de Neuman o equilíbrio do sistema e das suas interações com o meio. O enfermeiro de reabilitação tem ainda em conta uma outra dimensão do modelo teórico de Neuman, o ambiente, quando tem em mente a promoção da inclusão social da pessoa, bem como a sua readaptação funcional.

Qualquer processo de enfermagem e plano de cuidados, quer seja de reabilitação ou outro, inicia-se pela completa avaliação da pessoa/grupo-alvo de cuidados. Desta forma às pessoas a quem prestei cuidados procedi à colheita de dados gerais da pessoa, diagnóstico(s) médico(s) e antecedentes pessoais e familiares consultando o processo clínico para complemento de informações. Posteriormente, iniciava a avaliação detalhada, com recurso a instrumentos de avaliação (Anexo I a IX), do estado mental e pares cranianos, quando pertinente. A nível sensório-motor nomeadamente a sensibilidade, o tónus e força muscular, amplitude articular, coordenação motora, características da marcha, equilíbrio e transferências. Importa referir que a interpretação dos resultados permite o desenvolver de um plano de cuidados de ER adequado quando analisado no seu conjunto e contexto.

Sendo a pessoa um sistema composto por subsistemas que interage com o meio um dos aspetos que procurava incluir na avaliação diz respeito à rede de apoio, ao ambiente familiar, as crenças, cultura e a componente psicológica e emocional da vivência do processo de doença, muitas delas com alterações de impacto significativo. A avaliação o mais completa, respeitadora e integradora possível é um bom preditor

de resultados aos cuidados de ER a serem delineados e instituídos uma vez que os programas de reabilitação mais bem-sucedidos são aqueles que adotam uma abordagem holística permitindo planos de cuidados personalizados e adequados às reais necessidades com envolvimento do cliente na tomada de decisão (Ogundunmade, Bawa & Jasper, 2016).

Para isso é fundamental ter-se presente os domínios éticos e legais – domínio da responsabilidade profissional, ética e legal - de forma evidente na prática. Ao longo dos estágios sempre demonstrei uma avaliação e abordagem de cada situação com respeito e com base na ética e deontologia que rege a profissão.

O respeito pelas preferências do cliente é extremamente importante seja qual for o contexto de atuação. Um exemplo disso foi no treino de AVD, nomeadamente na higiene corporal da pessoa com o diagnóstico de AVC com força grau 4 no MIE e grau 3 no MSE, com alterações do equilíbrio, no qual o cliente tinha preferência por realizar a higiene na posição de pé o que, pela alteração da força, dificultava a higiene havendo risco de queda associado. Nesta situação, e sendo um cliente, segundo o modelo de Mauk de recuperação pós-avc², em fase de fantasia (Mauk, 2006) conversei com o mesmo, respeitando a sua vontade orientei-o para a realidade, alertando-o para os riscos que aquele comportamento poderia criar acabando por realizar, por decisão partilhada, parte da higiene na posição de pé e a restante sentado em cadeira. Respeitei sempre as preferências do cliente sem negligenciar o dever de cuidar e alertar para o mais adequado, gerindo situações que poderiam resultar no compromisso do processo de reabilitação traduzindo-se em potenciais *outcomes* prejudiciais.

Uma das clientes com hemiplegia direita tinha horários de sono muito distintos do habitual e qualquer mudança a esses horários eram fatores stressantes negativos para todo o processo, desencadeando irritação, falta de colaboração e empenho.

Betty Neuman identifica as questões psicológicas e emocionais como uma variável que compõe a pessoa a ser valorizada e trabalhada em qualquer nível de intervenção. Os estados psicológicos e emocionais têm um poder acentuado em todo o processo de reabilitação pois o “sistema límbico impulsiona o comportamento não por meio da programação motora ou da compreensão da tarefa, mas sim pela disposição de participar da atividade” (Umphred, 2007, p.67).

²O Modelo Mauk para Recuperação Pós-AVC sugere seis fases de recuperação (agonizante, fantasia, compreensão, harmonização, enquadramento e pertença) que permitem aos profissionais de saúde direcionar intervenções para as necessidades específicas da pessoa com diagnóstico de AVC em cada fase do processo de reabilitação potenciando a qualidade dos resultados (Mauk, Lemley, Pierre & Schimdt, 2012).

Através de uma avaliação holística, identificando as influências negativas de outros fatores que não a limitação motora, tendo a pessoa como centro dos cuidados percebeu-se que o estado psicológico e emocional em especial o descanso, ou falta dele, influenciava de forma exacerbada a vontade, desempenho e participação no treino de marcha. Desta forma, permitindo o envolvimento da cliente na tomada de decisão ajustou-se a visita aos horários da cliente e cuidadora passando esta a estar colaborante e com ânimo para realizar levante com marcha até à sala onde permanecia a ver televisão e onde fazia as refeições.

Para além disso, é sabido que as características individuais irão influenciar o decorrer do plano de intervenção, quer pelos traços do cliente como do Enfermeiro.

É importante para conseguirmos ajudar alguém, estar ciente de si, das capacidades de relacionamento interpessoal, de autoconhecimento, crenças e valores para perceber o que pode ou não ser feito (McCormack et al., 2015), o que nos remete em parte para o domínio da competência do desenvolvimento das aprendizagens profissionais onde o

Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4749).

Sempre manteve uma relação profissional com os clientes, procurando a escuta ativa, por vezes até de assuntos que não se relacionavam diretamente com o programa de reabilitação, mas sendo componentes do sistema do indivíduo, que de forma indireta pela sua ação psicológica e emocional, alteravam de alguma forma o envolvimento e decorrer das atividades do programa de reabilitação.

O estabelecimento de uma relação terapêutica com base na escuta ativa melhora significativamente o compromisso e empenho no processo de reabilitação. A relação terapêutica e a sua comunicação verbal e não verbal são fundamentais para a reabilitação (Menoita, 2012, p.71). Recordo uma cliente que tinha muitos receios e muitas inseguranças relativamente ao futuro, onde houve necessidade de demonstrar abertura para ouvir, debater os assuntos que a incomodavam dando atenção à variável psicológica e emocional e só assim havia concentração nas atividades de reabilitação a desenvolver. A capacidade de comunicação é vista por vários autores como a base do cuidado da dimensão emocional da pessoa e família que experimentam stressores sendo a capacidade de escuta ativa uma componente importante de todo o processo (Mesquita & Campos de Carvalho, 2014).

A relação estabelecida com o cliente individual e/ou grupo é de enorme importância, no entanto para além desta, a relação entre pares e elementos da equipa multidisciplinar é crucial para o desenvolver do melhor plano de intervenção.

A integração na equipa multidisciplinar nos locais de atividade é importante para a boa recuperação do cliente e a qualidade dos cuidados prestados. O sucesso do programa de reabilitação depende de vários fatores sendo entre eles a importância da existência de uma equipa multidisciplinar organizada, bem estruturada, com bom entendimento entre si, orientada e com objetivos gerais comuns (Wade, 2020). Nos diferentes locais de estágio, houve uma boa integração na equipa com participação ativa nos processos e decisões multidisciplinares: uma mais-valia para o processo de reabilitação dos clientes.

A presença de alunos nos serviços muitas vezes são uma mais-valia na melhoria da qualidade dos cuidados uma vez que facilitam o acompanhamento da evidência científica em diferentes matérias e promovem o desenvolvimento de atividades que interferem diretamente na qualidade dos cuidados.

Nos últimos dois locais de estágio tive oportunidade de dar contributos à equipa. No internamento, entre outros, com a realização de folhetos informativos (APENDICE III e IV) que facilitam os ensinamentos a cuidadores informais na preparação para a alta do doente com sequelas motoras de AVC. E em contexto comunitário um folheto (APENDICE V) acerca da administração de inaladores, nomeadamente Salbutamol, Brometo de Ipatrópio e Beclometasona e ainda apresentando uma ação formativa em serviço sobre posicionamentos, transferências, avaliação da força muscular e avaliação do equilíbrio. Desta forma, foram contributos à equipa na busca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados permitindo paralelamente o desenvolvimento da competência do no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com os demais profissionais de saúde adotei o espírito de trabalho em equipa, estabelecendo uma boa relação com os demais e integrando de forma ativa os processos de decisão contribuindo para a melhoria dos cuidados e *outcomes*. Os estudos mostram de facto que o acompanhamento por equipa multidisciplinar, com boa relação entre si, com trabalho de equipa está geralmente associado a melhores resultados (Wade, 2020).

Um exemplo concreto em contexto hospitalar onde a equipa multidisciplinar era bastante diferenciada, tive oportunidade de trocar impressões com a dietista e terapeuta da fala acerca da alimentação dos clientes com disfagia para líquidos. Em conjunto com o cliente definimos qual a melhor dieta, a melhor consistência e medidas

compensatórias necessárias à alimentação em segurança. Sendo a disfagia tão prevalente em resultado ao AVC, aproximadamente entre 20 e 70% na fase aguda do AVC e 10 a 40% na fase sub-aguda, a intervenção multidisciplinar é crucial pois muitas destas situações são silenciosas, entre 5 a 50% (Umay et al., 2020).

A parceria com a equipa multidisciplinar foi bastante evidente também na articulação com a assistente social, em que conjuntamente com familiares e com o cliente, hemiparético de força grau 4 no MID e grau 3 no MSD com as implicações que apresentam em termos de mobilidade e funcionalidade, sem outros défices, abalado psicologicamente e emocionalmente pelos défices, com laços fortes e bem estabelecidos com a família nuclear, considerando os fatores de efeito positivo e/ou negativo bem como as suas capacidades, crenças e relação com as pessoas significativas decidiu-se quais os melhores recursos disponíveis a serem acionados para a alta. De acordo com estes aspetos e a tomada de decisão conjunta o cliente teve alta com apoio domiciliário e reabilitação em centro de ambulatório. Esta preocupação e trabalho na preparação para alta é característica do EEER fundamental para a continuidade do processo de reabilitação. O EEER deve desta forma trabalhar em conjunto, mobilizando e articulando com os diferentes elementos da equipa de forma a fornecer ferramentas ao cliente e familiares para experienciarem a transição do hospital para o domicílio da melhor forma possível adaptada às necessidades individuais (Chen, Xiao, Chamberlain & Newman, 2021).

Todos estes aspetos contribuem para a qualidade dos cuidados prestados pois os cuidados de enfermagem na sua essência como nas teorias, conhecimentos e nas práticas baseadas nas melhores evidências científicas, centram-se no imenso valor da individualidade, procurando desta forma um cuidado centrado na pessoa e gestão de um ambiente que favoreça o cuidado holístico e personalizado.

A gestão do ambiente requer também a participação indireta através dos prestadores de cuidados. Junto dos assistentes operacionais, que muitas das vezes são quem auxiliam o cliente na execução de algumas tarefas como na higiene e no vestir/despir, não o fazem por vezes em ambiente seguro com necessidade de orientação. Isto aconteceu várias vezes no internamento, nomeadamente durante os cuidados de higiene com adoção de posturas incorretas bem como o alertar para a necessidade de espaço para a autonomia e fomentar a independência na satisfação das necessidades e não a sua substituição.

Desta forma, a interação com enfermeiros generalistas e AO era uma constante. Procurei intervir junto destes com indicações do que fazer e como fazer para o bem do cliente, nomeadamente nos momentos de cuidados de higiene,

transferências e alimentação assumindo o papel de liderança e formadora informal perante estes elementos – domínio da gestão dos cuidados.

A gestão de cuidados em ambiente hospitalar, a meu ver é muito desafiadora e requer segurança e conhecimentos que permitam adequar, por vezes em espaço de minutos, a priorização e organização dos cuidados. Isto verifica-se com frequência pelo facto de os clientes terem de se ausentar do serviço para procedimentos ou MCDT muitas das vezes sem aviso prévio, entrada de novos clientes a internar ou por alterações súbitas de agravamento de condição clínica. Este último aspeto, para além da capacidade de gestão de cuidados necessária vem realçar a importância da reavaliação e possíveis ajustes aos planos de cuidados de ER.

Em contexto comunitário, especificamente na UCC onde realizei o estágio, a gestão era particularmente difícil pois eram realizadas visitas domiciliárias com necessidade de ajustar as visitas e a sua duração pela área geográfica, disponibilidade dos clientes, e roteiro da viatura, uma vez que transportava 3 Enfermeiras com destinos diferentes. Inicialmente esta gestão era feita pela orientadora, no entanto com o decorrer do estágio assumi igualmente papel decisivo na gestão e organização dos cuidados.

A melhoria contínua da qualidade apenas é possível quando há reflexão acerca das práticas, avaliação dos seus resultados e revisão das ações e programas implementados. Esta permite a melhoria do conhecimento, do desempenho profissional, dos *outcomes*, ganhos em saúde face às intervenções implementadas (Momennasab, Ghanbari & Rivaz, 2021).

Todas as intervenções ao longo dos estágios foram debatidas com as orientadoras onde defini planos de intervenção centrados nas necessidades da pessoa com identificação dessas necessidades de intervenção, stressores positivos e negativos e ajustes de intervenção sempre que necessários.

A revisão dos planos de intervenção é e foi fundamental para o melhor acompanhamento do doente pelo enfermeiro de reabilitação no seu processo de recuperação ou manutenção das capacidades funcionais.

Aqui é crucial a melhor gestão de cuidados possível, com adequação de intervenções e recursos. As necessidades variam de cliente para cliente, mas também consoante o ambiente onde se insere. A OMS tem vindo a reforçar a necessidade e importância em o ambiente ser considerado nos cuidados, sejam estes de reabilitação ou outros. Nos cuidados de ER esta componente da abordagem holística assume um papel mais significativo em todo o processo de recuperação/manutenção.

Em contexto comunitário há necessidade de reinventar a enfermagem de reabilitação pois a realidade e os recursos, essencialmente materiais, são muito dispares da realidade hospitalar. O Enfermeiro, tendo em conta as suas características pessoais, conhecimentos da aprendizagem formal, informal, da experiência de vida e das competências agora acrescidas, espera-se ter a capacidade de adequar da melhor forma os planos de intervenção face às necessidades e recursos dos clientes com quem trabalha. Em contexto hospitalar a gestão e adequação dos recursos era algo facilitado de ser realizado pois o serviço estava muito bem preparado em materiais e equipamentos de reabilitação, desde halteres, espelho quadriculado a materiais de estimulação propriocetiva, entre outros. Na comunidade o mesmo não acontecia, sendo a grande maioria dos clientes de classes sociais baixas com dificuldades em ter equipamentos adequados como uma cama apropriada. Neste contexto foi um desafio, que considero positivo, pois o apelar à imaginação de modo a ajustar o plano de treino dos doentes com materiais semelhantes fez-me validar que enfermagem é de facto uma arte.

Tive necessidade de recorrer a embalagens de arroz/massa para simulação de pesos no fortalecimento muscular, utilização de peças de roupa em substituição de bola para o treino de equilíbrio dinâmico, entre outras, o que vai ao encontro das competências que permite ao enfermeiro especialista adaptar “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019).

Por outro lado, este ambiente era rico favorecendo o processo de reabilitação, pois em casa, os clientes confrontam-se com as reais consequências do AVC havendo uma grande necessidade de adaptação às mudanças e limitações funcionais, às rotinas e ao ritmo de vida (Su, et al., 2021). Neste contexto há uma grande exigência sobre o cliente pois, para além das limitações funcionais que poderão existir, ocorre muitas das vezes uma redução da aptidão cardiovascular compactuando com o aumento do consumo de energia para a execução de tarefas podendo levar assim a baixos níveis de atividade e aumento do desânimo e frustração (Su et al., 2021; Christiansen Rasmussen, Mouritzen, Østervig Buus & Grønkjær, 2020).

Durante os estágios houve uma avaliação holística dos clientes tendo um olhar atento aos aspetos da reabilitação que transcendem os cuidados gerais e emergem agora nos cuidados especializados. Foram identificadas necessidades de intervenção de reabilitação a clientes com várias patologias, características e idades. Devido ao contexto de local de estágio hospitalar as alterações neurológicas apresentaram uma

grande prevalência, no entanto houve outras áreas como alterações cardíacas, respiratórias, ortopédicas e ainda cuidados paliativos.

Vários foram os clientes que surgiram com limitações temporárias reversíveis aos cuidados de reabilitação. Também houve situações em que as limitações eram permanentes, como o caso da Sra. M.A., com plegia no MSD e MID em sequela de AVC, onde a nossa intervenção consistiu na manutenção das capacidades funcionais, como a capacidade para a marcha com tripé e prevenção de complicações através de mobilizações passivas e posicionamentos anti-espásticos pois apresentava espasticidade, segundo a Escala Modificada de *Ashworth*, grau 2 no MSD e grau 1+ no MID. Aqui a intervenção debruçava-se na manutenção das capacidades através de treino de força e equilíbrio bem como a prevenção de lesões e/ou complicações focando desta forma a prevenção terciária da intervenção de enfermagem.

O regulamento da OE que descreve as competências específicas do EEER aponta como primeiro domínio o cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica (J1). Isto quer dizer que a necessidade dos cuidados de ER pode surgir em qualquer faixa etária bem como ser inserido em qualquer local ou contexto. Ao longo dos estágios os cuidados de ER centraram-se apenas no adulto e idoso, no entanto em contextos diversificados.

Atendendo às faixas etárias os idosos são um grupo da sociedade onde a participação social tem um decréscimo evidente instigado pelas limitações impostas da idade e/ou pelas patologias associadas. No entanto a participação social é algo que o Enfermeiro de Reabilitação procura na sua intervenção em qualquer faixa etária em que atue. O declínio na participação, quer seja por AVC ou outro motivo, é prejudicial na recuperação, em caso de doença causadora, ou manutenção de atividade, o que tem sido associado ao desenvolvimento de depressão. Inversamente, o aumento ou manutenção de interação e participação social na comunidade vai beneficiar o bem-estar e a qualidade de vida, atuando de forma positiva na componente psicológica do indivíduo (Chau, Choi, Butt, Zhao & Thompson, 2021).

O sr. A.L., idoso, após um internamento prolongado resultando em perdas funcionais para a marcha com diminuição da força muscular, apesar de goniómetro indisponível o cliente referiu diminuição de amplitude de movimento e da tolerância ao esforço como resultado da imobilidade. Após a avaliação completa foram realizados exercícios de alongamento passivos e ativos, treino de força dos membros com recurso a pesos improvisados, exercícios de *push up* sentado em cadeira de braços, alternância da posição de pé para sentado com aumento progressivo do tempo em pé, treino de equilíbrio com aplicação de força externa no tronco, exercícios do avião

sentado, alcance de objetos, nomeadamente peças de roupa em diferentes posições e do chão, treino de equilíbrio em pé com apoio a móvel estático seguro evoluindo para apoio em bengala, gestão de esforço, controlo de tempos respiratórios, e posteriormente treino de marcha com a bengala em plano liso, irregular bem como o subir e descer escadas passando na Classificação Funcional da Marcha de Holden do Nível I (2) marcha dependente para (4) uma marcha independente em superfície plana. Com a intervenção da ER teve a possibilidade de sair de casa, num prédio sem elevador e com dois lanços de escadas estreitas, com bengala como produto de apoio, podendo assim interagir com os vizinhos, amigos e sair com o filho para as suas rotinas de ida ao café. É inevitável fazer a referência a outra competência específica do EEER na qual capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2). Durante todo este processo foi proporcionado espaço para a verbalização de receios e pensamentos, onde a satisfação do cliente foi expressamente partilhada e felicidade evidente pelos objetivos alcançados. Este aspeto, incluso nos padrões de qualidade de ER, traduz muito a eficiência dos cuidados prestados elevando desta forma à concretização do pressuposto da intervenção dos cuidados especializados.

Ainda olhando às diferentes faixas etárias, em idade adulta ativa, a recuperação das capacidades funcionais alteradas por situação de doença ou a readaptação funcional ganha um peso ainda mais significativo. A Sra. H.R., doente bipolar de 47 anos em recuperação de uma fratura da tibio-társica estava muito limitada em termos de mobilidade e com dor descontrolada. Com mobilizações passivas e correção das mobilizações ativas de forma a evitar aderências, respeitando a tolerância da cliente e articulação com o médico assistente com ajuste do esquema terapêutico foi possível um melhor controlo progressivo da dor, verbalizando dor 2/10 após muito esforço aquando do término do meu estágio. Além destes, a componente psicológica na gestão da dor assumiu ser um fator determinante. Durante as VD o marido encontrava-se presente interferindo constantemente com comentários desencorajadores para com a esposa o que exacerbava o quadro de dor e irritabilidade, agravado pela bipolaridade. Sendo este um stressor negativo houve necessidade de sugerir a sua ausência da sala durante a VD ou a sua permanência, mas com evitação desse tipo de comentários justificado pelos efeitos negativos que estavam a suscitar. Respeitando a opinião de todos os intervenientes, com uma decisão informada e partilhada este esteve presente durante as VD, no entanto sem grande interferência, tendo sido até sugerida a prestação de incentivo e motivação à esposa pela melhoria progressiva de capacidades e da funcionalidade. Introduziu-se

posteriormente mobilizações ativas resistidas e treino de força, não só dos MI como também dos MS. Houve também necessidade de orientação para a correta utilização das canadianas para se deslocar, inicialmente dentro de casa e posteriormente na via pública, em piso muito irregular o que possibilitou a saída ao exterior do domicílio. Em contexto de internamento houve igualmente situações de clientes em idade ativa, como o Sr. A.R., trabalhador nas oficinas da Carris, com disartria grave, plegia do MSD e parésia com força de grau 3+ no MID que enfrentava agora limitações funcionais com grande impacto. O trabalho de reabilitação com o sr. estava dificultado pelos sentimentos de revolta, com recusa alimentar e agressividade. Aqui houve necessidade de rever as prioridades de cuidados onde tentei incidir na componente psicológica e emocional. Respeitando o espaço do cliente houve tentativa de aproximação onde questionei se me poderia sentar junto do mesmo, se poderíamos conversar demonstrando uma abordagem de abertura para expressão de sentimentos, dúvidas, receios para que assim que identificados os stressores negativos e positivos pudessem ser trabalhados permitindo o progresso para a reabilitação motora. Infelizmente não tive sucesso de intervenção pois este cliente manteve-se desanimado, pouco conversador e além disso foi transferido para o hospital da área de residência no dia seguinte. O estabelecimento de uma relação de confiança, de uma relação terapêutica requer esforço, tempo e dedicação, o que não foi possível pela transferência rápida do cliente.

A vida segue um ciclo em que nascemos, vivemos e morremos. Os cuidados que antecedem a morte, não no imediato, mas os cuidados em fim de vida assumem cada vez mais, maior significado pois existe declínio funcional e perda de autonomia “que resultam em prejuízos no desempenho das atividades de vida diárias e na habilidade de suprir necessidades de saúde” (Alves & Babo, 2021). Estas alterações fazem com que a reabilitação nestes clientes acarrete um especial significado ao contribuir para o controlo de sintomas, prevenção de complicações e manutenção da dignidade, contribuindo para o principal objetivo e essência dos cuidados paliativos.

A reabilitação em cuidados paliativos pode contribuir em vários domínios para os cuidados em fim de vida. Esta, à semelhança dos CP são focados na pessoa, família e pessoas significativas, direcionados para a minimização e resolução de sintomas que procurem manter a qualidade de vida, bem-estar e conforto e alcançar uma boa morte, mesmo quando o estado geral se deteriora, respeitando os desejos dos clientes (Alves & Babo, 2021; Hasegawa et al., 2020).

A sra. H.N. com tumor cerebral já com múltiplas metastizações, tendo ficado acamada por alterações cognitivas, apresentando cumprimento de ordens de forma

inconsistente, déficit de atenção, incapacidade de leitura/escrita e oscilações do estado de consciência. Ao nível sensório-motor apresentava hemihipoestesia direita, paresia grau 3+ no MSD e grau 4 no MID, encontrava-se em fase de fim de vida com agravamento progressivo destes défices acabando por apresentar hemiplegia nos últimos dias de cuidados. A intervenção teve como grande propósito a prevenção de complicações da imobilidade. Foram realizadas mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas de todos os segmentos consoante o grau de colaboração e capacidade da cliente, com necessidade de reajustes do plano de cuidados a cada VD. Abrangendo o núcleo familiar foi também fornecido suporte e realizados ensinamentos ao marido, principal cuidador, acerca dos posicionamentos evitando o desenvolvimento de consequências da imobilidade como estase pulmonar e UPP, promovendo maior conforto. Além disso, e tendo o marido também como alvo dos nossos cuidados foi abordada a importância de apoio multidisciplinar, nomeadamente da psicologia como auxílio na gestão emocional e psicológica de toda a situação. Infelizmente a sra. acabou por falecer pouco tempo após o início da minha intervenção. Ainda assim fomentou o desenvolvimento da competência J1 e permitiu o contacto e aprendizagem dos cuidados da ER numa área com especificidades tão particulares como os CP.

A humanização dos cuidados, uma premissa transversal ao cuidado de enfermagem e vigoroso indicador da qualidade dos serviços prestados na saúde, determina a inequívoca pertinência de construção de planos de cuidados individualizados que seguem orientações gerais de intervenção e que definem, de acordo com as características individuais de cada pessoa e sua família, atividades que procurem o alcançar da máxima potencialidade.

Os planos de cuidados foram sempre debatidos e reformulados conforme as necessidades e evolução do cliente - Melhoria contínua da qualidade. Foram desenvolvidas atividades ajustadas a cada cliente individualmente pois o plano de intervenção deve ser adequado a cada cliente tendo em consideração as suas características e condições. Recordo uma cliente que na sequência de uma queda nas escadas resultou numa fratura tibiotársica direita em que o plano de intervenção da nossa parte estava limitado por vários fatores. Esta era uma doente obesa, com síndrome demencial em estado avançado em que a compreensão estava muito afetada, pelo que não foi capaz de responder a qualquer exame cognitivo como o MMSE, tendo dificuldade na linguagem em cumprir ordens simples e ocorriam com frequência mudanças comportamentais. Estas mudanças, frequentes na síndrome demencial afetam o controlo sobre ações e decisões condicionando desta forma o

desenvolver de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação (Corven et al., 2021).

Na fase de recuperação de pós-operatório em que trabalhamos com a cliente, esta continuava em repouso no leito com indicação do ortopedista para iniciar levantar com apenas carga parcial, estando totalmente proibida a carga total no membro fraturado. Para além da dificuldade de comunicação, esta tinha uma cama muito alta, não ajustável o que impossibilitava o apoio dos pés no chão sem risco de exercer carga total no membro lesionado. Houve necessidade de adaptar com um banco, mas com dificuldade por parte da filha em perceber e aceitar que aquele banco seria utilizado para a mãe apoiar os pés. Esta filha, aparentemente mantinha boa relação com a mãe, mas pouco receptiva às indicações dos profissionais de saúde pois argumentava sempre o que fazer de forma a serem mantidas as suas ideias de cuidado, por vezes erradas. Este é um exemplo da necessidade de capacitação não ser apenas à pessoa com limitação, mas sim a necessária capacitação dos cuidadores, sendo estes, por vezes o alvo de intervenção. A capacitação do cuidador é um aspeto crucial no contexto comunitário, pois estes vão-nos substituir na nossa ausência, e são quem garantem ou não a continuação dos cuidados e processo de reabilitação. Assim, foi treinado com a filha e neto as mobilizações passivas e ativas, o sentar na beira da cama e os cuidados à pele.

No contexto comunitário o estabelecimento de uma relação de parceria com o cliente, familiares ou cuidadores informais assume uma importância e dimensão ainda mais evidente pois há uma redução significativa de supervisão por parte de profissionais (Veen, Döpp, Siemonsma, Nijhuis-Van Der Sanden, De Swart, & Steultjens., 2019). Aqui a continuidade do programa de reabilitação entre cada sessão com tradução em ganhos depende da motivação e empenho, capacidades e conhecimentos individuais e coletivos sendo mais eficazes se a família for saudável, envolvida e solidária (Okoye, Okoro, Akosile, Onwuakagba, Ihegihi & Ihegihi, 2019). Geralmente ocorre mudança de responsabilidades dos profissionais de saúde para cuidadores informais o que leva à instalação de stress e ansiedade pela falta de conhecimentos necessários, competências e ferramentas para gerir a situação de cuidar com segurança e confiança. É necessária a adoção de mecanismos de *coping*, idealmente com ajuda de profissionais, nomeadamente do EEER, pois a transição para o papel de cuidador é acompanhada de dificuldades substanciais (Giosa, Stolee, Dupuis, Mock & Santi, 2014; Woodford, Farrand, Watkins & Lewellyn, 2018). Assim, neste contexto os familiares e cuidadores informais são os grandes parceiros do EEER de modo a garantir a continuidade do processo de reabilitação.

Recordo o acompanhamento de uma cliente com disfagia a líquidos com necessidade de recurso a espessante. Quando na primeira visita foram questionados de como estava a correr a alimentação, responderam que ocorriam períodos de engasgamento com tosse associada. Verifiquei que a água no copo estava líquida. Questionei o esposo de como tinha aprendido a preparar e utilizar o espessante ao que respondeu que a indicação era juntar o espessante, sem referência a quantidades, aos líquidos e mexer, o que gerava um sentimento de impotência, ansiedade e frustração por perceber que não estava a ser capaz de dar resposta a esta necessidade da esposa. Para quem nunca manuseou este tipo de produtos a informação transmitida ao esposo foi claramente insuficiente.

Para termos uma intervenção que dê resposta e vá ao encontro das reais necessidades dos clientes, é extremamente importante haver esta validação dos conhecimentos e capacidades existentes pois só assim podemos identificar as lacunas existentes e carentes de intervenção da nossa parte. Ao contrário do que aconteceu nesta situação, a literatura aponta para que este trabalho seja efetuado ainda no internamento onde os profissionais devem avaliar a capacidade inicial do cuidador incluindo conhecimentos, habilidades, papéis familiares e recursos disponíveis para promover uma educação e instrução adequada do cuidador neste novo papel (Giosa et al. 2014).

Perante isto, foi feita a observação da cavidade oral, da postura durante a ingestão de alimentos, verificou-se uma tosse eficaz e uma avaliação da deglutição com *Gugging Swallowing Test* obtendo uma pontuação de 18 pontos. Procedeu-se ao ensino e recomendação à cliente da manobra de compensação postural com flexão da cabeça aquando da deglutição de forma a minimizar a ocorrência de complicações. Adequada a apresentação dos alimentos e consistência dos líquidos para néctar/mel com a instrução do marido de medidas estabelecidas de espessante a adicionar, bem como acerca da sua preparação de modo a obter uma apresentação homogénea.

A informação foi transmitida e aparentemente bem retida e compreendida, pois, no final da visita procedi à validação dos cuidados instruídos com a preparação pelo esposo de um copo de água com espessante e validação verbal da informação transmitida. Estes momentos de validação da informação transmitida são cruciais de modo a garantir que foram de facto absorvidas e compreendidas pelo cuidador permitindo a adequação dos cuidados sem prejuízo do processo de reabilitação. Nas visitas seguintes verificou-se que a consistência da água preparada era a correta e solicitou-se à cliente que ingerisse água na nossa presença sem dificuldade.

Em contexto de internamento, os trabalhos com os cuidadores estavam limitados devido à proibição de visitas pela situação pandémica que se atravessava, o que obrigava a agendamentos de visitas pontuais de preferência não morosas. Os cuidados de enfermagem de reabilitação devem procurar incentivar a família a participar do plano de reabilitação e facilitar a reintegração social do indivíduo de modo a melhorar a sua qualidade de vida, podendo assumir um papel de stressores com influência positiva se trabalhados nesse sentido (Freese, 2004a; Winstein et al., 2016). Perante estes dados, tive oportunidade de agendar visita a uma filha do sr. C.V. previamente autónomo, para auxílio no regresso a casa da pessoa com limitações motoras e funcionais resultantes de AVC, com índice de Barthel 78 (dependência leve) e 93 na MIF (dependência modificada c/ assistência até 25% da tarefa). Foram fornecidos folhetos informativos (APENDICE III e IV) e treinadas as AVD nas quais necessitava de ajuda de terceiros adotando os mesmos princípios que na situação acima abordada, dando enfoque à multidimensionalidade do ato de cuidar. Foram exemplificadas, sendo que a filha esteve presente nos cuidados de higiene, nas transferências, marcha e durante a refeição do almoço, e explicados os princípios para o apoio na execução das atividades evitando complicações e riscos, sem a substituição no desempenho das atividades, mas fomentando e dando ênfase à contínua promoção da independência concomitante com os ganhos e melhorias decorrentes da continuação do processo de reabilitação em ambulatório. Foram abordados instrumentos de apoio, que já tinham sido referidos anteriormente ao sr. C.V., como esponjas de cabo comprido para os cuidados de higiene, adaptadores para a pega de talheres, debatidas as condições do domicílio com apresentação de fotos pela filha e sugeridas alterações como a instalação de barras de apoio no wc, a mobilização da cama de forma a permitir o espaço necessário ao levantar em segurança e a eliminação de tapetes. Numa segunda visita, houve validação da informação fornecida na visita anterior, os cuidados foram inteiramente prestados pela filha com a minha supervisão permitindo o esclarecimento de dúvidas durante o cuidar, sendo que o vestir foi treinado com roupa do domicílio. Em resultado da diminuição da independência podem ocorrer para a família perturbações das relações sociais alteração de papéis, problemas económicos e ainda necessidades especiais de cuidado (Menoita, 2012, p. 117). Assim sendo, houve espaço para abordar aspetos relacionados com o impacto que esta necessidade de apoio evidente ao pai teria na sua vida, os seus receios e dúvidas. A filha verbalizou que estava motivada em assumir o papel de cuidadora ainda que para isso tivesse de fazer reajustes ao seu horário laboral e rotinas no núcleo familiar. Isto apenas foi possível ao reconhecer a

importância e ter sido proporcionado espaço e ambiente de confiança para as questões serem colocadas e esclarecidas quer da parte da cuidadora como do sr. C.V. (Krieger, Feron & Dorant, 2017).

Prévio a este trabalho junto de familiares, neste caso da filha, foi planeado e desenvolvido, com reajustes, várias atividades do cuidado de ER. Este cliente à entrada apresentava um score no índice de Barthel de 34 e MIF de 66, com força grau 4 no MSD e MID e grau 3 na mão direita. À avaliação da coordenação apresentava hipometria na prova dedo-nariz, na prova calcanhar Joelho igualmente com dismetria na primeira avaliação e sem alterações aquando da alta. Manteve disdiadococinésia no teste de movimentos rápidos alternados. Sem alterações da sensibilidade ou outras alterações para além das já apontadas. Iniciou-se o processo de reabilitação, após uma minuciosa avaliação, com exercícios no leito (rolamento, ponte, rotação controlada da anca, mobilizações ativas assistidas, ativas e ativas resistidas, automobilizações), treino de AVD com incentivo à participação e utilização do membro afetado. Manteve-se o treino de força, em especial da mão, na posição de sentado bem como o treino de equilíbrio dinâmico sentado e mais tarde em pé. Dada ênfase à correção postural com espelho quadriculado. Realizado treino de transferências, ainda antes do treino de marcha dada continuidade ao treino das AVD nomeadamente os cuidados de higiene no duche em cadeira sanitária. Explicados e treinados os princípios para o vestir e despir com maximização de capacidades e funcionalidade (veste primeiro o lado afetado, despe primeiro o lado sem défices, forma da pega na roupa e posicionamento facilitador, por exemplo dos MI para vestir calças, meias ou calçar sapatos). Realizado treino de marcha bem como de subir e descer escadas.

O membro superior tem um papel crucial no desempenho de atividades do dia-a-dia sendo ainda mais significativo no caso de o membro afetado ser o membro predominante de utilização. Além disso, este vai interferir no alinhamento e equilíbrio do tronco. Na sua reabilitação é necessário ter-se várias intervenções que permitam trabalhar com o membro na sua totalidade e particularmente a complexidade da mão. Neste cliente em particular, foram trabalhados de forma mais intensa os exercícios de treino de preensão palmar (cilíndrica e esférica), digital ou preensão fina, interdigital, digital-palmar, preensão de força e mais tarde instituídas atividades de preensão bimanual. Para a realização dos mesmos recorri aos mais diversos materiais como molas, elásticos, cliques, torneiras, manipulação de botões, atacadores, linhas, fitas, entre outros. O treino específico descrito é essencial à capacitação da pessoa ao desempenho de atividades pois a mão é um recurso essencial às mais diversas atividades. Aqui, num trabalho muito focado possibilitou-se uma evolução de força

para grau 4 nos dedos e 4+ no punho. Os cuidados de ER culminaram neste caso com a alta do cliente para o domicílio com melhoria franca da funcionalidade.

Como referido no início do capítulo é impossível exemplificar atividades desenvolvidas que promovessem as competências do EE e EEER individualmente. A situação anterior descrita é um claro exemplo da complexidade dos cuidados que abraçam várias competências, desde as comuns ao EE às específicas da ER. Somente em conjunto estas podem emergir em qualidade dos cuidados, satisfação do cliente, prevenção de complicações, autocuidado e readaptação funcional.

As *guidelines* internacionais apontam para a necessidade de treinos adaptados às necessidades individuais [Nível de evidência A] com incentivo a utilizar o membro mais afetado durante tarefas funcionais que sejam a simulação de habilidades parciais ou totais necessárias nas AVD [Nível de evidência A] (Teasell et al., 2019; Vigia, Ferreira & Sousa, 2017; Winstein et al., 2016). O cliente acima mencionado era dextro e evitava a utilização desse membro no desempenho de tarefas, substituindo com o membro contralateral. Neste caso houve necessidade de instituição de terapia de restrição de movimento de modo a evitar o desuso aprendido daquele membro.

Foram vários os clientes com quem realizei atividades de treino de AVD. Recordo uma cliente estrangeira, polaca que não falava português ou inglês, dextra com hemiplegia direita, aparentemente sem alterações da sensibilidade visto ser de difícil avaliação devido à barreira linguística, sem aumento do tônus muscular com quem trabalhei a maximização da participação nas AVD. Inicialmente esta cliente era totalmente dependente, Índice de Barthel score 0, e após ter iniciado cuidados de ER com treino de tarefas específicas, muito através da exemplificação e condução durante o movimento, foi possível aumentar a sua colaboração nos cuidados de higiene, necessitava ainda de ajuda para higienizar alguma zonas do hemicorpo esquerdo, como por exemplo a região axilar, o dorso e os MI por ser obesa e não ser capaz de chegar à extremidade. Não foi possível avançar para a utilização de produtos de apoio por não se encontrarem disponíveis. O vestir e despir bem como as transferências foram difíceis de trabalhar e no qual não houve melhorias significativas pois a comunicação, mesmo com recurso a google tradutor nem sempre era eficaz devido a afasia de expressão e a dialetos da língua, esclarecimento dado pelo filho. Parte da comunicação foi avaliada indiretamente, ou seja, através do filho por contacto telefónico que executava papel de tradutor, apesar de não falar fluentemente português ou inglês, desta forma foi possível perceber, ainda que com alguma renitência, que aparentemente evidenciava afasia. Na alimentação foi bastante evidente a melhoria de desempenho pois com treino faseado com demonstrações,

adequação na apresentação dos alimentos e disposição no tabuleiro foi possível que a cliente desempenhasse esta atividade com ajuda mínima para a preparação e organização, como por exemplo, a abertura das embalagens. À reavaliação final encontrava-se com score 20 no índice de Barthel. A reabilitação destas pessoas é um processo árduo que quando impostas outras dificuldades como a barreira linguística torna-se ainda mais exigente e moroso. Aqui a capacidade de adequação, de procurar soluções, ajustar e de reinventar os cuidados permitem um crescimento mais exponencial sedimentando o desenvolver das competências preconizadas pela OE. Apesar das dificuldades, os cuidados de ER prestados permitiram mobilizar competências com exigências acrescidas que resultaram em melhorias.

A continuidade do processo de reabilitação deve ser garantida uma vez que a maioria dos doentes com AVC demonstra melhorias significativas nas primeiras semanas e meses após o AVC. A literatura mostra que o nível funcional atingido aos 3-6 meses após o AVC está fortemente associado a resultados a longo prazo. Assim sendo, neste período procura-se a maximização das capacidades funcionais com adaptações e readaptações às mudanças de vida bem como às condições de saúde em casa (Chen et al., 2021; Mandigouta et al., 2020).

Os internamentos são cada vez mais curtos tornando o papel dos cuidados primários cruciais na reabilitação destes indivíduos já que mais de metade recebe alta do hospital para a sua própria casa (Christiansen et al., 2020).

Quando o doente tem alta, poderá ir diretamente para uma unidade de reabilitação, quando cumpre critérios predefinidos, o cliente e a família poderão procurar acompanhamento de reabilitação de forma autónoma através de consulta de fisioterapia a nível particular ou poderá ainda ser referenciado para uma resposta nos cuidados de saúde primários através das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, quando composta por profissionais diferenciados especializados em cuidados de reabilitação, quer seja fisioterapeuta e/ou EER.

A transição do contexto hospitalar para a comunidade tem um grande impacto na vida do cliente bem como na dinâmica familiar pelo que todo esse processo, quer ainda no internamento quer já na comunidade, é tanto mais bem-sucedido quanto maior o envolvimento e estabelecimento de uma relação de parceria nas tomadas de decisão entre profissionais de saúde, nomeadamente o EEER, e o cliente/família. Chen et al. (2021) apontam estes aspetos como fatores essenciais para o sucesso da transição entre hospital e o regresso a casa. Os mesmos autores indicam aspetos que podem ser barreiras nesta transição como a falta de organização e articulação entre

profissionais de saúde, o desinteresse do cliente e família em ter um papel ativo no processo de transição e reabilitação, o estabelecimento de prioridades desadequadas ao indivíduo, entre outros. De salientar que estes aspetos poderão resultar em necessidades não respondidas e impactos negativos na gestão das capacidades funcionais a longo prazo no domicílio.

Em casa, os clientes confrontam-se com as reais consequências do AVC havendo uma grande necessidade de adaptação às mudanças e limitações funcionais, às rotinas e ao ritmo de vida (Su et al, 2021). Neste contexto há uma grande exigência sobre o cliente pois, para além das limitações funcionais que poderão existir, ocorre muitas das vezes uma redução da aptidão cardiovascular compactuando com o aumento do consumo de energia para a execução de tarefas podendo levar assim a baixos níveis de atividade e aumento do desânimo e frustração (Su et al., 2021; Christiansen et al., 2020).

Apesar de haver na maioria dos casos apoio de cuidadores informais, sejam familiares ou não, a maximização da funcionalidade da pessoa a reabilitar, desenvolvendo as suas capacidades, são uma premissa da intervenção da ER.

A sra. H.M., uma cliente com insuficiência cardíaca que teve alta do último internamento com OLD com débitos diferentes em esforço e em repouso. Veio referenciada para reabilitação para gestão de esforço e preparação para a retoma das suas atividades, pois esta vive sozinha. Nestes clientes a reabilitação cardio-respiratória é fundamental pois é uma intervenção não farmacológica que seguindo uma abordagem holística e personalizada tem o intuito de melhorar a dispneia, a capacidade de exercício, o bem-estar psicológico, expansão das relações sociais e da qualidade de vida (Baker & Fatoye, 2019; Carl, Schultz, Janssens, von Leupoldt, Pfeifer & Geidl., 2021; Shiraishi et al., 2021).

Esta era uma cliente com boa literacia, o que facilitou imenso a compreensão da necessidade das indicações dadas, no entanto nem sempre cumpridora. Aquando da minha primeira VD esta apresentava sempre saturações periféricas acima dos 93%, valores estabelecidos como alvo pela equipe médica, em repouso sem alterações à auscultação com murmúrio vesicular mantido, no entanto quando realizava esforços a nosso pedido à auscultação detetavam-se sibilâncias. Os cuidados de ER já tinham sido instituídos algum tempo antes da minha chegada ao ensino clínico, no entanto a cliente, confirmado pela orientadora, chegou a atingir níveis de saturação periférica abaixo dos 85% quando em esforço. Com a minha chegada foi dada continuidade aos exercícios de dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática e ciclo ativo da respiração, reduzindo

o número de ventilações por minuto, a redução dos níveis de lactato no sangue e aumento da tolerância ao esforço (Shiraishi et al., 2021). Incentivada à pausa da atividade sempre que dispneia associada. Realizado treino de escadas e deambulação na via pública, pois é uma pessoa com grande participação/atividade social prévia ao internamento e ao confinamento como consequência da pandemia. Feita gestão das horas de O2 e débitos, articulado com o filho cardiologista e com médico Pneumologista. Foram ainda sugeridas pequenas alterações no domicílio bem como a localização dos concentradores de O2 de modo a poder percorrer todo o espaço em casa com acesso a O2 sem desgaste do concentrador de transporte necessário às saídas ao exterior, uma vez que ao esforço em ar ambiente as SpO2 chegavam a atingir os 85%. Procurou-se a maximização da funcionalidade com sucesso, em que a cliente aquando da alta do seguimento da reabilitação era capaz de permanecer períodos de repouso sem O2, realizar todas as tarefas e atividades quotidianas bem como atividades no exterior como ir ao café com as amigas, ir às compras transportando sacos leves e com O2 de transporte bem como interagir ativamente com os netos sem desencadear quadros de dispneia (MRC/DQ, grau 2). A intervenção da enfermagem de reabilitação permitiu o equilíbrio, a adaptação à evolução das condições decorrentes da doença crónica permitindo uma autogestão eficaz englobando a capacidade de monitorizar a sua condição e sintomatologia adotando respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias (Bringsvor Langeland, Oftedal, Skaug, Assmus & Bentsen, 2019) – J2 e J3.

A imobilidade acarreta uma série de consequências. Uma delas refere-se à componente respiratória na qual os clientes podem desenvolver pneumonias (Naito, Kamiya, Morishima & Ishikawa, 2020; Wu et al., 2018). Recordo uma cliente entubada nasogastricamente que no decorrer do internamento desenvolveu uma infeção respiratória. À avaliação objetiva apresentava polipneia, com padrão respiratório misto, simétrico, mas superficial, respiração ruidosa com presença de secreções espessas com tosse ineficaz, com SpO2 de 96% com O2 a 1L/min. À auscultação ântero-posterior identificavam-se roncos dispersos em ambos os campos pulmonares, mais evidentes nas porções inferiores dos lóbulos pulmonares.

Perante estes achados procedi à implementação de RFR, reeducação costal seletiva, com abertura costal, direita e esquerda, das porções ântero-superior, lateral e inferior com acompanhamento da dinâmica costal, associando compressões e vibrações, terapêutica de posição com drenagem dos diferentes lobos pulmonares, com necessidade de aspiração das secreções amareladas espessas mobilizadas. Após as sessões as SpO2 atingiam os 98% pelo que gradualmente, concomitante

com terapêutica instituída nomeadamente antibioterapia, conseguiu-se o desmame total de O2 suplementar passando a ficar em ar ambiente.

Um dos clientes em contexto hospitalar com doença neuromuscular em estudo encontrava-se para-parético com força grau 4 no MID e grau 2+ no MIE. O grau de dependência e diminuição da funcionalidade vinha a aumentar nos últimos meses, houve necessidade de intervenção da nossa parte com mobilizações dos segmentos, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios push-up em cadeira de rodas, de flexão/inclinação do tronco, treino de transferências e treino de AVD. Houve preocupação em maximizar as capacidades e funcionalidade do cliente, sendo este autónomo no vestir e despir, nas transferências, no deslocar-se em cadeira de rodas, necessitando de ajuda mínima nos cuidados de higiene.

Olhando para os cuidados prestados aos clientes existem vários aspetos a serem considerados como o ambiente, que apesar de ser externo à pessoa, pode influenciar não só a estrutura e função do corpo como enquanto membro de uma sociedade se pensarmos a nível macro (OE, 2018). Se pensarmos micro quando falamos de ambiente e espaço físico onde ocorre a interação, o tipo de ambiente e tipo de relação e interação estabelecida entre enfermeiro e cliente. Todos estes aspetos devem estar em sinergia favorecendo o desenvolvimento do programa de reabilitação. Recordo uma cliente com hipoacusia bilateral que sempre que chegávamos ao seu domicílio estava a ver televisão com o volume elevado tornando a comunicação difícil. De forma educada havia sempre necessidade de pedir para regular o som ou até mesmo desligar.

Estabelecido um ambiente adequado dava início à completa avaliação do cliente de forma a detetar as alterações instaladas e assim identificar as necessidades de intervenção da minha parte. A avaliação integral do cliente numa primeira abordagem é crucial pois, por vezes as pessoas são referenciadas para cuidado de reabilitação devido a determinada alteração, no entanto detetam-se outras mudanças significativas carentes igualmente de intervenção. Além disso o foco inicial de intervenção pode ser desviado do solicitado tendo em conta a avaliação inicial bem como, as necessidades prioritárias identificadas pelo cliente.

Todas as pessoas com quem trabalhei foram sujeitas a uma avaliação holística e perante os achados foram desenvolvidos planos de intervenção personalizados, conforme as suas necessidades. Um dos clientes a quem prestei cuidados acometido por AVC hemorrágico com hemiplegia direita e uma série de comorbilidades evidenciava espasticidade de grau 1+ no MSD e grau 1 no MID segundo a escala de Ashworth modificada. Perante estes achados foram realizadas mobilizações passivas

diárias de todos os segmentos e adotados posicionamentos em padrão anti-espástico tendo alertado outros membros da equipa, nomeadamente enfermeiros generalistas para a importância destes. Durante a minha presença neste local de ensino clínico não houve agravamento destes défices, mas sim melhoria no MSD evoluindo para um score de 1 na mesma escala. Em muitas situações a função do EEER prende-se na manutenção e/ou prevenção de complicações assumindo desta forma uma dimensão do cuidar abrangente das mais variadas necessidades, incidindo nas competências de J1.

Os déficits sensoriais são uma das complicações mais comuns do AVC e tem sido relatada a prevalência desses déficits em cerca de 11% a 85% das pessoas que tiveram um AVC especialmente tátil e proprioceptiva, havendo geralmente alterações no processo de receber, interpretar a informação e dar resposta aos *inputs* sensoriais. Os estudos têm demonstrado que as estruturas cerebrais somatossensoriais possuem um elevado grau de plasticidade o que torna fundamental e crucial a reabilitação para melhorias sensoriais e funcionais já que estas alterações podem comprometer a segurança, a interação com o ambiente e até mesmo o sucesso da reabilitação. A evidência mostra que a estimulação com recurso a diferentes temperaturas e diferentes materiais na estimulação tátil resultam em melhorias significativas relatadas pelos clientes (Derakhshanfar Raji, Bagheri, Jalili & Tarhsaz, 2021; Huzmeli, Yildirim & Kilinc, 2017). Perante isto, lembro um cliente com diminuição da sensibilidade tátil no MSD a quem programei e foram realizadas atividades com caderno de estimulação sensitiva com diferentes texturas e alertado para os riscos associados como o toque em superfícies que possam causar algum tipo de dano sem que se aperceba. Durante a sessão houve preocupação em identificar a capacidade de resposta e que variáveis poderiam estar afetadas. Não foi possível obter *feedback* significativo da intervenção uma vez que o sr. teve alta no dia seguinte.

Ao longo dos estágios, tive oportunidade de trabalhar com pessoas com diferentes sequelas do AVC, desde cognitivas a motoras, sendo as motoras, tal como nos aponta a literatura, de maior prevalência (McGlinchey, James, McKeivitt, Douiri & Sackley, 2020). Como é sabido as alterações e a gravidade das mesmas dependem da área cerebral afetada e quando atingem as regiões da linguagem podem causar afasia. A evidência mostra que a reabilitação fonoaudiológica pode melhorar as habilidades de linguagem e comunicação, no entanto os resultados do tratamento e a extensão da recuperação variam de paciente para paciente (Johnson, Meier, Pan & Kiran, 2021). Outra cliente com afasia de expressão, nomeando 3 em 10 objetos, repetindo 8 em 10 palavras, sem alteração da compreensão ou do cálculo e disartria

com quem se realizaram atividades de ditado, leitura em voz alta, identificação de imagens e objetos. Durante estes exercícios foi incentivada a conversação de forma pausada com correção dos erros, bem como treinados exercícios vocais com emissão de sons e agregação de vários promovendo a melhoria, ainda que ligeira, mas gradual das dificuldades.

Outro resultado do AVC são as paresias faciais, sendo que a sua reabilitação é longa e minuciosa exigindo do cliente empenho e concentração acrescidos. Idealmente devem ocorrer em frente ao espelho e com várias repetições curtas ao longo do dia iniciando-se na porção superior da face (Menoita, 2012, p. 136). Desta forma, foram realizados exercícios de reeducação dos músculos da face com diferentes clientes, como o unir e elevar as sobrancelhas, sorrir, assobiar, etc.

Um dos focos da reabilitação motora está relacionado com a redução da hemiparesia e o andar, devido à sua prevalência e à sua influência na capacidade funcional e grau de dependência daí resultante (Little, Perry, Mercado, Kautz & Patten, 2020). Para tal, é necessário haver uma abordagem que tenha em consideração a importância do controlo postural e equilíbrio, ou seja, a estabilização do corpo no espaço e controlo motor aplicado ao movimento (Toubarro, 2017, p. 162).

O treino da marcha ocorreu em vários doentes com correção postural em frente a espelho quadriculado, fortalecimento muscular dos MI e MS, treino de tarefas e atividades selecionadas dos membros inferiores, como sentar e ficar em pé, a curta distância e velocidade de caminhada [Nível de evidência A], treino de equilíbrio para estabilização do corpo no espaço e o controlo motor aplicado ao movimento no espaço sem e com produtos de apoio, quando necessário [Nível de Evidência A], correção da passada, utilização correta de produtos de apoio e treino de subir e descer escadas (Bondoc et al., 2018; Hsu, Kim, Roth, Rymer & Wu, 2017; Little et al., 2020; Teasell et al., 2019; Toubarro, 2017, p. 162; Winstein et al., 2016).

Em ambiente hospitalar o treino de escadas era realizado na escadaria de acesso ao piso onde os clientes eram encaminhados e acompanhados em treino de marcha a andar ou sentados em cadeira de rodas consoante o cansaço ou capacidade de marcha para maiores distâncias.

O treino de escadas no domicílio nem sempre era fácil pois por vezes os degraus de acesso não tinham corrimão, impossibilitando o treino em segurança. Assim, na comunidade este treino era realizado nas escadas dos prédios, por vezes impossibilitados por barras de apoio ou corrimão inexistente, largura insuficiente ou demasiada para o treino ser efetuado em segurança. Recordo um cliente que nos degraus de acesso ao apartamento conseguiu-se que os ultrapassasse sem grandes

dificuldades diariamente, várias vezes ao dia, no entanto os do prédio já não foi possível por serem demasiado altos bem como o corrimão ser largo de cimento impedindo um apoio seguro e eficaz. Estes aspetos irão influenciar também a integração e participação social destas pessoas.

A ER demonstra ser uma área de especialidade capaz de dar resposta a vários níveis através de diversificadas e complexas competências que caracterizam o EEER. Este é diferenciado, a meu ver, pela atuação junto de pessoas individuais ou grupos de forma integradora, individualizada e minuciosa nos mais diversificados problemas que provocam incapacidades que ponham em causa a funcionalidade dos indivíduos. A ER, “é uma área da intervenção especializada da Enfermagem que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processos patológicos crónicos” (Martins, Ribeiro & Silva, 2018).

Perante a exposição de algumas das atividades desenvolvidas, considero que pude vivenciar experiências que permitiram o desenvolvimento das competências de EE, conforme o previsto no Regulamento nº140/2019, e em particular de competências em ER, de acordo com o Regulamento nº392/2019 em concordância com o projeto e objetivos delineados previamente.

2. AVALIAÇÃO

Nos processos formativos e de desenvolvimento de competências através de contextos de prática clínica a avaliação afirma-se como uma peça necessária. Com esta, é possível haver uma introspeção/reflexão acerca do que foi realizado, das dificuldades e implicações no seu desenvolvimento, permitindo uma análise crítica que contribuirá de certa forma para o meu futuro enquanto EEER. Aqui se sedimenta o fim de uma etapa de formação que leva ao desenvolvimento e crescimento profissional agora na área da ER.

Para tal, recorri à metodologia SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). Pereira & Rito (2013) referem que no contexto ensino-aprendizagem e no desenvolvimento de competências associadas à prática clínica, a análise SWOT é elaborada com foco na análise de cenários clínicos, identificando os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. Esta análise contribui para evidenciar os aspetos / dimensões mais relevantes, quer sejam favorecedoras ou dificultadoras das aprendizagens. A par da distinção entre dimensões favorecedoras e dificultadoras anteriormente assinalada, surgem os eixos ligados aos fatores intrínsecos e aos fatores extrínsecos. Os fatores intrínsecos consideram as dimensões de ordem pessoal, individual e específica do estudante, já os extrínsecos correlacionam-se com “aspetos de ordem organizacional, estrutural e institucional, à dinâmica funcional das diferentes unidades de saúde / serviços e ainda às características e perfis dos próprios supervisores e ou tutores” (Pereira & Rito, 2013).

Começando pelas *strengths* é de referir que vários foram os fatores positivos. Tendo em consideração os fatores intrínsecos é de salientar a postura e atitude de interesse nos locais de estágio, a boa integração nas equipas, mencionado até pelas orientadoras em momentos de avaliação. A procura de envolvimento e articulação com a equipa multidisciplinar foi comum da minha prática e bem-sucedido na maioria das vezes, permitindo o adequar de cuidados mais personalizado e completo.

A evolução evidente na mudança de abordagem e intervenção de enfermeira de cuidados gerais para enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, onde os padrões de qualidade definidos na área da ER eram patentes em todo o processo de reabilitação.

O assumir a liderança e gestão nos cuidados de forma calma, tranquila e baseada em conhecimentos teóricos fruto da evidência científica. O EEER enquanto especialista detém competências que o permite assumir estes papéis, e este, é um aspeto no qual evidenciou-se a minha melhoria progressiva. Inicialmente com dúvidas

e inseguranças, mas que com o tempo, com empenho e reflexão pude crescer e desenvolver competências que permitem um cuidado holístico inclusivo.

De salientar a boa capacidade de escuta e respeito pelas preferências e necessidades das pessoas alvo dos cuidados, sendo esta uma característica importante para o estabelecimento de uma relação de confiança e parceria. Em ambos os locais de estágio sempre procurei estabelecer uma relação de parceria com a pessoa alvo dos cuidados, fornecendo orientações e promovendo a participação na tomada de decisão. Estes aspetos irão influenciar o decorrer do programa de reabilitação bem como a satisfação dos clientes.

O reconhecimento dos pontos de fraqueza e aspetos menos positivos permitem um crescimento contínuo. Assim, olhando às *weaknesses*, neste campo de fatores intrínsecos negativos, é de referir que a gestão e conciliação da vida pessoal, profissional e estágios foi muito difícil com enorme e incalculável desgaste físico, psicológico e emocional. Este aspeto leva-nos diretamente a outro ponto menos bom relativo à incapacidade de construção e produção de documentos, por exemplo jornais de aprendizagem nos prazos e quantidades desejados, e redação do relatório ao longo do estágio. Tenho ciente que este aspeto poderá de certa forma interferir nos contributos e qualidade do presente relatório.

Outra dificuldade sentida e apontada em jornal de aprendizagem prende-se com a gestão de situações de revolta dos clientes perante a situação de doença, gerando muitas das vezes sentimentos de frustração. O estar ciente de mim, das minhas características individuais, capacidades e emoções permitiu identificar este aspeto como algo a ser trabalhado ao longo da vida profissional atual e futura remetendo-me desta forma para a competência comum do EE no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Na busca de soluções para problemas que vão surgindo considero que foi um aspeto com evolução bastante favorável, mas que ainda necessita de melhor adequação de estratégias, passando muito pela gestão emocional. Não esquecendo as limitações incontornáveis impostas como o curto tempo de internamento (olhando ao contexto de internamento hospitalar) que dificulta a possibilidade de adotar diferentes estratégias e respeito pelo *timing* que cada pessoa necessita para encarar a sua nova condição de saúde/doença. É necessário haver respeito pelo processo de adaptação psicológica e emocional, que varia de pessoa para pessoa, de modo a podermos trabalhar na maximização de funcionalidade, através do desenvolvimento de capacidades, bem como na capacitação que promova e permita a reinserção e exercício da cidadania.

Pensado agora nas questões extrínsecas com efeito positivo, *opportunities*, realço as características do serviço de internamento, Neurologia, o que permitiu operacionalizar em grande parte o projeto desenhado para o ensino clínico pela existência constante de pessoas com o diagnóstico de AVC e diversidade de recursos materiais disponíveis. Saliento também as características da enfermeira orientadora que procurava prestar cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação acumulando esses cuidados às funções de prestação de cuidados generalizados. Esta fazia uma gestão dos cuidados de Reabilitação que permitiam uma orientação enriquecedora com grandes contributos ao meu desenvolvimento. Em contexto comunitário, na UCC, a multiplicidade de pessoas com diferentes condições de saúde, proporcionou o desenvolvimento de competências do EEER.

Quanto aos fatores negativos extrínsecos, *threats*, começo por apontar a organização que os internamentos apresentam em termos de rotinas que por vezes acabam sendo prejudiciais e que de certa forma influenciaram negativamente. Refiro-me por exemplo aos cuidados de higiene, que em ambiente hospitalar, pelos rácios, estruturação e organização institucional, não permitem o melhor treino desta AVD. Por outro lado, como referido no primeiro ponto desta avaliação, esta organização permitiu fomentar a liderança e gestão dos cuidados, exigindo capacidades de resolução de situações, por vezes imprevistas, e adequação dos cuidados com a reorganização do programa de reabilitação de forma holística e personalizada.

Os internamentos cada vez mais curtos são uma realidade, seja por interesses económicos, políticos ou outros fazendo com que exista uma grande rotatividade de clientes nas camas dos hospitais. Este facto, sendo o processo de reabilitação lento e moroso, tornou o acompanhamento em internamento deficitário do ponto de vista académico no sentido em que não houve espaço na maioria das vezes para um grande desenvolvimento do programa de reabilitação, embora com efeito positivo, sem grandes resultados objetiváveis e/ou significativos.

No período em que decorreram os estágios estávamos a atravessar uma pandemia numa fase onde havia muitas dúvidas acerca do vírus – SARS COV 2 – ao qual, por segurança, as instituições impuseram restrições nas visitas prevendo-se consequências negativas, ainda que não intencionais. Desta forma os cuidados englobando a família em contexto hospitalar tornaram-se um desafio, que embora tenha tido influência negativa obriga o desenvolvimento de capacidades de ajuste e adequação de cuidados perante os entraves/limitações/dificuldades que foram surgindo. Para além disso, estes aspetos suscitaram interesse em investir ainda mais no envolvimento dos familiares/cuidadores/pessoas significativas no processo de

reabilitação através de estratégias que procurem colmatar as dificuldades impostas em prol da saúde pública e individual. Em contexto comunitário a utilização de equipamentos de proteção individual, em alguns casos foram apontados por clientes como uma barreira ao estabelecimento de uma relação de confiança e proximidade. A utilização de máscara de certa forma em alguns momentos dificultou a interação já que, o não verbal tem um poder de expressão muito significativo.

Outro aspeto extrínseco, que considero necessário de referir tendo em conta o impacto que provocou sendo na altura para mim devastador e extremamente desmotivante, foi após a organização do horário em tempo de pandemia com longas horas de trabalho, muitas das vezes inesperadas, ver interrompido e cancelado o estágio na UMDR que seria certamente um ambiente extremamente rico e favorável à implementação do projeto tendo em consideração o seu contexto.

De mão dada com os aspetos referidos acima, os estágios revelaram-se fundamentais e muito enriquecedores. Ao longo destes investi na aquisição de competências práticas e procurei sustentar e fortalecer a componente teórica. Integrei com apreço a equipa de pares e multidisciplinar onde demonstrei proatividade, humildade e disponibilidade.

Os cuidados de enfermagem, em particular de ER são de uma grande complexidade, exigindo a mobilização de vários conceitos para a correta e completa interpretação dos valores e componentes que constituem o indivíduo. Várias teóricas desenvolveram modelos como ferramentas orientadoras que permitem ao EEER estruturar o seu pensamento, tomada de decisão, planeamento e ações a instituir. O modelo de Betty Neuman ao ter como foco os aspetos psicológicos, fisiológicos, socioculturais e desenvolvimentistas dos seres humanos facilitou a identificação de aspetos e características que influenciam o comportamento perante os stressores impostos pelo AVC. A componente psicológica e afetiva das pessoas afetadas por AVC tem um papel crucial na sua reabilitação. Este modelo permitiu de forma estruturada e organizada identificar os aspetos que influenciam o processo de reabilitação, assim pude desenvolver planos de intervenção com vista a adesão ao programa de reabilitação sendo um facilitador na conceção dos cuidados. Além disso, a teórica identifica e caracteriza de forma detalhada os conceitos centrais do seu modelo, possibilitando a compreensão das várias dimensões e características que compõem o *self*. Isto, facilita a interação com a pessoa cuidada bem como com os seus familiares ou pessoas de referência, e ainda os aspetos que poderão influenciar a vivência do fenómeno de doença.

Assim, o modelo apresentado por Betty Neuman facilitou a identificação de stressores em cada situação, ao despertar e fomentar a importância das várias componentes que poderão influenciar o programa de reabilitação. Mobilizar os conceitos apresentados pela autora permitiu em determinadas situações a identificação de stressores que afetam a vivência da transição saúde-doença, possibilitando o reconhecimento de situações que careceram de atenção. Além disso, facilita a intervenção a diferentes níveis enumerados igualmente pela autora.

Na presença de défices motores que levam a limitações no desempenho de tarefas e atividades a ER assume um papel importante. Cecatto & Almeida (2010), corroboram esta afirmação quando referem que a reabilitação tem por objetivo a recuperação dos déficits o mais precocemente possível, bem como uma preparação por forma a reintegrar a pessoa na vida em comunidade, com o melhor resultado funcional possível, independência e qualidade de vida.

Ao longo dos estágios pude ver melhorias, em alguns mais evidentes que outros, fruto da intervenção planeada e instituída. Tal foi possível ao procurar maximizar as capacidades das pessoas, tornando-as o mais independentes e funcionais possíveis, com evolução favorável à avaliação de escalas como o índice de Barthel e a MIF.

Deste modo, o percurso de estágio teve um desenvolvimento positivo onde foram desenvolvidas atividades tendo subjacente as oito categorias de enunciados apontados pela OE nos padrões de qualidade da especialidade de ER.

A intervenção do EEER tem vários focos, entre eles a prevenção de complicações (OE, 2018, p. 11; Regulamento 392/2019, 2019, p. 13565). Ao longo dos estágios este princípio esteve patente em todas as intervenções realizadas, zelando pela segurança de todos os envolvidos nos cuidados.

Por exemplo, nas situações de plegia ou parésia do membro superior, um dos cuidados e aspetos a considerar são as lesões resultantes das incorretas mobilizações do membro afetado e adoção de posturas compensatórias. Nesta situação, a orientação fornecida à família foi crucial, bem como a utilização do espelho quadriculado onde a pessoa era incentivada a identificar as alterações posturais evidentes. Posto isto, em conjunto, foram definidas estratégias a adotar perante essas posturas.

Certificando a existência de condições de segurança procurei fornecer conhecimentos às pessoas, que lhes permitissem ter um papel ativo na definição do plano de intervenção e no desenvolvimento de estratégias de adaptação. Após a apresentação e discussão conjunta do plano de cuidados, e aquando do entendimento

da importância das intervenções e princípios a serem respeitados, os próprios, por vezes, apresentavam respostas para fazer face à limitação imposta. Recordo uma cliente que necessitava de ajuda no levantar, no qual o marido apresentava dificuldades em apoiá-la pela limitação do espaço, após explicado a importância do apoio correto foram os próprios a apresentar soluções alternativas, como a mobilização de algumas peças do mobiliário. Este é um exemplo que integra a readaptação funcional onde o EEER fornece ferramentas e adota estratégias que permitam o envolver das pessoas significativas. Para além disso, paralelamente à readaptação funcional que engloba, além do referido anteriormente a capacitação para a conquista de autonomia e funcionalidade, dentro das limitações e o planeamento de intervenções de ER para readaptação ao domicílio com os recursos existentes maximizando as capacidades funcionais (OE, 2018, p. 13) a reeducação funcional aponta para o planeamento conjunto com o cliente das estratégias de reabilitação a implementar bem como a promoção da continuidade do processo de prestação de cuidados de ER. Sempre que possível e necessário procurei respostas nos recursos da comunidade com o apoio da assistente social, na preparação para a alta hospitalar, que permitissem a continuidade do processo de reabilitação. Já no domicílio a parceria com os familiares era uma constante de maneira a que na nossa ausência houvesse uma manutenção das atividades implementadas bem como o desempenho de tarefas com vista a maior independência possível na realização das AVD e promoção de bem-estar. Um claro exemplo disso, foi a parceria criada com a esposa de um dos clientes com o qual trabalhei em VD. Esta garantiu e promoveu a autonomia e independência na nossa ausência, visto que o cliente revelava uma personalidade pouco flexível e alguma renitência na adesão ao plano.

A promoção do autocuidado é um foco central da intervenção do EEER. As intervenções executadas procuraram o aumento de potencialidades e de capacidades funcionais com vista o autocuidado. Para tal, foram fornecidas ferramentas e adotadas estratégias como complemento às limitações instaladas. Dessa forma, foi possível fomentar a independência na realização de tarefas como o vestir e despir após parésia ou plegia de membros decorrentes do AVC.

Para além da capacitação da pessoa afetada, o trabalho junto de familiares e cuidadores através da instrução e treino, assumiu uma grande atenção da minha parte na preparação para o regresso ao domicílio do familiar agora com limitações previamente inexistentes. No domicílio o trabalho com os familiares mostrou-se ser ainda mais importante pois *in loco* pude verificar que necessitavam de orientação, por vezes em dificuldades simples de ultrapassar onde pela inexperiência e envolvimento

emocional não eram capazes de identificar, refletir e definir estratégias para as colmatar. Todos estes aspetos contribuíram para o bem-estar e autocuidado ao ajudar a alcançar o maior potencial de saúde, ou seja, a promoção da saúde.

De uma forma transversal procurei promover a autonomia das pessoas a quem prestei cuidados. O processo de transição saúde-doença mostrou ser de uma enorme complexidade e de grande exigência. A demonstração de respeito pelas crenças, valores e sentimentos associados a uma nova etapa de vida da pessoa com alteração da funcionalidade revelou-se ser crucial. Desta forma, foi dado espaço para a verbalização de emoções e pensamentos relacionados com as novas vivências, onde a sua exposição e análise conjunta sobre os mesmos possibilitou a compreensão dos fenómenos vivenciados, das potencialidades e estabelecimento de metas. Recordo um cliente, que após várias interações, demonstrou maior empenho e aumento da confiança nas suas capacidades para o desempenho dos exercícios e tarefas. Além destes aspetos, saliento a relevância do reforço positivo na obtenção de resultados, especialmente em pessoas com dificuldades emocionais e psicológicas em aceitar a nova condição, quer seja temporária ou permanente. Determinadas pessoas evidenciaram stressores negativos superiores aos positivos, no entanto ao serem identificados, discutidos e consciencializados na sua totalidade promoveram uma melhoria significativa. O reforço positivo contribuiu para o ganho de confiança e consciencialização das suas capacidades e potencialidades quando desenvolvidas. Estes aspetos inserem-se na satisfação do cliente que revelou ser um aspeto chave no desenvolvimento das atividades. Considero que, consegui de uma forma generalizada contribuir para a satisfação dos clientes, verbalizada pelos mesmos e seus familiares. Houve uma situação em particular onde um familiar fez questão de expressar a sua satisfação e agradecimento por escrito com uma mensagem dirigida à minha pessoa. Foi de facto, gratificante ver melhorias no desempenho de atividades e tarefas, no aumento da independência e autonomia com satisfação de todos os envolvidos no processo de reabilitação.

A implementação de projetos pode por vezes ser um grande desafio. A realidade atual dos hospitais, mostra que, de uma forma transversal os internamentos são de duração cada vez mais curtas (Branco & Santos, 2010) o que dificulta o acompanhamento das pessoas em processo de reabilitação. Este aspeto gerou alguma frustração na impossibilidade de acompanhamento a quem prestei cuidados, muitos com uma média de três dias de internamento. Para além do acompanhamento a execução do projeto delineado tornou-se claramente um desafio. Por outro lado, o contexto hospitalar, pela sua especificidade permitiu experienciar e colocar em prática

as atividades programadas nos cuidados à pessoa com diagnóstico de AVC. A grande dificuldade foi a impossibilidade de avaliar os resultados das intervenções instituídas pelas altas hospitalares cada vez mais precoces. Por outro lado, a possibilidade de dedicar-me plenamente aos cuidados de reabilitação e cumprir os planos estabelecidos revelou-se ser um aspeto facilitador à implementação do projeto. Em contexto comunitário, devido à gestão da viatura de transporte e rácio de cliente/EEER, nem sempre era possível realizar sessões com a duração e periodicidade desejada.

A intervenção do EEER é abrangente a todo ciclo vital, estando neste caso focado na vida adulta, independentemente da condição de saúde que provoque limitações que condicionam a execução de tarefas. Desta forma, o projeto tinha como grande foco a pessoa com diagnóstico de AVC, porém inclui igualmente outras patologias. O desenvolvimento das atividades perante as limitações provocadas por outra patologia, que não o AVC, foram maioritariamente desenvolvidas em contexto comunitário. Esta diversidade de ambiente permitiu desta forma a implementação do projeto, ainda que com limitações conforme evidenciado no relatório. Considero que de forma positiva as atividades foram desenvolvidas nos diferentes contextos.

Embora seja um trabalho *continuum* ao longo de toda a carreira, os estágios permitiram o crescimento e desenvolvimento inicial de todas as competências identificadas do EE e específicas da ER que possibilitam o cuidar de pessoas em diferentes etapas do ciclo de vida, em particular no adulto e idoso.

O trabalho desenvolvido vem fomentar a importância da intervenção da ER no ajuste e adaptação a novas condições que se impõem como resultado do processo de saúde doença, quer sejam de relação direta ou indireta, como alterações respiratórias (como pneumonia) e músculo-esqueléticas (consequência de períodos de imobilidade), ou resultado do envelhecimento.

Estes estágios, tendo em conta a diversidade de patologias e comorbilidades, vieram reafirmar de que a grande maioria das pessoas, em especial os idosos beneficiam da intervenção da Enfermagem de Reabilitação, quando vítimas de AVC. Nestes casos a reabilitação motora o mais precoce possível, desempenha um papel importantíssimo já que o AVC pode apresentar défices motores significativos que se tornam ainda mais cruciais de intervenção quando associados a idades mais avançadas já que o risco das consequências da imobilidade é mais elevado.

Um dos meus grandes contributos, a meu ver, referem-se à preparação para a alta hospitalar. Esta transição, do que objetivei quer no internamento como na comunidade, é carente de dedicação já que não há grande preocupação em como

esta é feita, vivida e experienciada pelos clientes e suas famílias. Em jeito de auxílio, desenvolvi folhetos simples, sucintos e esclarecedores (Apêndice II e IV) do procedimento para a satisfação de algumas AVD. Para além de não haver uma boa preparação para alta, que deve ser iniciada no dia da admissão, muito deve-se à não sensibilização das equipas médicas para este tema, são dadas altas sem aviso e por vezes até inesperadas aos olhos da equipa multidisciplinar. De salientar que este problema é transversal, no entanto não se aplica a todos já que houve situações em que do ponto vista clínico/médico o cliente reunia as condições para a alta, contudo da avaliação de enfermagem de reabilitação não havia sido feito trabalho suficiente para a capacitação eficaz ao regresso ao domicílio em segurança. Aqui tive um papel ativo e de gestão de caso importante pois graças à minha avaliação, intervenção e discussão com a equipa multidisciplinar houve oportunidade de preparar o cliente e família, tarefa dificultada pelo contexto da COVID-19, para que pudessem vivenciar o processo de saúde-doença e transição do internamento para o domicílio com limitações acrescidas de forma tranquila e segura.

A intervenção em cuidados primários é deficitária e pouco valorizada, como tal o estágio em contexto comunitário, graças aos resultados apresentados mostram que as questões motoras são fundamentais de serem trabalhadas e investidas. Politicamente este é um paradigma que necessita de ser revisto, pois, pessoas mais dependentes apresentam participação social menos ativa, menos produtividade, com necessidades acrescidas implicando um aumento de custos acabando por apresentar colateralmente grande impacto económico. Assim sendo, sugere-se que de futuro haja ainda maior investimento e investigação na evidência destas questões da maximização de funcionalidades e seu impacto de modo que de alguma forma se alterem os paradigmas na transição hospital domicílio e da necessidade de investimento e continuidade dos programas de reabilitação na comunidade.

Espera-se que esse trabalho seja demonstrado e apresentado a outros profissionais, ao público em geral, políticos e junto dos clientes. Desta forma iremos, através de resultados obtidos, proporcionar o desenvolver de intervenções autónomas e independentes da ER necessárias, justificadas pelo saber e conhecimento baseado na evidência científica.

Todo o percurso desde o início do curso até à construção do presente relatório, em especial os estágios foram de grande significado para mim. É o chegar ao fim de uma etapa repleta de sacrifícios, descobertas, superações e enorme crescimento pessoal e profissional.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem de reabilitação - área de intervenção especializada da enfermagem – organiza-se, interage e precipita-se na maximização das capacidades da pessoa. Esta atua direcionada à pessoa, sua família, ambiente e coletividades, em todos os ciclos vitais e processos de saúde-doença, “com os objetivos de promover mudanças no estilo de vida, a fim de tornar as pessoas com déficits de funcionalidade e suas famílias, cidadãos com capacidade de contribuir socialmente, interagir e bem viver” (Schoeller, Martins, Ribeiro, Souza Lima, Padilha & Gomes, 2018).

A aprendizagem transversalmente teórica e prática que se evidencia em contexto acadêmico e que se exhibe particularmente enriquecedora em estágio, desvenda-se aqui numa exploração e análise mais particular de uma temática pertinente pelo impacto que a nível individual, familiar, social e para o serviço de saúde apresenta: o AVC e a reabilitação da pessoa no pós-AVC.

O EEER desenvolve a sua atividade baseada na evidência científica. Assim sendo a revisão da literatura tornou-se fundamental para a melhor prática e sucesso das intervenções. Apenas desta forma o EEER pode exercer cuidados especializados que permitam o desenvolvimento da qualidade dos cuidados, da segurança durante os cuidados, da satisfação da(s) pessoa(s) cuidada(s).

A revisão da literatura é assim o alicerce da pesquisa teórica que permite melhorar os conhecimentos na temática em estudo garantindo o desenvolvimento de atividades e métodos mais atuais e adequados a cada situação.

Considerando tratar-se do 2º ciclo de formação em Enfermagem, onde os cuidados são especializados, é importante a investigação. Neste caso, foi possível fomentar a evidência apontada pelos diferentes autores, espelhadas ao longo do relatório, de que determinadas técnicas e metodologias são eficazes. Além disso, permitiu a identificação de falhas existentes na organização dos cuidados que de futuro merecem atenção e empenho no desenvolvimento de estratégias que de alguma maneira permitam o colmatar dessas dificuldades.

O AVC, dada a sua incidência e morbidade associada, tornou-se um assunto mundialmente preocupante. Apesar da diminuição na taxa global de mortalidade muitos sobreviventes permanecem com alterações significativas com grande impacto nas suas vidas (Whitehead & Baalbergen, 2019)

Assim sendo, a reabilitação pós AVC procura maximizar a independência funcional de pessoas através de um processo centrado na pessoa alvo de cuidados, orientada para objetivos que permitam auxiliar a pessoa com diagnóstico de AVC a

retomar o mais precocemente possível, do seu funcionamento anterior no ambiente comunitário, de trabalho (quando aplicável e/ou possível) e familiar (Whitehead & Baalbergen, 2019)

A reabilitação, em especial pela intervenção complexa, abrangente e qualificada da enfermagem de reabilitação, representa-se como elemento crucial do cuidado no pós-AVC. Considerando as alterações decorrentes do AVC, torna-se evidente que a reabilitação é então a base de tratamento de modo a minimizar o impacto das possíveis alterações resultantes da doença e maximizar o potencial de funcionalidade dos indivíduos perante as sequelas. A reabilitação da função física e motora que inclui vários aspetos como equilíbrio, a marcha, velocidade e atividades diárias constitui uma grande componente do programa de reabilitação (McGlinchey, James, McKevitt, Douiri & Sackley, 2020). O EEER e a reabilitação têm um papel crucial na reversibilidade dos efeitos do AVC e na adaptação funcional às novas condições/limitações, pois procura minimizar o déficite neurológico bem como as complicações daí decorrentes.

A enfermagem de reabilitação é de extrema importância na recuperação da capacidade funcional e cognitiva, que imensas vezes limita uma integração feliz na vida pessoal, profissional e social.

A enfermagem de reabilitação é uma área de atuação excepcional, enormemente compensadora, de elevada exigência e responsabilidade tanto para as pessoas alvo de cuidados como para os profissionais. Os enfermeiros devem fazer pleno uso das suas mais-valias intrínsecas: construir e desenvolver com facilidade e honestidade novas parcerias. Os cuidados de enfermagem especializados encaixam este apreço por mais qualidade e sobretudo tem o seu maior tributo na participação ativa e proactiva na melhoria das condições de vida – o enfermeiro especialista em reabilitação garante bons resultados logo a partir do momento que assume a parceria – e é nisto que se marca a diferença, e a diferença são cuidados de excelência. Para tal procura identificar, reconhecer e englobar os aspetos multidimensionais que compõem a pessoa, visando um cuidado holístico, integrador e respeitador e não exclusivamente uma condição/limitação.

A intervenção tem como alvo a pessoa, em todas as fases do ciclo vital, integrando com apreço a família e seus cuidadores no processo de re aquisição de capacidades e competências. Ao integrar e valorizar a família ou a rede de apoio nos cuidados é mais do que utilizar uma ferramenta ao dispor no processo de reabilitação, é garantir o sucesso de uma intervenção que não termina no internamento: construir condições de recuperação exige para além das possibilidades de recuperação física,

uma grande e persistente capacidade de (auto)motivação e a família/rede de apoio sustenta muitas das vezes esse requisito.

A excelência nos cuidados de enfermagem, nomeadamente no que reporta à intervenção do EEER visa garantir ganhos em saúde em todos os contextos da prática clínica. Ao longo das últimas décadas, fruto da complexidade dos cuidados e do incremento da expectativa dos cidadãos, assuntos como a qualidade em saúde e a satisfação têm sido considerados de extrema relevância e de investimento prioritário. A pretensão de excelência dos cuidados incentiva ao desenvolvimento de competências profissionais visando os padrões de qualidade estabelecidos como a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Através de planos de reabilitação motora permitiu-se a maximização de capacidades e funcionalidades, ir ao encontro do descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, responder aos objetivos propostos e desenvolver gradual e continuamente competências quer do EE como do EEER.

Ao longo dos estágios foi possível trabalhar na transição de cuidados generalizados para cuidados especializados de enfermagem avançada procurando um novo olhar e análise das situações vivenciadas. Conjuntamente com as orientadoras nos distintos locais de estágio houve espaço para a reflexão e discussão do cuidado avançado que o especialista presta às pessoas de quem cuida, perspetivas e projetos de investimento futuros.

Através dessa análise crítica e reflexiva foi possível desenvolver e aprimorar as competências e cuidados prestados desde a avaliação holística da pessoa alvo de cuidados, ao planeamento, execução e posterior avaliação da intervenção. Desta forma foi-me possível de uma forma gradual desenvolver positivamente a capacidade de análise, pensamento crítico bem como a sua exposição na partilha aos demais de forma clara e coerente.

A enfermagem de reabilitação, os enfermeiros especialistas em reabilitação, marcam a diferença, pois encaram a excelência de cuidados com seriedade e uma inquietação, uma inquietação boa, como meta, as pequenas mudanças vão construindo fortes impactos.

Esta inquietação surge não apenas na busca de resultados positivos para a pessoa alvo de cuidados, bem como para toda a disciplina de ER. Muito do trabalho desenvolvido partiu da necessidade e interesse em procurar respostas com fundamentação e rigor científico com apreço pelas questões éticas subjacentes a todo

o cuidado e possibilitando, num grau mais avançado, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem auto-orientada.

Além disso, mestre é aquele que é capaz de desenvolver atividades que transponham para a prática todo o conhecimento e capacidade de compreensão adquirido e desenvolvido (Decreto-lei 74/2006, p. 2246). Apenas assim é possível a prática de uma enfermagem avançada que dignifique e exalte os cuidados especializados da ER capazes de resolver problemas em distintas situações e contextos. O EEER poderá fazê-lo de diferentes formas, como o exemplo na gestão de cuidados e de equipas que procurem a excelência dos cuidados tendo em conta os padrões de qualidade.

Deste modo, estes estágios possibilitaram a oferta de contributos ao local de trabalho, trazendo novas abordagens dos cuidados, através de cuidados de ER diretos ainda que de forma informal, bem como a inclusão dos colegas na mudança de paradigma e esclarecimentos acerca da recuperação da pessoa acometida por AVC. Permitiu, ainda que de uma forma muito inicial a mudança, o olhar e abordagem à pessoa com défices motores de uma forma que apenas o EEER consegue fazer incluindo todas as variantes que compõem a pessoa.

Todo este caminho percorrido até aqui permitiu o desenvolvimento de competências dos diferentes domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Sendo impossível dissociar atividades em competências individuais o seu desenvolvimento foi uma constante, havendo maior ênfase de algumas competências em determinadas atividades desenvolvidas. Por outro lado, as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram transversais em todos os processos de tomada de decisão, momentos de avaliação, planificação e instituição de atividades.

Para o desenvolvimento das competências foi imperativo a aplicação dos conhecimentos adquiridos e aprofundamento de temas específicos que permitissem a resolução de problemas e situações novas a que me fui deparando nos diferentes contextos. Este empenho será uma constante no desempenho de funções de EEER já que, apenas desta forma é possível o crescimento profissional, alcance e manutenção de metas que elevem os cuidados a um nível avançado de excelência.

Olhando agora às competências específicas da ER, o EEER

cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da

atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento 392/2019, 2019, p. 13566).

O desenvolvimento destas estiveram patentes de forma evidente na intervenção e cuidados prestados onde atendendo os descritores de Dublin conjuntamente com uma abordagem holística foi possível reabilitar pessoas com diferentes limitações.

Ao longo dos estágios foi possível perceber que a transição internamento domicílio necessita de maior investimento e articulação por parte dos profissionais, o que suscitou interesse em mudar hábitos de trabalho na preparação para a alta das pessoas com défices significativos. Para tal é crucial avaliar e preparar a pessoa com AVC, suas famílias e cuidadores para as transições através da partilha e possibilidade de acesso a informação, treino de habilidades, apoio psicossocial, consciencialização e assistência no acesso a serviços e recursos comunitários (Nível de evidência B) (Mountain et al., 2020).

Assim sendo, de futuro espero alterar dinâmicas de trabalho através da liderança na gestão de equipa e de casos que possibilitem a melhor experiência possível às pessoas e suas famílias/cuidadores/pessoas significativas nessa transição hospital domicílio. Além disso, inerente ao cuidado especializado e à prática de uma enfermagem avançada irei procurar dar continuidade ao processo de formação.

Ao longo do meu percurso profissional pude me aperceber que a área de reabilitação era para mim cativante e desafiante, acreditando que poderei dar contributos na reabilitação das pessoas com défices/limitações, é assim com enorme satisfação que me aproximo desta realização profissional.

Desta forma, é impossível dissociar crescimento e distinção profissional que se ostenta com estes estágios e pelo enriquecimento pessoal e profissional que esta experiência também acaba por oferecer. Certo é o forte contributo que ofereceu na concretização de responsabilidade profissional, capacidade crítico-reflexiva, melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, proatividade na resolução dos problemas, valorização do estabelecimento de parceria ou melhor, parcerias (multidisciplinar e com a pessoa e com a sua família), resolver e fazer parte de soluções. Uma experiência que ficará pelos melhores motivos na minha memória e com certeza brindará a minha prática com qualidade na área de especialização.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abd El-Hay, S., Abed Allah, A., & Tag El Din, E. (2018). *Effect of implementing designed educational training program for neurological nurses on clinical outcomes of stroke patients*. Clin Nurs Stud, p. 121. DOI: <https://doi.org/10.5430/cns.v6n4p121>
- Alves & Babo (2021) *Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idososa em cuidados paliativos* in Ribeiro: *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas*. Lidel Enfermagem. p. 329 – 335. ISBN: 978-989-752-723-4
- Aqueveque, P., Ortega, P., Pino, E., Saavedra, F., Germany, E. & Gómez, B. (2017) *After Stroke Movement Impairments: A Review of Current Technologies for Rehabilitation*. <http://dx.doi.org/10.5772/67577>
- Baker, E., & Fatoye, F. (2019). *Patient perceived impact of nurse-led self-management interventions for COPD: A systematic review of qualitative research*. International Journal of Nursing Studies. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.004>
- Bondoc, S., Booth, J., Budde, G., Caruso, K., DeSousa, M., Earl, B., ... Humphreys, J. (2018). *Mirror therapy and task-oriented training for people with a paretic upper extremity*. American Journal of Occupational Therapy, 72(2). <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.025064>
- Cecatto, R. B., & Almeida, C. I. de. (2010). *Rehabilitation planning in the acute phase after encephalic vascular accident*. Acta Fisiátrica, 17(1), 37–43. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v17i1a103309>
- Chan, C. W., Wong, F. K. Y., Yeung, S. M., & Sum, F. (2016). *Holistic health status questionnaire: developing a measure from a hong kong chinese population*. Health and Quality of Life Outcomes, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0416-8>
- Chau, J. P. C., Lo, S. H. S., Choi, K. C., Butt, L., Zhao, J., & Thompson, D. R. (2021). *Participation self-efficacy plays a mediation role in the association between mobility and social participation among stroke survivors*. Heart and Lung, 50(6), 857–862. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.07.002>
- Chen, L., Xiao, L. D., Chamberlain, D., & Newman, P. (2021). *Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: a systematic review*. Journal of Clinical Nursing. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jocn.15807>

- Christiansen, K. L., Rasmussen, A. M., Mouritzen, H. S., Østervig Buus, A. A., & Grønkjær, M. (2021). *Quickly home again: patients' experiences of early discharge after minor stroke*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1187–1195. <https://doi.org/10.1111/scs.12937>
- Cook, P., Sunnerhagen, K. S., & Persson, H. C. (2020). *Level of physical activity is positively correlated with perceived impact on life 12 months after stroke: a cross-sectional study*. *Journal of rehabilitation medicine*, 52(5), jrm00056. <https://doi.org/10.2340/16501977-2667>
- Corven, C. T. M., Bielderma, A., Wijnen, M., Leontjevas, R., Lucassen, P. L. B. J., Graff, M. J. L., & Gerritsen, D. L. (2021). *Empowerment for people living with dementia: an integrative literature review*. *International Journal of Nursing Studies*, 124, 104098. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104098>
- Curuk, E., Lee, Y., & Aruin, A. S. (2020). *Individuals with stroke improve anticipatory postural adjustments after a single session of targeted exercises*. *Human Movement Science*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2019.102559>
- Derakhshanfar, M., Raji, P., Bagheri, H., Jalili, M., & Tarhsaz, H. (2021). *Sensory interventions on motor function, activities of daily living, and spasticity of the upper limb in people with stroke: a randomized clinical trial*. *Journal of Hand Therapy*, 34(4), 515–520. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2020.03.028>
- Direção Geral de Saúde (2017) *Programa nacional para as doenças cerebrovasculares*. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa. ISSN: 2184-1179
- Feigin, V. L., Norrving, B., & Mensah, G. A. (2017). *Global Burden of Stroke*. *Circulation research*, 120(3), 439–448. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>
- Feigin, V., Stark, B., Johnson, C., Roth, G., Bisignano, C., Abady, G., ... Murray, C. (2021). *Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019*. *Lancet Neurol* 2021; 20: 795–820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
- Freese, B. (2004). *Betty Neuman: Modelo de Sistemas*. Em A. Tomey, & M. Al-Ligood, *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5.^a Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Global Burden of Disease. (2016). *Disease and injury incidence and prevalence collaborators global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study*. *Lancet*, pp. 1545-602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)

- Guan, Y., Guo, N., & Gao, H. (2019). *Study on application of continuous nursing in rehabilitation period of stroke patients*. *Acta Medica Mediterr*, pp. 539-43. DOI: 10.19193/0393-6384_2019_1s_83
- Hasegawa, T., Sekine, R., Akechi, T., Osaga, S., Tsuji, T., Okuyama, T., ... Miyashita, M. (2020). *Rehabilitation for Cancer Patients in Inpatient Hospices/Palliative Care Units and Achievement of a Good Death: Analyses of Combined Data From Nationwide Surveys Among Bereaved Family Members*. *Journal of pain and symptom management*, 60(6), 1163–1169. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.031>
- Hatem, SM., Saussez, G., della Faille. M., Prist, V., Zhang, X., Dispa, D., & Bleyenheuft, Y. (2016). *Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery*. *Front. Hum. Neurosci.* 10:442. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00442>
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação-Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4a edição ed.). 839 pp. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-31-4
- Hsu, C. J., Kim, J., Roth, E. J., Rymer, W. Z., & Wu, M. (2017). *Forced use of the paretic leg induced by a constraint force applied to the nonparetic leg in individuals poststroke during walking*. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 31(12), 1042–1052. <https://doi.org/10.1177/1545968317740972>
- Huzmeli, E., Yildirim, S. A., & Kilinc, M. (2017). *Effect of sensory training of the posterior thigh on trunk control and upper extremity functions in stroke patients*. *Neurological Sciences*, 38(4), 651–657. <https://doi.org/10.1007/s10072-017-2822-z>
- Imura, T., Nagasawa, Y., Fukuyama, H., Imada, N., Oki, S., & Araki, O. (2018). *Effect of early and intensive rehabilitation in acute stroke patients: retrospective pre-/post-comparison in japanese hospital*. *Disability and rehabilitation*, 40(12), 1452–1455. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1300337>
- Jang, S. H., & Lee, H. D. (2020). *Recovery of an injured ascending reticular activating system with recovery from a minimally conscious state to normal consciousness in a stroke patient: a diffusion tensor tractography study*. *Neural regeneration research*, 15(9), 1767–1768. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.276362>.
- Jang, S. H., Seo, Y. S., & Lee, S. J. (2020). *Increased thalamocortical connectivity from the affected thalamus to the unaffected hemisphere in a stroke patient*.

- Neural regeneration research, 15(8), 1568. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.274350>.
- Jester, R. (2008). *Advanced rehabilitation nursing*. Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-405-12508-6
- Johnson, J. P., Meier, E. L., Pan, Y., & Kiran, S. (2021). *Abnormally weak functional connections get stronger in chronic stroke patients who benefit from naming therapy*. *Brain and Language*, 223. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2021.105042>
- Johnstone, M. (1979) - *Restoration of motor function in the stroke patient : a physiotherapists approach*. London: Churchill Livingstone. 187 pp. ISBN 443-01701-8
- Jukes, M. & Spencer, P. (2007) *Práticas centradas na pessoa. Uma abordagem holística e integrada*. Primeiro Capítulo: Modelos para a prática do Modelo de Sistemas de Neuman. Quay Books. Londres
- Kelly-Hayes, M., & Phipps, M. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. In S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 177 - 186). Loures: Lusodidacta.
- Krieger, T., Feron, F., & Dorant, E. (2017). *Developing a complex intervention programme for informal caregivers of stroke survivors: the caregivers' guide*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 146–156. <https://doi.org/10.1111/scs.12344>
- Kumar P. (2019). *Hemiplegic shoulder pain in people with stroke: present and the future*. *Pain management*, 9(2), 107–110. <https://doi.org/10.2217/pmt-2018-0075>
- Lai, C. L., Tsai, M. M., Luo, J. Y., Liao, W. C., Hsu, P. S., & Chen, H. Y. (2017). *Post-acute care for stroke - a retrospective cohort study in Taiwan. Patient preference and adherence*, 11, 1309–1315. <https://doi.org/10.2147/PPA.S136041>
- Li, F., Gong, Q., & Lu, Y. (2022). *Effects of continuous nursing on rehabilitation compliance, living quality and daily living ability of patients with acute ischemic stroke*. *American journal of translational research*, pp. 381-8.
- Little, V. L., Perry, L. A., Mercado, M. W. V., Kautz, S. A., & Patten, C. (2020). *Gait asymmetry pattern following stroke determines acute response to locomotor task*. *Gait and Posture*, 77, 300–307. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2020.02.016>
- Lucia, C., Piedepalumbo, M., Paolisso, G., & Koch, W. J. (2019). *Sympathetic nervous system in age-related cardiovascular dysfunction: pathophysiology and*

- therapeutic perspective*. The international journal of biochemistry & cell biology, 108, 29–33. <https://doi.org/10.1016/j.biocel.2019.01.004>
- Mandigout, S., Chaparro, D., Borel, B., Kammoun, B., Salle, J. Y., Compagnat, M., & Daviet, J. C. (2021). *Effect of individualized coaching at home on walking capacity in subacute stroke patients: a randomized controlled trial (ticaa'dom)*. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(4). <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.11.001>
- Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, J. (2018). *O contributo dos enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>
- Mateus, A., Ruivo, E., Araújo de Brito, W., Lamari, N. & Cavenaghi, S. (2017) – Mobilização precoce intra-hospitalar em pacientes após acidente vascular cerebral: revisão sistemática. *Arq. Ciênc. Saúde*. jul-set; 24(3) 08-13. ISSN 2318-3691
- Mauk, K. (2006). *Nursing interventions within the Mauk model of poststroke recovery*. *Rehabilitation Nursing*, 31 (6), 257-264. Doi:10.1002/j.2048-7940.2006.tb00022.x.
- Mauk, K., Lemley, C., Pierce, J. & Schmidt, N. (2012). The Mauk Model for Poststroke Recovery: Assessing the phases. *Rehabilitation Nursing*, 36(6), 241–247. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2011.tb00089.x>
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). *Person-centredness – the “state” of the art*. *International Practice Development Journal*, 5, 1–15. Retrieved from <http://www.fons.org/library/journal.aspx>
- McGlinchey, M. P., James, J., McKeivitt, C., Douiri, A., & Sackley, C. (2020). The effect of rehabilitation interventions on physical function and immobility-related complications in severe stroke: A systematic review. *BMJ Open*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033642>
- Menoita, E. (2012) - *Reabilitar a pessoa idosa com AVC : contributos para um envelhecer resiliente*. Loures : Lusociência. XVIII, 212 p. . ISBN 978-972-8930-78-3
- Mesquita, A. C., & Campos de Carvalho, E. C. (2014). *Therapeutic listening as a health intervention strategy: an integrative review*. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48(6), 1122–1130. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700022>

- Momennasab, M., Ghanbari, M., & Rivaz, M. (2021). *Improving nurses' knowledge, attitude, and performance in relation to ethical codes through group reflection strategy*. BMC Nursing, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00749-2>
- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, ... Cameron, J. I. (2020). *Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part two: transitions and community participation following stroke*. International Journal of Stroke, 15(7), 789–806. <https://doi.org/10.1177/1747493019897847>
- Murie-Fernández, M., & Marzo, M. M. (2020). Predictors of Neurological and Functional Recovery in Patients with Moderate to Severe Ischemic Stroke: The EPICA Study. *Stroke Research and Treatment*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/1419720>
- Nadler, M., Pauls, M., Cluckie, G., Moynihan, B., & Pereira, A. C. (2020). *Shoulder pain after recent stroke (SPARS): hemiplegic shoulder pain incidence within 72 hours post-stroke and 8–10 week follow-up*. Physiotherapy (United Kingdom), 107, 142–149. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.08.003>
- Ogundunmade, B., Bawa, E., & Jasper, U. (2016). *Making physical therapy a holistic service to the patient*. Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal, 10(1), 51. <https://doi.org/10.5958/0973-5674.2016.00012.5>
- Okoye, E. C., Okoro, S. C., Akosile, C. O., Onwuakagba, I. U., Ihegihu, E. Y., & Ihegihu, C. C. (2019). *Informal caregivers' well-being and care recipients' quality of life and community reintegration – findings from a stroke survivor sample*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33(3), 641–650. <https://doi.org/10.1111/scs.12657>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em: 76

- [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE /CodigoDeontologico.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2019). Purpose: Data Sources : https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.Pdf, 3.
- Ozgozen, S.; Guzel, R.; Basaran, S.; Coskun B. (2020). *Residual deficits of knee flexors and plantar flexors predict normalized walking performance in patients with poststroke hemiplegia*. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104658>
- Powers, J., Rabinstein, A., & Ackerson, T. (2018). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. Stroke, pp. e46-99. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>
- Pereira, R. & Rito, M. (2013) A análise SWOT como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. *Congresso Internacional De Supervisão Clínica: Livro De Comunicações & Conferências*. pp 273-278. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/33845/1/Artigo_SWOT.pdf
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2017). *Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals*. Rev. Enf. Ref., pp. 89-99. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Regulamento nº140/2019. (2019). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR 2ª Série (Nº26, 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. DR 2ª Série (Nº85, 3

- de maio de 2019), 13565–13568. Retirado de:
<https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Scrutinio, D., Giardini, A., Chiovato, L., Spanevello, A., Vitacca, M., Melazzini, M., & Giorgi, G. (2019). *The new frontiers of rehabilitation medicine in people with chronic disabling illnesses*. *European journal of internal medicine*, 61, 1–8.
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.10.019>
- Shen, X., Zhu, X., Wu, Y., Zhou, Y., Yang, L., Wang, ... & Zhao, Q. (2018). *Effects of a psychological intervention programme on mental stress, coping style and immune function in percutaneous coronary intervention patients*. *PloS one*, 13(1), e0187745. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187745>.
- Shiraishi, M., Higashimoto, Y., Sugiyama, R., Mizusawa, H., Takeda, Y., Fujita, S., ... Matsumoto, H. (2021). Diaphragmatic excursion is correlated with the improvement in exercise tolerance after pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Research*, 22(1).
<https://doi.org/10.1186/s12931-021-01870-1>
- Schoeller, S. D., Martins, M. M., Ribeiro, I., Gomes, B., Souza Lima, D. K., & Padilha, M. I. (2018). *Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 6–12.
<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.01.4388>
- Silva, J. K., & Boery, R. N. S. de O. (2017). *O significado de cuidar de uma pessoa pós acidente vascular cerebral*. *Avances En Enfermería*, 35(2), 206–217.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.61443>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016) *Tudo o que precisa de saber sobre acidente vascular cerebral (AVC)*. Lisboa. Raiox
- Spaan, M. H., Vrieling, A. H., van de Berg, P., Dijkstra, P. U., & van Keeken, H. G. (2017). *Predicting mobility outcome in lower limb amputees with motor ability tests used in early rehabilitation*. *Prosthetics and orthotics international*, 41(2), 171–177. <https://doi.org/10.1177/0309364616670397>
- Su, Y., Asamoto, M., Yuki, M., Saito, M., Hasebe, N., Hirayama, K., ... Iino, C. (2021). *Predictors and short-term outcomes of post-stroke fatigue in initial phase of transition from hospital to home: a prospective observational study*. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1825–1838. <https://doi.org/10.1111/jan.14731>
- Sunnerhagen, K. S. (2020). *Olle höök lectureship 2019: the changing world of stroke rehabilitation*. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4).
<https://doi.org/10.2340/16501977-2670>

- Teasell, R., Salbach, N., Acerra, N., Bastasi, D., Carter, S. L., Fung, F. ... Verrill, S. (2019) *Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part One: Rehabilitation and Recovery following Stroke Update 2019*. Canadian stroke best practice recommendations. Heart and Stroke Foundation.
- Teasell, R., Salbach, N. M., Foley, N., Mountain, A., Cameron, J. I., Jong, A., ... Lindsay, M. P. (2020). *Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019*. International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society, 15(7), 763–788. <https://doi.org/10.1177/1747493019897843>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de enfermagem) (5ª edição ed.)*. Loures: Lusociência.
- Toro, J. & Martiny, K. (2020) *New perspectives on person-centered care: an affordance-based account*. *Medicine, Health Care and Philosophy* (2020) 23:631–644 <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09977-w>
- Toubarro, F. (2017) *Função sensoriomotora in Vieira, C. & Sousa, L. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 159 – 166) Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4
- Umay, E., Eyigor, S., Ertekin, C., Unlu, Z., Selcuk, B., Bahat, G., ... Mercimekci, S. (2022). *Best practice recommendations for stroke patients with dysphagia: a delphi-based consensus study of experts in turkey-part I: management, diagnosis, and follow-up*. *Dysphagia*. Springer. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10273-9>
- Umphred, D. (2007) - *Reabilitação neurológica*. 5ª ed. Rio de Janeiro. Elsevier. XX, 1143 p. ISBN 978-85-352-3125-0
- Veen, D. J., Döpp, C. M. E., Siemonsma, P. C., Nijhuis-Van Der Sanden, M. W. G., De Swart, B. J. M., & Steultjens, E. M. (2019). *Factors influencing the implementation of home-based stroke rehabilitation: professionals' perspective*. *PLoS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220226>
- Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2017) *Reabilitar a pessoa com acidente vascular cerebral in Vieira, C. & Sousa, L. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp.465 – 474) Loures: Lusodidacta, 2017. XX, 618 p.. ISBN 978-989-8075-73-4
- Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2017) *Treino de atividades de vida diária in Vieira, C. & Sousa, L. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da*

- vida. (pp.351 – 363) Loures: Lusodidacta, 2017. XX, 618 pp. ISBN 978-989-8075-73-4
- Wade, Derick (2020) – *What is rehabilitation? an empirical investigation leading to an evidence-based description*. Clinical Rehabilitation. Vol. 34(5) 571–583 DOI: 10.1177/0269215520905112
- West, C., Bowen, A., Hesketh, A., & Vail, A. (2008). *Interventions for motor apraxia following stroke*. the cochrane database of systematic reviews. 2008(1), CD004132. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004132.pub2>
- Whitehead, S., & Baalbergen, E. (2019). *Post-stroke rehabilitation*. South African Medical Journal, 109(2), 81–83. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2019.v109i2.00011>
- Winstein, CJ, Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, LR, Cramer, SC,... Zorowitz, RD. (2016). *Diretrizes para Reabilitação e Recuperação de AVC em Adultos: Diretrizes para Profissionais de Saúde da American Heart Association*. American Stroke Association. Lippincott Williams e Wilkins. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Woodford, J., Farrand, P., Watkins, E. R., & Lewellyn, D. J. (2018). *"I don't believe in leading a life of my own, I lead his life": a qualitative investigation of difficulties experienced by informal caregivers of stroke survivors experiencing depressive and anxious symptoms*. Clinical Gerontologist, 41(4), 293–307. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1363104>
- Yoshida, H. M., Barreira, J., & Fernandes, P. T. (2019). *Habilidade motora, sintomas depressivos e função cognitiva em pacientes pós-AVC*. Fisioterapia e Pesquisa, 26(1), 9–14. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17001026012019>
- Xu, T., Clemson, L., O'Loughlin, K., Lannin, N. A., Dean, C., & Koh, G. (2018). *Risk factors for falls in community stroke survivors: a systematic review and meta-analysis*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.032>

ANEXOS

ANEXO I - MIF

APELIDO _____ NOME _____
 _____ IDADE _____ SEXO _____ P.U.nº
 DIAGNÓSTICO _____

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NIVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA

	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M	
	DATA	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
AUTO-CUIDADOS						
A. Alimentação		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Higiene pessoal		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Banho		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Vestir metade superior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Vestir metade inferior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Utilização da sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES						
G. Bexiga		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Intestino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MOBILIDADE						
TRANSFERÊNCIAS						
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. Sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. Banheira, Duche		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCOMOÇÃO						
L. Marcha/Cadeira de Rodas	☺ ☹	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. Escadas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNICAÇÃO						
N. Compreensão	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O. Expressão	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR						
P. Interação social		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. Resolução dos problemas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. Memória		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

ANEXO II – ÍNDICE DE BARTHEL

1.Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2.Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4.Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8.Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0

TOTAL	
-------	--

ANEXO III – MRC: *Escala da Medical Research Council*

Tabela 1 – *Escore do Medical Research Council (MRC)*

Movimentos avaliados
■ Abdução do ombro
■ Flexão do cotovelo
■ Extensão do punho
■ Flexão do quadril
■ Extensão do joelho
■ Dorsiflexão do tornozelo
Grau de força muscular
■ 0 = Nenhuma contração visível
■ 1 = Contração visível sem movimento do segmento
■ 2 = Movimento ativo com eliminação da gravidade
■ 3 = Movimento ativo contra a gravidade
■ 4 = Movimento ativo contra a gravidade e resistência
■ 5 = Força normal

**ANEXO IV – ESCALA MODIFICADA DE ASWORTH: classificação da
espasticidade**

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH	
Classificação da Espasticidade	
Grau	Descrição
0	Sem aumento do tônus muscular
1	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quando a parte (ou as partes) afetada é movimentada em flexão e extensão.
1+	Discreto aumento no tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude de movimento.
2	Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas.
3	Considerável aumento do tônus muscular; movimentos passivos dificultados.
4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão.

ANEXO V – MMSE: *mini mental satate examination*

Mini Mental State Examination (MMSE)

- 1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta) Em que casa estamos? _____
- Em que ano estamos? _____
- Em que mês estamos? _____
- Em que dia do mês estamos? _____
- Em que dia da semana estamos? _____
- Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

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

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

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

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

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

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

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

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

correcta)

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta)

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

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

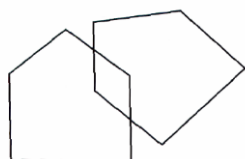
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

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

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



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____ **Considera-se com defeito cognitivo:** • analfabetos ≤ 15 pontos

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

ANEXO VI – mMRC Dispneia

**Questionário de dispneia (Medical Research Council
Dyspnoea Questionnaire)**

Nome: Data: / /

Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
GRAU 1 Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso. <i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 2 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 3 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal. <i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando ao meu passo normal".</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 4 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 5 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.	<input type="checkbox"/>

ANEXO VII – ÍNDICE DE TINETTI

ÍNDICE DE TINETTI

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

0 – inclina – se ou desliza na cadeira

1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – estável, seguro

2. LEVANTAR –SE

0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio

1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa

2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar- se)

1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se

2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

0 – instável

1 – estável

7. VOLTA DE 360° (2 vezes)

- 0 – instável (agarra – se, vacila)
- 1 – estável, mas dá passos descontínuos
- 2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

- 0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto
- 1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE

- 0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
- 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
- 2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: 8/ 16

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)

- 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
- 1 – sem hesitação

11. LARGURA DO PASSO (pé direito)

- 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio

12. ALTURA DO PASSO (pé direito)

- 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
- 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo

13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé direito em apoio

14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo

1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

15. SIMETRIA DO PASSO

0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico

1 – comprimento do passo aparentemente simétrico

16. CONTINUIDADE DO PASSO

0 – pára ou dá passos descontínuos

1 – passos contínuos

17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)

0 – desvia-se da linha marcada

1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha

2 – sem desvios e sem ajudas

18. ESTABILIDADE DO TRONCO

0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha

1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha

2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA

0 – calcanhares muito afastados

1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação:

Pontuação total:

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

- Inferior a 19 pontos: Alto Risco de Queda
- Entre 19 e 24 pontos: Risco Moderado de Queda
- Superior a 24 pontos: Alto Risco de Queda

**ANEXO VIII – CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA DE
HOLDEN**

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

ANEXO IX – GUSS: *gugging swallowing test*

GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação _____ Hora _____ Identificação doente _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarrela (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
▪ Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
▪ Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(3)	
	1 – 4 = Investigação posterior ² 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
▪ Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
▪ Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
▪ Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
▪ Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
SIALORREIA			
▪ Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
▪ Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "O")			
▪ Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
▪ Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(3)	(3)	(3)
	1 – 4 = Investigação posterior ² 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = Investigação posterior ² 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = Investigação posterior ² 5 = Normal
TOTAL! (Secção 1 + Secção 2)	(20)		

*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
¹	Encaminhar para médico fisiatra

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta normal Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta passada Líquidos muito devagar (um gole de cada vez) Avaliação especializada¹
10–14	Semi-sólido com sucesso Líquido sem sucesso	Disfagia moderada Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta semi-líquida Líquidos espessados Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado Não administrar medicação líquida Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral) Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

APÊNDICES

APÊNDICE I: PROJETO DE ESTÁGIO

**11º Curso de Mestrado e Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Opção II

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na reabilitação motora
do doente com AVC**

Raquel Conceição Marques Jardim


Lisboa
Novembro 2020

**11º Curso de Mestrado e Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Opção II

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na reabilitação motora
do doente com AVC**

Raquel Conceição Marques Jardim

Professor(es) Orientador(es):
Doutora Vanda Marques Pinto
Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

Lisboa
Novembro 2020

Lista de Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

CSBPR – Canadian Stroke Best Practices Rehabilitation

DGS – Direção-Geral da Saúde

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

HTA – Hipertensão Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	112
1. INTRODUÇÃO	6
2. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	7
3. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA	8
3.1. Acidente Vascular Cerebral	8
3.2. Reabilitação motora e a intervenção do EEER	14
3.3. Abordagem ao doente com AVC à luz da teórica de Enfermagem – Betty Neuman	21
4.1. Definição das Atividade	23
4.2. Organização das Atividades: Cronograma	24
5. CONCLUSÃO	25
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
APÊNDICE I Consequências da Imobilidade	
APÊNDICE II Plano de Atividades	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Alterações resultantes do AVC.....	Página 10
Tabela 2 – Instrumentos de avaliação.....	Página 17
Tabela 3 – Cronograma de atividades.....	Página 24

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Opção II, do 11º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação surge a construção deste projeto que pretende contribuir para o desenvolvimento do estágio e redação do relatório de mestrado e especialização em Enfermagem de Reabilitação.

O AVC é uma problemática, quer a nível nacional como mundial, com uma grande incidência e com percentagens de défices sequelares preocupante.

Tendo em consideração a experiência e vivências no âmbito profissional, numa enfermaria de um serviço de medicina, o acidente vascular cerebral é um dos problemas mais frequentes que apresenta grande impacto na vida dos doentes e suas famílias. Tal acontece pelos défices decorrentes do AVC ou até mesmo da imobilidade associada. Dos desabafos dos doentes e familiares as limitações motoras são as que causam maior impacto e preocupação, que obrigam a uma grande readaptação no sistema individual e familiar.

Guiada pela necessidade e motivação em aprofundar conhecimentos nesta área e na importância que a enfermagem de reabilitação assume na reabilitação destes doentes, o projeto tem como título *A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação motora do doente com AVC*. A sua construção teve como objetivos fundamentar a pertinência e importância da reabilitação motora dos doentes com AVC e determinar as atividades que permitem o desenvolvimento das competências enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Para dar resposta aos objetivos traçados, o presente trabalho, encontra-se estruturado em três principais capítulos: “Identificação do projeto”, “Enquadramento da temática” e “Operacionalização do projeto” através do plano de atividades terminando com uma breve conclusão.

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação motora do doente com AVC

Questão de Investigação: Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação motora do doente com AVC?

Palavras-chave: Enfermeiro de Reabilitação, AVC, Reabilitação Motora

Objetivo Principal: Desenvolver competências como EEER na reabilitação motora da pessoa com AVC;

Objetivos Específicos: Avaliar holisticamente a pessoa com AVC; Prestar cuidados especializados de reabilitação à pessoa na manutenção e recuperação da sua capacidade funcional motora; Promover a independência na satisfação das AVD; Prestar cuidados especializados à pessoa com alterações neurológicas, respiratórias, cardíacas, da alimentação e eliminação.

Data de início: 24 Novembro 2020

Duração: 1 semestre

Metodologia adotada: Revisão Narrativa, com recurso a pesquisas em livros, google académico e nas bases de dados científicas Cochrane, PubMed, B-On e Ebsco Host permitindo uma exploração ampla do tema a ser trabalhado com maiores contributos ao desenvolvimento da temática.

Instituições envolvidas: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Locais de estágio em contexto comunitário e hospitalar por definir.

3. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

3.1. Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das doenças que suscitam grande preocupação em Portugal e também a nível mundial.

Mundialmente este atinge aproximadamente 16 milhões de pessoas a cada ano (Mateus, Ruivo & Araujo de Brito, 2017). Apesar de até 2016, em Portugal, se ter observado uma redução da incidência do AVC em que, por ano, em cada 1000 habitantes, apenas 2 sofrem um AVC (valores ainda acima da média europeia de 1,2/1000 habitantes), este continuava “a ser a principal causa de morte e de incapacidade permanente (...) por hora, três portugueses sofrem um AVC, dos quais um não vai sobreviver” (SPAVC, 2016). Os últimos dados publicados pelo SNS mostram um aumento do número de casos por ano entre 2017 e 2018 de 3.164 casos para 3.496 casos e uma ligeira redução, até Outubro de 2019 para 3.456 casos, registando assim uma média de 11 casos por dia (SNS, 2019).

A taxa de letalidade aos 28/30 dias pós AVC tende a diminuir, registando até 2011 uma redução de 16.1% para 9.8%. Os dados da DGS de 2017 demonstram que houve uma redução de 39% das mortes por AVC, entre 2011 e 2015, o que reflete a melhoria no controlo dos fatores de risco, e por outro lado a eficácia da intervenção na fase aguda do AVC, nomeadamente a referenciação para a via verde AVC.

Existem vários fatores de risco para a ocorrência do AVC classificados em modificáveis e não modificáveis (Ferro & Pimentel, 2013, p. 101; Denita, 2019, p. 221). Os fatores não modificáveis são a idade, o sexo, a raça e história familiar. Quanto aos modificáveis são a hipertensão, fibrilação arterial, elevados níveis de colesterol, diabetes mellitus, patologia valvular, doença coronária, álcool, sedentarismo, obesidade e hábitos tabágicos. Estes problemas aumentam significativamente a probabilidade de ocorrência de AVC (Seeley, Stephens & Tate, 2003, p. 734). Destes, a hipertensão é um fator preocupante no nosso país, que está diretamente relacionada com o consumo de sal, sendo que a taxa de consumo de sal é sensivelmente o dobro daquela que é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (5g/dia) (DGS, 2014).

O AVC é caracterizado pela ocorrência de um enfarte cerebral com morte de células neuronais causado pela falta de aporte sanguíneo. Esse défice de irrigação pode ter como causa uma hemorragia, trombose, embolia ou vasoespasma dos vasos sanguíneos cerebrais. Conforme a causa do AVC este pode ser caracterizado em isquémico ou hemorrágico. Ambos resultam em isquemia cerebral, com défices

neurológicos relacionados com a área cerebral afetada uma vez que a interrupção da oxigenação por um determinado período leva à morte celular perdendo funções (Seeley, Stephens & Tate, 2003, p. 734; Denita, 2019).

Segundo os dados da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC), “os AVC hemorrágicos são menos comuns do que os isquémicos, ocorrendo em 15% dos casos enquanto os últimos são responsáveis por 85% dos casos” (2016).

A causa mais comum do AVC isquémico é a trombose onde há formação de um coágulo que diminui o diâmetro do lúmen e eventual obstrução. As placas de ateroma contribuem igualmente para este fenómeno pois provocam o estreitamento dos vasos formando uma oclusão gradual dos mesmos. Sendo este um processo gradual, por vezes desenvolve-se circulações colaterais garantindo em parte a perfusão cerebral (Seeley, Stephens & Tate, 2003, p. 734; Gatens & Musto, 2011a, p.559).

A embolia é a segunda causa mais comum de AVC. Nesta, o êmbolo (coágulo) aloja-se num ponto do vaso onde não consegue progredir causando uma oclusão súbita pelo que os défices neurológicos são mais repentinos e por vezes mais graves uma vez que não existem irrigações colaterais que garantam o fluxo sanguíneo na área afetada (Gatens & Musto, 2011a, p.559).

O AVC hemorrágico, apesar de menos frequente, apresenta uma taxa de mortalidade significativa sendo que metade dos pacientes morre nos primeiros dois dias após o AVC e nos primeiros 30 dias a mortalidade é de cerca de 35 a 50% (Denita, 2019).

Assim, as manifestações clínicas e a sua gravidade variam consoante a localização da lesão e podem ser de características motoras, perceto-sensoriais, cognitivo-emocionais, da linguagem e/ou alterações intestinais e da bexiga (tabela 1). Estas manifestações podem ser temporárias ou permanentes, mais ou menos graves, “mas sempre com impacto na qualidade de vida, representando, por vezes, barreiras na vida pessoal, familiar, social e profissional” (SPAVC, 2016).

Os últimos dados estatísticos divulgados pela SPAVC (2016), mostram que 41% dos sobreviventes de um AVC estão dependentes apresentando um aumento da taxa de morbilidade de 1,6% entre 2011 e 2015 (DGS, 2017). A hemiparesia e a hemiplegia são as principais causas de incapacidade grave (Menoita, 2012, p. 74).

Alterações resultantes do AVC	
• Linguagem	• Incontinência de esfíncteres

<ul style="list-style-type: none"> • Disartria • Afasia • Cognitivas <ul style="list-style-type: none"> • Memória • Capacidades práxicas <ul style="list-style-type: none"> • Apraxia • <i>Neglet</i> • Alteração da capacidade de cálculo • Deglutição <ul style="list-style-type: none"> • Défices motores e/ou sensitivos • Depressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações da sexualidade • Motoras • Força <ul style="list-style-type: none"> • Hemiplegia/hemiparesia • Tónus <ul style="list-style-type: none"> • Espasticidade • Mecanismos de controlo postural • Marcha • Ataxia • Sensibilidade • Ombro doloroso • Integridade cutânea
--	--

Tabela 1

As alterações motoras são as mais comuns traduzindo-se em défices nos membros superiores, inferiores e tronco que influenciam diretamente as atividades de vida diária (AVD), bem como na qualidade de vida (Yoshida et al., 2019). O doente pode apresentar alterações da força, do tónus, dos mecanismos de controlo postural e sensibilidade (Menoita, 2012; Curuk, Lee & Aruin, 2019).

“Pode haver deficiências no processo sensorial (visão, sensação somestésica e sistemas vestibulares) e distúrbios de integração cognitiva (despertar e atenção, consciência da incapacidade, memória, solução de problemas e aprendizagem) que tenham um grande impacto no retreinamento funcional” (Umphred, 2007, p. 776).

Por vezes as limitações nas capacidades motoras partem dos défices sensoriais que estes doentes apresentam uma vez que o controlo motor e a sua reaprendizagem emergem de complexos processos de perceção, cognição e ação. As áreas sensitivas procedem à análise de informação sensorial, que perante os estímulos conduz a movimentos, à resposta motora. Se os estímulos sensoriais não são identificados e reconhecidos não irão gerar resposta motora uma vez que não é entendida como necessária (Toubarro, 2017a, p. 161).

A apraxia diz respeito a distúrbios da execução do movimento aprendido cuja justificação não é apontada a alterações musculares, incompreensão, desatenção ou por perda sensorial (West et al., 2009). Esta está mais associada ao envolvimento do hemisfério esquerdo, cerca de 28 a 57%, mas também pode ser observado em lesões do hemisfério direito, até 34%. A gravidade desta condição está relacionada com as mudanças no desempenho funcional e embora a tendência seja melhorar com a reabilitação precoce, 20% dos identificados continuam com problemas persistentes (Teasell et al., 2019). Estes aspetos fazem com que a apraxia esteja diretamente associada à diminuição da independência para as AVD's (Winstein et al., 2016). A

negligência hemiespacial unilateral ou *neglect* está também muitas vezes presente, nas suas formas de manifestação.

A hemiparesia e a hemiplegia são as principais causas de incapacidade grave (Menoita, 2012, p. 74).

As alterações do tónus musculares variam de doente para doente podendo levar à espasticidade. Esta pode ser definida como o “aumento do tónus muscular, com exacerbação dos reflexos profundos, decorrente da hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento” (Menoita, 2012, p. 74). A espasticidade surge dos segmentos distais para os proximais com alteração postural em função do grau de espasticidade.

A espasticidade pode envolver amplos comportamentos anormais como “reflexos osteotendinosos mais vivos, alinhamento anormal de membros, excessiva coativação do músculo antagonista, reações associadas e clónus” (Vieira & Sousa, 2017). No padrão típico o doente evidencia alterações do tónus dos músculos antigravitacionais apresentando rotação da cabeça para o lado menos afetado e flexão para o lado mais afetado (Johnstone, 1979, p. 17). O membro superior apresenta retração e depressão do ombro, rotação interna do braço, flexão do cotovelo, pronação do antebraço, flexão do punho, mão em desvio cubital, dedos em flexão e adução. No tronco observa-se a tendência para a flexão lateral para o lado mais afetado. A bacia encontra-se em báscula anterior. O membro inferior apresenta rotação externa e extensão coxo-femural, o joelho em extensão, tibio-társica em dorsiflexão e inversão do pé.

Com estas mudanças musculo-esqueléticas o doente vai adotar padrões posturais desadequados ao ter tendência para transferir e compensar com o lado menos afetado. Estas alterações vão provocar alterações em vários níveis afetando a capacidade de performance de atividades importantes à vida diária como é o exemplo do equilíbrio e do andar.

Pode ocorrer distúrbios da atividade muscular coordenada durante movimentos voluntários causado por uma lesão ou disfunção no cerebelo que resulta em perda de coordenação, equilíbrio e controle postural, denominado de ataxia. Aqui o doente apresenta um atraso no início do movimento, falhas nos *timings*, dismetria e trajetórias anormais dos membros, podendo resultar em lentificação da marcha, passos curtos e irregulares e dificuldade de coordenação entre os membros. Esta condição está presente em 68 a 86% dos doentes com afeção do tronco cerebral (Winstein et al., 2016; Monte-Silva, 2020).

A marcha é altamente afetada em que aproximadamente dois terços dos doentes que sofreram AVC vivenciam limitações no andar independente, levando à dependência em algumas atividades, especialmente fora de casa surgindo a tendência de um estilo de vida sedentário. Apenas 50% dos doentes submetidos a reabilitação, demonstram melhorias nessa atividade. Desses, quase 80% recuperam a capacidade de andar em que metade apresentam assimetria, espacial e ou temporal persistente da marcha contribuindo para um aumento do risco de queda (Xu et al., 2017; Little, Perry, Mercado, Kautz & Patten, 2020; Ozgozen et al., 2020).

A prevalência de quedas em doentes com AVC durante os primeiros 6 meses após a alta hospitalar fica entre 36% e 73%, e as taxas de queda permanecem altas entre 40% e 58% nesses indivíduos 1 ano após o acidente vascular cerebral e dois terços das quedas ocorrem em ambientes fechados (Xu et al., 2017).

Estas alterações vão provocar alterações da mobilidade pelo que é necessário trabalhar e prevenir as consequências da imobilidade (Apêndice I).

O sistema mais afetado pela imobilidade, habitualmente é o musculoesquelético em que ocorre uma diminuição da contração muscular, perda de força e massa muscular, atrofia, contraturas e osteoporose.

A imobilidade ativa mecanismos bioquímicos que levam a alterações estruturais e metabólicas do músculo que se traduzem em perda de massa muscular, da área transversal do músculo e da força contrátil. A este fenómeno associa-se a diminuição da resistência muscular à fadiga. Assim, “a atrofia resultante do desuso tem efeitos sobre a força muscular, produzindo uma redução acentuada e progressiva. a atrofia muscular se inicia nas primeiras horas de imobilidade em 22% dos indivíduos, resultando em 4-5% de perda de força muscular para cada semana” (Menoita, 2012, p. 76).

O membro mais afetado é o braço, sendo que, apesar de 58% dos pacientes recuperarem a independência nas AVD's e 82% aprenderem a caminhar, cerca de 30% a 60% deles não têm função no braço. A evolução favorável do retorno de movimento ao longo das duas primeiras semanas é um indicador da possibilidade de recuperação total do braço, no entanto se houver défices na força de preensão precedente aos 24 dias, é indicador de que não haverá recuperação da função do braço em 3 meses (Umphred, 2007, p. 776).

O ombro hemiplégico doloroso é uma complicação frequente após o AVC, com impactos negativos nas atividades funcionais e na qualidade de vida das pessoas, além de restringir a intervenção na reabilitação. A incidência de dor no ombro após

um acidente vascular cerebral é alta. De acordo com a CSBPR até 72% dos pacientes adultos com AVC relatam pelo menos um episódio de dor no ombro no primeiro ano após o AVC.

As causas de dor no ombro são multifatoriais, podendo ser devidas a mecanismos mecânicos ou outros como a idade. Pode ser por lesão ou condições ortopédicas adquiridas devido ao comprometimento da integridade e espasticidade das articulações e tecidos moles. É mais frequente surgir no membro plégico do que no membro menos afetado. No caso da hemiplegia “a dor no braço pode ser causada pelo desequilíbrio muscular, padrões de movimentos inadequados, disfunção articular, padrões de suporte de peso improprio e encurtamento muscular ou pode ainda estar relacionada com a diminuição da sensação e interpretação sensorial” (Nadler et al., 2020; Umphred, 2007, p. 796; Winstein et al., 2016).

A questão da funcionalidade motora e capacidade de se manterem ativos fisicamente pós AVC é um aspeto ao qual os doentes atribuem grande significado e consideram ter melhor qualidade de vida (Cook, Sunnerhagen & Persson, 2020).

A depressão é um resultado frequente sendo importante a identificação de sinais e sintomas para evitar complicações, ou até mesmo a morte. Ao comparar a incidência entre sexos, as mulheres apresentam mais sintomas que os homens. A razão pensa-se estar relacionada, entre outras, a causas genéticas, desigualdade psicossocial e diferente acesso a programas de reabilitação (Yoshida, Barreira & Fernandes, 2019).

Depois de uma lesão, especialmente com alterações evidentes, é natural o individuo apresentar sentimentos de perda, revolta e receios quanto ao futuro desconhecido. No entanto, é necessário estar disposto e motivado a participar e experimentar o desconhecido para aprender a se adaptar. Estes aspetos não devem ser banalizados pois irão afetar a neuroplasticidade. Para além destes, a aptidão em participar num programa terapêutico é altamente influenciada pela presença ou ausência de depressão, problemas de linguagem e de comunicação (Umphred, 2007, p. 776 e 777).

Aqui o sistema límbico exerce um papel importante pois “proporciona a estimulação intencional para o início, integra a estimulação total e participa da expressão motora” (Umphred, 2007, p. 67).

Muitos doentes que tiveram um AVC não apresentam envolvimento límbico direto, no entanto, os stresses internos e externos impostos refletem-se na influência do sistema límbico sobre a cognição e os sistemas de controle motor.

Assim sendo, o sistema límbico impulsiona o comportamento, não através da programação motora ou da compreensão da tarefa, mas sim pela disposição e empenho, compromisso para participar nas atividades (Umphred, 2007, p. 66).

Tendo em consideração as diversas alterações e sua complexidade é facilmente perceptível o impacto e exigências resultantes do AVC, quer na dinâmica familiar como na dependência a que alguns destes doentes ficam sujeitos. Aqui, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é claramente pertinente e imprescindível pois são várias as sequelas motoras, diretas ou indiretas, que afetam a capacidade funcional.

3.2. Reabilitação motora e a intervenção do EEER

A reabilitação, segundo a Organização Mundial de Saúde (2019), é um conjunto de intervenções que se concentram em melhorar a capacidade funcional e reduzir a experiência de deficiência decorrente de uma condição de saúde ou envelhecimento na vida da pessoa. Esta permite que indivíduos de todas as idades mantenham ou retornem às suas atividades diárias, cumpram papéis significativos na vida e maximizem o seu bem-estar.

Considerando as alterações decorrentes do AVC, torna-se evidente que a reabilitação é então a base de tratamento de modo a minimizar o impacto das possíveis alterações resultantes da doença e maximizar o potencial de funcionalidade dos indivíduos perante as sequelas. A reabilitação da função física e motora que inclui vários aspetos como equilíbrio, a marcha, velocidade e atividades diárias constitui uma grande componente do programa de reabilitação (McGlinchey, James & McKeivitt, 2020).

As intervenções de reabilitação para serem bem-sucedidas necessitam ter presente várias características tais como, ser composta por uma equipa multidisciplinar bem estruturada e organizada de elementos dotados de conhecimentos especializados, com intervenções baseadas num processo biopsicossocial. Ter ainda subjacente uma abordagem holística para compreensão do indivíduo e dos fatores que o influenciam que podem determinar quais as intervenções a adotar, monitorizar as mudanças e conquistas resultantes das intervenções bem como as mudanças no estilo de vida e reformular objetivos conforme o caminho a ser percorrido (Murie-Fernández & Marzo, 2020; Sunnerhagen, 2020; Wade, 2020).

Neste caso, o EEER possui “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem

especializados na área da sua especialidade” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p. 4744). Pelo que, “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13566).

Assim sendo, o EEER e a reabilitação têm um papel crucial na reversibilidade dos efeitos do AVC e na adaptação funcional às novas condições/limitações sequelares ao acidente, pois procura minimizar o déficit neurológico bem como as complicações daí decorrentes.

A intervenção do EEER pode ser dividida em três fases. Numa fase aguda, que geralmente se estende pela primeira semana, onde habitualmente os doentes são tratados em ambiente hospitalar. A fase subaguda, geralmente entre 1 a 6 meses onde o processo de reabilitação é mais eficaz na recuperação de funcionalidades. E por último a fase crónica, após os 6 meses, na qual o grande objetivo da reabilitação é tratar e diminuir sequelas motoras (Aqueveque et al., 2017).

A SPAVC, vários autores e as *guidelines* internacionais aconselham que haja uma intervenção de reabilitação precoce não muito intensa, que deve ser iniciada ainda em ambiente hospitalar, desde que o doente esteja clinicamente estável (Ahmed et al., 2019; Teasell, Hussein & Longval., 2020; Curuk et al., 2019; Morreale et al., 2016; Powers et al., 2019; Stroke Foundation, 2019; Tong et al., 2019;).

Logo após o AVC, pensa-se que este seja um período no qual a neuroplasticidade, caracterizada pela capacidade celular de se reorganizar e reajustar às perdas resultantes da isquemia substituindo as funções dos neurónios afetados, se encontra aprimorada facilitando o alcance de melhores resultados e a reabilitação favorece a reorganização cerebral (Carr & Sheperd, 2008, p. 4 e 13; Umphred, 2007, p. 25, 57 e 59; Teasell, Hussein & Longval, 2020).

“Há evidência clínica de que o comportamento adaptativo acontece imediatamente após a lesão aguda, assim que o indivíduo tenta executar uma tarefa motora gerando “padrões anormais de movimento” (..) por exemplo manifestação de espasticidade” (Carr & Sheperd, 2008, p, 13). Estes padrões são resultado de formas secundárias adotadas pelo individuo com alterações do controlo motor para alcançar um objetivo que ocorrem quando essas tarefas motoras são executadas em condições desvalorizadas ou não controladas de forma cuidadosa. As condições em que são desempenhados os movimentos são importantes pois irá influenciar o grau de

dificuldade, que, por sua vez, influenciará a plasticidade cerebral. Quando o que se pretende é o desenvolvimento de uma plasticidade positiva, o plano de intervenção deve estimular e incentivar o doente a produzir uma neuroplasticidade o mais eficaz possível pois a reabilitação motora leva a mecanismos que protegem, reparam, reconectam e reativam os neurónios (Umphred, 2007, p. 57 e 59).

A intervenção precoce é importante na recuperação das manifestações diretas do AVC e a melhoria da performance motora está muito associada com a realização de exercícios de reabilitação fora da cama que promove a minimização da perda muscular, das complicações a pequeno e longo prazo da imobilização e da deterioração do funcionamento neurológico. o que está relacionado com melhores resultados, por exemplo ao nível da marcha e grau de independência. Nalgumas situações, apenas com uma única sessão de reabilitação podem já ser notórias diferenças no desempenho do doente (Ahmed et al., 2019; Curuk et al., 2019; Morreale et al., 2016; Powers et al., 2019; Stroke Foundation, 2019; Teasell, Hussein & Longval, 2020; Tong et al., 2019;).

As intervenções devem ser estruturadas, programadas e organizadas, segundo Umphred (2007), em duas categorias: “1. intervenções que têm como objetivo a melhora das deficiências relevantes, que contribuem para as limitações/incapacidades funcionais; e 2. as que focalizam na própria limitação/incapacidade funcional” (p. 776).

O processo inicia-se com uma avaliação com recurso a instrumentos (tabela 2), da função motora quer do controle do movimento como do desempenho funcional. No planeamento de atuação, as intervenções terapêuticas devem procurar a utilização dos padrões de movimento no lado mais afetado procurando o controle de movimento em resposta a atividade reflexa de modo a que o individuo alcance o mais alto nível de função (Johnstone, 1978, p. 10-13; Umphred, 2007, p 61 e 781).

Nome do teste	Avalia
Escala de <i>Ashworth</i> modificada	Tónus muscular
Escala <i>Medical Research Council</i> (MRC)	Força muscular por segmento
<i>Timed Up and Go Test</i>	Mobilidade e equilíbrio
Índice de <i>Barthel</i> Medida de Independência Funcional (MIF)	AVD
<i>Berg Balance Scale</i>	Equilíbrio e marcha

Tabela 2 Instrumentos de avaliação

Se o doente não detiver uma imagem total do corpo ou dos segmentos revelando assim a *neglect* ou negligência hemiespacial seletiva, a facilitação cruzada bem como a terapia de espelho, que consiste em ocultar o membro afetado atrás de um espelho enquanto o membro menos afetado se mobiliza a imagem é projetada, aparenta resultar em melhorias nestas condições [Nível de Evidência B] (Menoita, 2012; Vieira, Sousa & Braga, 2017a, p. 470 e 471; Winstein et al., 2016).

A reabilitação tem um papel fundamental de modo a gerar adaptações funcionais e que não permitam o fenómeno de desuso aprendido. Este é caracterizado pela substituição da função, por exemplo do membro mais afetado pelo menos afetado no alcance de algum objetivo, perdendo qualquer capacidade residual que tinha (Carr & Sheperd, 2008, p. 14). Os músculos mais afetados pelo desuso são os antigravitacionais que apresentam atrofia rápida e extensa e tal pode acontecer também no lado menos afetado, por exemplo nos membros inferiores por ausência de sustentação de peso.

Assim sendo, os esforços terapêuticos são direcionados para a normalização dos padrões de movimento no qual crê-se que as técnicas de reabilitação em tarefas funcionais significativas ao doente e especializadas contribuem para o aumento das alterações neuroplásticas e estimula, no período logo após a lesão, a recuperação.

O padrão de espasticidade é uma das alterações musculares mais frequente. Este, pode ser doloroso, interferir na recuperação funcional e dificultar os esforços de reabilitação. A espasticidade e as contraturas podem ser geridas e contrariadas através de posicionamentos antiespásticos, exercícios de amplitude de movimento e/ou alongamento [Níveis de Evidência: Nível C inicial; Nível tardio C] (Teasell et al., 2019).

Os exercícios de amplitude e/ou alongamento são cruciais já que se não houver um programa de reabilitação adequado os doentes com AVC podem desenvolver uma perda de amplitude de movimento nas articulações envolvidas (Teasell et al., 2019).

Os doentes que apresentam como sequela a hemiplegia apresentam alterações de movimento que levam a limitações funcionais, incapacidade e perda da independência na vida diária. Por vezes, aquando a presença de apraxia, a aprendizagem torna-se mais difícil pelo que deve ser trabalhada com enfoque na garantia de uma aprendizagem sem erros, treino de gestos e treino de estratégia gradual (Winstein et al., 2016).

No caso específico do ombro doloroso, que apresenta um efeito devastador tornando a reeducação do movimento difícil, as medidas não farmacológicas através das mobilizações, exercícios e posicionamentos terapêuticos assumem um papel central.

Para além dos profissionais, o próprio doente e familiares devem ser educados para proteger, posicionar e manusear corretamente o braço envolvido [Nível de evidência A]. No caso de haver subluxação do ombro é aconselhado, para além do posicionamento, a utilização de dispositivos de suporte e faixas para ombro [Nível de evidência C; Classe IIa] (Teasell et al., 2019; Winstein et al., 2016).

A intervenção de reabilitação deve procurar incentivar a família a participar do plano de reabilitação e facilitar a reintegração social do indivíduo de modo a melhorar a sua qualidade de vida, podendo assumir um papel de stressores com influência positiva se trabalhados nesse sentido (Freese, 2004a; Winstein et al., 2016).

Um dos focos da reabilitação motora está relacionado com redução da hemiparesia e o andar, devido a sua prevalência e a sua influência na capacidade funcional e grau de dependência daí resultante (Little et al., 2020). Para tal, é necessário haver uma abordagem que tenha em consideração a importância do controlo postural e equilíbrio, ou seja, a estabilização do corpo no espaço e o controlo motor aplicado ao movimento no espaço (Toubarro, 2017a, p. 162).

A marcha encontra-se afetada por vários motivos e o EEER deve estar empenhado em identificar quais as alterações presentes e procurar aumentar a capacidade funcional e melhoria do padrão de marcha diminuindo o risco de queda associado. Existem várias intervenções possíveis de tarefas específicas, como o treino locomotor, fundado numa lógica de que a aplicação de entradas sensoriais apropriadas favorece a recuperação motora. A aplicação de uma força de resistência controlada à perna não-parética durante o balanço inicial pode induzir o uso forçado da perna parética e melhorar a simetria espaço-temporal da marcha em indivíduos com hemiparesia pós-AVC. O recurso à terapia espelhada é eficaz para facilitar a recuperação motora nos membros paréticos independentemente ser na fase aguda, subaguda ou crónica (Bondoc et al., 2018; Hsu et al., 2017; Little et al., 2020).

O treino da marcha em passadeira (com ou sem suporte ao peso corporal) deve ser usado para melhorar a velocidade de caminhada e distância percorrida como um complemento ao treino acima do solo ou quando o treino não está disponível ou é apropriado [Nível de evidência: Nível A inicial; Nível tardio A]. A evidência demonstra que o treino deve então ser orientado para tarefas e objetivos repetitivo e

progressivamente adaptado deve ser usado para melhorar o desempenho de tarefas selecionadas dos membros inferiores, como sentar e ficar em pé, a curta distância e velocidade de caminhada [Nível de evidência: Nível inicial A; Nível tardio A]. No caso de haver ataxia a necessidade do treino postural e a terapia para tarefas orientadas assumem um papel ainda mais importante [Nível de Evidência C; Classe IIb]. Para além do treino de equilíbrio, se for benéfico pode-se recorrer à utilização de dispositivos auxiliares ou ortoses se facilitar o equilíbrio [Nível de Evidência A; Classe I] (Teasell et al., 2019; Winstein et al., 2016).

É importante trabalhar as questões relacionadas com as reações de equilíbrio pois elas são frequentemente referidas como a primeira linha de defesa do corpo contra quedas ao auxiliarem na manutenção e recuperação da estabilidade, deixando o centro de gravidade dentro da base de suporte (Umphred, 2007, p. 170, 173 e 785).

Outro aspeto a ser considerado é que depois de um AVC as respostas motoras podem estar lentificadas afetando as capacidades de reagir a uma perda de equilíbrio. Verifica-se por vezes, um atraso na atividade postural antecipatória, ou seja, nos mecanismos que são utilizados para controlar a nossa relação com a gravidade e nos habilitar a manter equilíbrio na posição ereta (Umphred, 2007, p. 170, 173 e 785). Se for benéfico pode-se recorrer à utilização de dispositivos auxiliares ou ortoses se facilitar o equilíbrio [Nível de Evidência A; Classe I] (Winstein et al., 2016).

Xu et al. (2017) focaram-se nas quedas decorrentes nos doentes com AVC e reforçam a necessidade de planos de intervenção, de reabilitação que incidam nos fatores modificáveis que levam às quedas pois podem resultar em maior dependência e afeição psicológica e emocional. Assim sendo, com base nos resultados da avaliação de risco, um plano individualizado multidimensional que incida nos diversos fatores que levam à ocorrência de quedas, deve ser implementado para cada paciente para sua prevenção [Nível de Evidência B] (Teasell et al., 2019; Xu et al., 2017; Winstein et al., 2016).

O programa de reabilitação deve estar focado no retorno às AVD, sendo esta uma intervenção primordial do EEER, com a maior capacidade funcional e independência possível. Para isso é necessário que os doentes tenham treinos adaptados às suas necessidades individuais [Nível de evidência A; Classe I] com incentivo a utilizar o membro mais afetado durante tarefas funcionais que sejam a simulação de habilidades parciais ou totais necessárias nas AVD [Nível de evidência: Nível A inicial; Nível tardio A] (Teasell et al., 2019; Vigia, Ferreira & Sousa, 2017a; Winstein et al., 2016).

A reabilitação pós AVC é evidentemente necessária e importante para acelerar a recuperação e atingir melhores resultados, o que se vai refletir também na diminuição dos custos de saúde, no aumento da capacidade funcional do indivíduo influenciando dessa forma o grau de dependência.

Para o sucesso do programa de reabilitação é necessário ter em consideração aspetos menos mensuráveis e não tão objetivos como as características pessoais, as influências do estado emocional e psicológico, do ambiente, dos contributos das experiências pessoais, ou seja, o que os indivíduos fazem, praticam e aprendem. Estas variáveis devem ser tidas em consideração no planeamento do programa de reabilitação pois exercem interações no sistema e nas linhas de defesa da pessoa com AVC em resposta às alterações daí decorrentes.

Na atualidade existem meios complementares tecnológicos, que quando possíveis e disponíveis, podem dar grandes contributos à motivação da pessoa com AVC em desenvolver um papel ativo no processo de reabilitação motora enquanto possibilitam treinos de alta intensidade. A robótica é um exemplo disso que combina três componentes básicos: (1) um componente mecânico motorizado que fornece movimento passivo, ativo-assistido ou ativo-resistido; (2) feedback visual relacionado ao desempenho por meio de uma tela; (3) um programa de computador interativo que monitoriza e progride gradualmente o treino de forma a motivar a pessoa com AVC. A realidade virtual é outro exemplo uma vez que é baseada no uso conjunto de ambientes gráficos tridimensionais gerados por e dispositivos visuais, auditivos ou táteis. A pessoa com AVC pode interagir com um ambiente virtual através de dispositivos de entrada padrão, como teclado e rato, ou por meio de dispositivos multimodais, como luvas com fio. Por causa do seu aspeto lúdico, algumas pessoas tendem a se mostrar mais motivados do que em ambientes de reabilitação convencionais (Hatem et al., 2016).

O processo de reabilitação motora da pessoa com AVC é então complexo e exige a competência que o EEER pode oferecer na individualização e personalização de cada plano de intervenção, combinando várias técnicas e trabalhando vários aspetos de forma estruturada, concisa e com objetivos bem definidos.

3.3. Abordagem ao doente com AVC à luz da teórica de Enfermagem – Betty Neuman

A pessoa com AVC e a sua reabilitação é influenciada por vários fatores na qual o EEER deve incidir sem descuro dessas influências. Para tal, Betty Neuman

apresenta-nos um modelo, que facilita a compreensão da relação dinâmica existente entre os vários sistemas que compõem um indivíduo.

A escolha do modelo da teoria de sistemas deve-se ao facto do AVC produzir e apresentar muitos e variados sintomas que interferem no sistema da pessoa, bem como pela sua aplicação adequar-se a qualquer contexto ou cliente (Cook et al., 2020). Este modelo apresenta uma abordagem holística, o que o torna “particularmente aplicável a clientes que experimentam *stressores* complexos que afetam múltiplas variáveis do cliente” (Freese, 2004a, p. 344).

As sequelas de um AVC são condições que trazem grandes mudanças à vida dos doentes e dos familiares a vários níveis. O indivíduo, segundo Neuman, é composto por várias linhas de defesa e indiscutivelmente o AVC vem pôr à prova as capacidades e funções dessas linhas. O EEER deve investigar as respostas adotadas antes da sua intervenção de maneira a desenhar um plano de reabilitação holístico e adequado às necessidades. A adaptação às novas condições e limitações vão depender das características e contributos das diferentes variáveis, sejam elas fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento que compõem o indivíduo bem como da qualidade das dinâmicas de interação com o meio envolvente. Este pode ser relacionado com o ambiente físico, contexto, cultura e dinâmica familiar.

O AVC e os seus efeitos são *stressores* que nas suas diferentes tipologias vão abalar o sistema do indivíduo onde os profissionais de saúde, em especial o EEER, assume um papel de extrema importância. A sua intervenção na reabilitação do doente com AVC passa, segundo este modelo, pela prevenção secundária e terciária.

A prevenção secundária refere-se à capacidade do EEER auxiliar o sistema do cliente a restaurar o equilíbrio tratando sintomas que ocorrem após a invasão do *stressor*, tais como, as alterações motoras decorrentes do AVC. Simultaneamente o EEER intervém na prevenção terciária ao prevenir outros danos, como os efeitos da imobilidade ou instalação de padrões compensatórios prejudiciais, e manter estabilidade à medida que a reconstituição é estabelecida.

Desta forma, o enfermeiro que oriente a sua prática pela conceção sistémica de Neuman procura restaurar o equilíbrio do sistema que foi afetado pela ocorrência do AVC com sequelas desestabilizadoras das dinâmicas até aqui estabelecidas reabilitando para a minimização dos efeitos negativos e maximização da capacidade funcional.

4. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

Idealmente a intervenção do EEER deve ser organizada, estruturada e planeada adaptada à realidade e às necessidades reconhecidas.

Foi desenvolvido um plano de atividades (Apêndice II) que permita o desenvolvimento das competências do EEER, a implementar nos contextos de estágio.

Por motivos alheios, não foi possível, até à data de entrega do presente projeto identificar e caracterizar os locais onde será desenvolvido o plano de atividades. Assim sendo, este é apresentado tendo em conta que os locais serão em contextos distintos, comunitário e internamento, mas não incluem particularidades dos mesmos.

4.1. Definição das Atividade

O plano de atividades foi desenhado indo ao encontro dos objetivos gerais e específicos do projeto de estágio e em função dos seguintes objetivos:

- 1.** Integrar a equipa de cuidados
- 2.** Colaborar na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados
- 3.** Promover um ambiente favorável ao desenvolvimento do programa de reabilitação
- 4.** Avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da mobilidade devido a AVC
- 5.** Planear intervenções que possibilitem a melhoria do desempenho motor
- 6.** Planear intervenções que possibilitem a melhoria do padrão de marcha na pessoa com AVC
- 7.** Planear intervenções de enfermagem que promovam a independência na satisfação das AVD e AIVD
- 8.** Promover a integração/participação social da pessoa com AVC
- 9.** Avaliar o impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação na funcionalidade motora
- 10.** Planear intervenções de ER relativas a alterações sensório-motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, de alimentação e eliminação

4.2. Organização das Atividades: Cronograma

	2020		2021				
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro		Março	Abril
Local de Estágio I	Dia 24 Início	¹	¹	Dia 5 Término			
Local de Estágio II					Dia 8 ² Início	³	Dia 16 Término
Objetivo 1							
Objetivo 2							
Objetivo 3							
Objetivo 4							
Objetivo 5							
Objetivo 6							
Objetivo 7							
Objetivo 8							
Objetivo 9							
Objetivo 10							

Tabela 3 Cronograma de atividades

¹ Pausa de Natal – 21/12/2020 a 04/01/2021

² Pausa de Carnaval – 15/02/2021 a 17/02/2021

³ Pausa da Páscoa – 22/03/2021 a 30/03/2021

5. CONCLUSÃO

O AVC, tendo em consideração a sua prevalência e as consequências que dele resultam é um assunto preocupante onde é imperativo uma intervenção multidisciplinar.

A reabilitação, em especial a participação do EEER, através de intervenções complexas que representam a base do cuidado pós-AVC, é de extrema importância na recuperação das pessoas que sobrevivem, uma vez que as sequelas resultantes interferem na capacidade funcional e na qualidade de vida.

No plano de reabilitação motora, o EEER, considerando os aspetos propriocetivo, somatossensorial e cinestésico da tarefa motora deve de forma individualizada e holística desenvolver programas significativos, envolventes, repetitivos, progressivamente adaptáveis, intensivos, de tarefas específicas e orientado a objetivos definidos num esforço de aprimorar o controle motor e a restauração da função sensório-motora [Nível de Evidência: Nível Inicial A; Nível tardio A] (Teasell et al., 2019; Winstein et al., 2016). Tendo sempre presente que a pessoa encontra-se em interações dinâmicas constantes e que os resultados do AVC, bem como da reabilitação vão depender de vários fatores, desde a gravidade da lesão, o empenho e motivação, hábitos alimentares, apoio familiar, características pessoais, entre outros (Murie-Fernandez & Marzo, 2020).

Com base nestes princípios, este projeto de aprendizagem vem explorar a temática e evidenciar a pertinência da mesma, pois apresenta grande impacto quer a nível individual, familiar, social e quer nos sistemas de saúde. Permite ainda, evocar aspetos cruciais na reabilitação motora da pessoa com AVC que irão servir de sustentação no desenvolver do estágio numa próxima fase, bem como na redação do relatório final de estágio.

Com a operacionalização prática do projeto será permitido e expectável o desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas do EEER que promovam uma prática futura baseada em evidência científica contribuindo assim para a procura da melhoria contínua de cuidados de excelência.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed et al. (2019) Consensus statements and recommendations from the ESO-Karolinska Stroke Update Conference, Stockholm 11–13 November 2018. *European Stroke Journal*. Vol. 4(4) 307–317. DOI: 10.1177/2396987319863606 <https://journals.sagepub.com/home/eso>
- Aqueveque, P., Ortega, P., Pino, E., Saavedra, F., Germany, E. & Gómez, B. (2017) *After Stroke Movement Impairments: A Review of Current Technologies for Rehabilitation*. <http://dx.doi.org/10.5772/67577>
- Bondoc, S., Booth, J., Budde, G., Caruso, K., DeSousa, M., Earl, B., ... Humphreys, J. (2018). Mirror therapy and task-oriented training for people with a paretic upper extremity. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(2). <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.025064>
- Carr, J. & Sheperd, R. (2008) – *Reabilitação Neurológica*. Otimizando o desempenho motor 1ª Edição Manole Ltda.
- Chohan, S. A., Venkatesh, P. K., & How, C. H. (2019). Long-term complications of stroke and secondary prevention: An overview for primary care physicians. *Singapore Medical Journal*. Singapore Medical Association. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019158>
- Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2017) Reeducação da função sensoriomotora in Vieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp.227 – 249) Loures: Lusodidacta, 2017. XX, 618 p.. ISBN 978-989-8075-73-4
- Coleman, E. R., Moudgal, R., Lang, K., Hyacinth, H. I., Awosika, O. O., Kissela, B. M., & Feng, W. (2017, December 1). Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review. *Current Atherosclerosis Reports*. Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11883-017-0686-6>
- Cook, P., Sunnerhagen, K. S., & Persson, H. C. (2020). Level of physical activity is positively correlated with perceived impact on life 12 months after stroke: A cross-sectional study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(5). <https://doi.org/10.2340/16501977-2667>
- Curuk, E., Lee, Y., & Aruin, A. S. (2020). Individuals with stroke improve anticipatory postural adjustments after a single session of targeted exercises. *Human Movement Science*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2019.102559>

- Direção Geral de Saúde (2017) *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa. ISSN: 2184-1179
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2013) - *Neurologia fundamental: princípios, diagnóstico e tratamento*. 2ª ed.. Lisboa : Lidel. XIII, 289 p.. ISBN 978-972-757-858-0
- Freese, B. (2004) Modelo de sistemas in Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. - *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (pp. 335 – 375). 5ª ed. Loures: Lusociência. XVI, 555 p.. ISBN 972-8383-74-6
- Gatens, C. & Musto, M. (2011) Cognição e Comportamento in Hoeman, S. - *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (pp. 551 – 578) 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. XX, 840 p. ISBN 978-989-8075-31-4
- Hatem SM, Saussez G, della Faille M, Prist V, Zhang X, Dispa D and Bleyenheuft Y (2016) Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery. *Front. Hum. Neurosci.* 10:442. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00442>
- Hsu, C. J., Kim, J., Roth, E. J., Rymer, W. Z., & Wu, M. (2017). Forced Use of the Paretic Leg Induced by a Constraint Force Applied to the Nonparetic Leg in Individuals Poststroke During Walking. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 31(12), 1042–1052. <https://doi.org/10.1177/1545968317740972>
- Johnstone, M. (1979) - *Restoration of motor function in the stroke patient: a physiotherapists approach*. London : Churchill Livingstone. 187 p. . ISBN 443-01701-8
- Jukes, M. & Spencer, P. (2007) *Práticas centradas na pessoa Uma abordagem holística e integrada*. Primeiro Capítulo: Modelos para a prática do Modelo de Sistemas de Neuman. Quay Books. Londres
- Little, V. L., Perry, L. A., Mercado, M. W. V., Kautz, S. A., & Patten, C. (2020). Gait asymmetry pattern following stroke determines acute response to locomotor task. *Gait and Posture*, 77, 300–307. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2020.02.016>
- McGlinchey, M. P., James, J., McKeivitt, C., Douiri, A., & Sackley, C. (2020, February 5). The effect of rehabilitation interventions on physical function and immobility-related complications in severe stroke: A systematic review. *BMJ Open*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033642>

- Mateus, A., Ruivo, E., Araújo de Brito, W., Lamari, N. & Cavenaghi, S. (2017) – Mobilização precoce intra-hospitalar em pacientes após acidente vascular cerebral: revisão sistemática. *Arq. Ciênc. Saúde*. jul-set; 24(3) 08-13. ISSN 2318-3691
- Menoita, E. (2012) - *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*: contributos para um envelhecer resiliente. Loures : Lusociência. XVIII, 212 p. . ISBN 978-972-8930-78-3
- Morreale, M., Marchione, P., Pili, A., Lauti, A., Castiglia, S. F., Spallone, A., & Giacomini, P. (2016). Early versus delayed rehabilitation treatment in hemiplegic patients with ischemic stroke: proprioceptive or cognitive approach? *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(1), 81–89.
- Murie-Fernández, M., & Marzo, M. M. (2020). Predictors of Neurological and Functional Recovery in Patients with Moderate to Severe Ischemic Stroke: The EPICA Study. *Stroke Research and Treatment*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/1419720>
- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., ... Cameron, J. I. (2020). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *International Journal of Stroke*. <https://doi.org/10.1177/1747493019897847>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados com Pessoas com Alteração da Mobilidade - Posicionamento, Transferências e Treino de Deambulação. Guia Orientador de Boa Prática* (Vol. 1, pp. 1-71). Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Ozgozen, S.; Guzel, R.; Basaran, S.; Coskun B. (2020) Residual Deficits of Knee Flexors and Plantar Flexors Predict Normalized Walking Performance in Patients with Poststroke Hemiplegia. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104658>
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série*, (Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750.

- Regulamento nº 350/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diária da República, II Série, (Nº 119 de 22 de junho de 2015)*, 16655-16660.
- Regulamento nº 392/2019. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série, (Nº 85 de 3 de maio de 2019)*, 13565-13568.
- Reuter, B., Gumbinger, C., Sauer, T., Wiethölter, H., Bruder, I., Diehm, C., ... Drewitz, E. E. (2016). Access, timing and frequency of very early stroke rehabilitation - insights from the Baden-Wuerttemberg stroke registry. *BMC Neurology*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-016-0744-7>
- Seeley, Rod R. ; Stephens, Trent D. ; Tate, Philip (2003) *Anatomia & fisiologia*. 8ª ed.. Loures : Lusociência, cop.. XIX, 1141, [114] p.. ISBN 978-972-8930-62-2
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016) *Tudo o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa. Raiox
- Sousa, L., Vieira, C. & Branco, P. (2017) Prevenir a queda: um indicador da qualidade dos cuidados in Marques-Vieira, C. & Sousa, L., *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 559-570). Lusodidata. ISBN:978-989-8075-73-4
- Sunnerhagen, K. S. (2020). Olle Höök lectureship 2019: The changing world of stroke rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4). <https://doi.org/10.2340/16501977-2670>
- Teasell, R., Foley, N., Salter, K., Bhogal, S., Jutai, J., & Speechley, M. (2009). Evidence-based review of stroke rehabilitation: Executive summary, 12th edition. *Topics in Stroke Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1310/tsr1606-463>
- Teasell R., Hussein N. & Longval M. (2020) - Brain Reorganization, Recovery and Organized Care. *Stroke Rehabilitation Clinician Handbook*
- Teasell, R. et al. (2019) Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part One: Rehabilitation and Recovery following Stroke Update 2019. Canadian stroke best practice recommendations. *Heart and Stroke Foundation*.
- Tong, Y., Cheng, Z., Rajah, G. B., Duan, H., Cai, L., Zhang, N., ... Ding, Y. (2019). High intensity physical rehabilitation later than 24 h post stroke is beneficial in patients: A pilot randomized controlled trial (RCT) study in mild to moderate

ischemic stroke. *Frontiers in Neurology*, 10(FEB).
<https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00113>

Toubarro, F. (2017) Função sensoriomotora in Vieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 159 – 166) Loures: Lusodidacta, 2017. XX, 618 p.. ISBN 978-989-8075-73-4

Umphred, D. (2007) - *Reabilitação neurológica*. 5ª ed. Rio de Janeiro. Elsevier. XX, 1143 p. ISBN 978-85-352-3125-0

Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2017) Reabilitar a pessoa com acidente vascular cerebral in Vieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp.465 – 474) Loures: Lusodidacta, 2017. XX, 618 p.. ISBN 978-989-8075-73-4

Xu, T., Clemson, L., O'Loughlin, K., Lannin, N. A., Dean, C., & Koh, G. (2018, March 1). Risk Factors for Falls in Community Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.032>

Yoshida, H. M., Barreira, J., & Fernandes, P. T. (2019). Habilidade motora, sintomas depressivos e função cognitiva em pacientes pós-AVC. *Fisioterapia e Pesquisa*, 26(1), 9–14. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17001026012019>

Wade, Derick (2020) – What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical Rehabilitation*. Vol. 34(5) 571–583

Winstein, CJ, Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, LR, Cramer, SC,... Zorowitz, RD (2016). Diretrizes para Reabilitação e Recuperação de AVC em Adultos: Diretrizes para Profissionais de Saúde da American Heart Association. *American Stroke Association*. Lippincott Williams e Wilkins. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

APÊNDICES

APÊNDICE I Consequências da Imobilidade

A imobilidade, considerada a ausência, diminuição ou restrição do movimento, a que alguns dos doentes com AVC são sujeitos tem várias consequências, desde alterações respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinais, urinárias, metabólicas, sistema nervoso, pele e tegumentos e músculo-esqueléticas (Coelho, Barros & Sousa, 2017a, p. 227).

As alterações respiratórias desenvolvem-se como resultado do restrito movimento do tórax, ineficácia ciliar e da tosse e de alterações provocadas pela gravidade na perfusão do tecido pulmonar levando a um desequilíbrio entre perfusão e ventilação. “Uma mudança da posição ereta para o decúbito resulta numa redução de 2% na capacidade vital, de 7% na capacidade pulmonar total, de 19% no volume residual e de 30% na capacidade residual funcional. A capacidade vital e a capacidade de reserva funcional podem ser reduzidas de 25 a 50% após repouso prolongado no leito” (OE, 2013). Estas modificações podem desenvolver secreções, atelectasias e ou pneumonias hipoestáticas.

A nível cardiovascular vai haver impacto no volume circulante e na perfusão dos tecidos, nomeadamente os mais distais havendo diminuição do débito cardíaco refletindo-se numa diminuição da pressão arterial, aumento da viscosidade sanguínea agravando a probabilidade de formação de trombos ou êmbolos. Por outro lado, o consumo de oxigénio aumenta com a sobrecarga cardíaca o que leva a que o coração trabalhe com menor eficiência.

a frequência cardíaca de uma pessoa saudável ativa aumenta 13% ao levantar-se do decúbito dorsal. Mas após três dias, uma semana e seis semanas de repouso no leito, a resposta da frequência cardíaca aumenta em 32%, 62% e 89%, respetivamente. Durante períodos de restrição da mobilidade, a frequência cardíaca em repouso aumenta cerca de um batimento por minuto a cada dois dias, levando à taquicardia por imobilização. (OE, 2013)

No sistema gastrointestinal vai haver mudanças na ingestão com o aumento da atividade catabólica depara-se com défices proteicos resultando em anorexia e edemas. Na digestão podendo ocorrer estase gástrica, dispepsia ou até mesmo distensão gástrica. Na eliminação pela diminuição do peristaltismo levando à obstipação e formação de fecalomas e todos os efeitos que daí advêm.

A nível urinário pode ocorrer estase urinária por alteração do efeito gravitacional e ou por coordenação deficiente dos esfíncteres o que provoca a formação de litíase podendo resultar em hematúria e ou infeção.

As necessidades energéticas com a imobilidade alteram-se causando desequilíbrios metabólicos.

No sistema nervoso o doente pode apresentar confusão, desorientação, ansiedade, depressão, alteração do padrão de sono, do equilíbrio, da coordenação, entre outros. Kottke & Lehmann, citado pela OE (2013) referem que “o comprometimento perceptivo pode ser encontrado mesmo após sete dias de imobilização”.

A imobilidade apresenta um grande risco de agressão do tecido cutâneo e estruturas subjacentes com o aumento do tempo em contato com superfícies de apoio. Isto gera um aumento de pressão direta localizada sobre os tecidos moles, sujeitos a forças de fricção e deslizamento, principalmente sobre proeminências ósseas podendo desenvolver úlceras de pressão por oclusão do fluxo sanguíneo resultando em lesão isquémica. Estas úlceras podem evoluir até tecidos mais profundos com envolvimento de tecido muscular e ósseo – Categoria IV. O surgimento destas lesões depende de vários fatores intrínsecos e extrínsecos. Nos fatores extrínsecos são de salientar a pressão, por exemplo pela presença de artefactos no leito sob o doente, as forças de deslizamento, a fricção e a humidade. Os fatores intrínsecos dizem respeito à idade, incontinência, estado nutricional e hidratação, má perfusão/oxigenação tecidual, efeitos medicamentosos e doenças crónicas.

APÊNDICE II Plano de Atividades

Lista das competências referenciadas no plano de atividades

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

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

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

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Competência B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas institucionais na área da governação clínica

Competência B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

Competência B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro

Domínio da gestão dos cuidados

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

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

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Competência D2: Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica
Competências Específicas do EEER

Competências específicas do Enfermeiro de Reabilitação

Competência J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de cuidados

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

Competência J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Objetivos/Competências envolvidas	Atividades	Recursos	Indicadores/Critérios de avaliação
<p>1. Integrar a equipa de cuidados</p> <p>Competência A1 e D1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistando o(s) EEER(s) • Observando criticamente a intervenção do EEER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar • Conhecendo os espaços e dinâmicas de trabalho • Conhecendo os protocolos, normas, instrumentos de avaliação e registo utilizados • Conhecendo os recursos existentes (humanos, físicos e materiais) • Participando nas atividades desenvolvidas pela equipa • Adotando métodos de trabalho de equipa 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER • Restantes elementos da equipa multidisciplinar <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas e protocolos da instituição/serviço 	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado reuniões informais com enfermeiros Chefes; EEER orientador e restantes elementos da Equipa de Enfermagem e Equipa Multidisciplinar • Ter consultado Documentação do serviço - Protocolos/ Normas/ Instrumentos de Registo • Ter compreendido a intervenção e dinâmica do EEER na equipa multidisciplinar • Ter identificado o papel das EEER na prestação de cuidados • Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais do Serviço

			<ul style="list-style-type: none"> • Saber identificar os procedimentos adotados na prestação de cuidados <p><u>Crêterios de avalia�o:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades planejadas possibilitaram integra�o na equipa multidisciplinar • Presta cuidados de enfermagem e de reabilita�o em articula�o com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar
<p>2. Colaborar na promo�o da melhoria da qualidade dos cuidados</p> <p>Competência: A1; A2; B1; B2; C1; D1; D2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhando em equipa • Referenciando para outros elementos da equipa multidisciplinar sempre que necessário • Colaborando na identifica�o e gestão de recursos físicos, materiais e humanos nos diferentes contextos 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientador clínico • Elementos da equipa multidisciplinar • Docente orientador <p><u>Materiais:</u></p>	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter participado em atividades/projetos dos serviços • Ter realizado pesquisa de literatura científica pertinente • Ter contribuído em sessões de forma�o formal e informal

	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborando em ações formativas formais e/ou informais • Recorrendo e partilhando conhecimentos da evidência científica com a equipa • Refletindo sobre situações da prática • Realizando registos que traduzam o trabalho desenvolvido 	<ul style="list-style-type: none"> • Processos clínicos/Registos de enfermagem • Normas de qualidade e de boas práticas • Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação • Literatura científica 	<p><u>Crítérios de avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades planeadas possibilitaram contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados
<p>3. Promover um ambiente favorável ao desenvolvimento do programa de reabilitação</p> <p>Competência: A1; A2; B3; C1; J1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando as necessidades da pessoa/familiar/cuidador alvo de cuidados através da colheita de dados e escuta ativa • Identificando as prioridades de recuperação da pessoa a reabilitar e suas expectativas • Estabelecendo com a pessoa cuidada uma relação de parceria incluindo-a no processo de tomada de decisão 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientador Clínico • Docente Orientador • Pessoa/grupo alvo de cuidados <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Código Deontológico do Enfermeiro • Carta dos Direitos do Doente 	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter identificado as necessidades da pessoa/grupo alvo de cuidados • Ter guiado a prática nos documentos orientadores de uma prática de qualidade e segura <p><u>Crítérios de avaliação:</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvendo a família/cuidador/pessoa significativa nos cuidados • Respeitando e respondendo às necessidades das diferentes variáveis que compõem o sistema • Identificando as prioridades de recuperação da pessoa a reabilitar e suas expectativas • Adotando comportamentos seguros durante a prestação de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Legislação e Regulamentação aplicável à ER • Literatura científica <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Espaços que permitam o respeito pela privacidade? 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma decisões de cuidados com base no respeito pelos princípios éticos e deontológicos • Respeita os valores, convicções e crenças • De que forma as intervenções permitiram um ambiente terapêutico • Estabelece uma relação de parceria com a pessoa cuidada • Possibilita a tomada de decisão conjunta
<p>4. Avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da mobilidade devido a AVC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedendo à avaliação inicial da pessoa com AVC e de fatores contextuais com recurso à entrevista, exame físico, avaliação neurológica e consulta do processo clínico • Identificando as alterações que levam a défices de mobilidade 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoa com AVC e família • Orientador clínico • Docente orientador <p><u>Materiais:</u></p>	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado pelo menos uma entrevista e avaliação completa a doentes com AVC e respetivos familiares • Ter analisado e refletido acerca das situações clínicas encontradas

<p>Competência: A1; B3; D2; J1</p>	<p>(motoras, propriocetivas, neurológicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificando as prioridades de recuperação da pessoa a reabilitar e suas expectativas • Utilizando corretamente instrumentos de avaliação adequados • Avaliando o grau de funcionalidade com recurso a escalas • Observando e identificando as limitações apresentadas no desempenho de atividades • Aplicando as diretrizes relativas à prática de cuidados especializados de ER e ao cuidado da pessoa com AVC • Respeitando as vontades e privacidade da pessoa com AVC • Identificando as variáveis alteradas e stressores reais e/ou potenciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Clínico/Registos de enfermagem • Instrumentos de avaliação • Normas de qualidade e de boas práticas • Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação • Código ético e deontológico de Enfermagem • Literatura científica 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter aplicado os instrumentos de avaliação • Ter realizado pesquisa bibliográfica relevante <p><u>Critérios de Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificou as reais necessidades da pessoa com alterações da mobilidade por AVC com recurso a instrumentos de avaliação • Refletiu sobre os dados recolhidos • Recorreu a instrumentos de medida adequados e a pesquisas bibliográficas • Respeitou os princípios éticos e deontológicos
---	--	--	---

	geradores de resultados negativos na estabilidade e defesa do doente		
<p>5. Planear intervenções que possibilitem a melhoria do desempenho motor</p> <p>Competência: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; J1; J3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizando corretamente instrumentos de avaliação adequados • Exercendo cuidados individualizados de reeducação funcional segundo o nível de intervenção • Estabelecendo em parceria com a pessoa cuidada metas reais a atingir • Ensinando técnicas específicas de treino motor • Selecionando produtos de apoio adequados às necessidades • Discutindo os planos de intervenção com as/os enfermeiras/os orientadoras/es • Reformulando os planos de intervenção sempre que pertinente • Combinando técnicas de intervenção para melhores 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoa com AVC/família/pessoa significativa • Orientador clínico • Docente orientador • Outros profissionais da equipa de saúde <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo clínico • Bibliografia científica • <i>Guidelines</i> de intervenção • Instrumentos de avaliação • Produtos de apoio disponíveis <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ginásio? • Domicílio 	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter articulado os conhecimentos teóricos adquiridos, com a prática clínica • Ter realizado um plano de cuidados de reabilitação adequado e individualizado • Ter monitorizado a implementação e os resultados dos planos estabelecidos • Ter reformulado os planos de reabilitação quando necessário • Ter selecionado produtos de apoio indicados • Ter utilizado de forma eficiente os recursos existentes,

	<p>resultados (mobilizações, posicionamentos, treino de força, etc)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promovendo o posicionamento em padrão antiespástico • Realizando intervenções que minimizem o risco de queda (treino de equilíbrio, da marcha, etc) • Envolvendo a família/cuidador/pessoa significativa nos cuidados • Respeitando e respondendo às necessidades das diferentes variáveis que compõem o sistema • Aplicando a regulamentação relativa à prática de cuidados especializados de ER e ao cuidado da pessoa com AVC • Recorrendo à terapia de espelho • Incentivando e recrutando o hemicorpo para a realização dos exercícios/atividades/tarefas 		<p>durante a prestação de cuidados de reabilitação</p> <p><u>Crítérios de Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assume responsabilidade na implementação de programas de reabilitação • De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram importantes para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação • Reflete sobre o processo de tomada de decisão e intervenção
--	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Realizando exercícios/atividades de treino de tarefas específicas• Realizando exercícios de amplitude/alongamento• Recorrendo à facilitação cruzada• Incentivando a família/pessoas significativas/cuidador à estimulação na abordagem pelo lado lesado• Permitindo que o doente tenha tempo e espaço para executar os exercícios/atividades/tarefas• Demonstrando e instruindo os familiares/pessoas significativas/cuidadores para a correta mobilização e manipulação dos segmentos corporais, nomeadamente o ombro• Progredindo na complexidade e grau de dificuldade dos exercícios/atividades/tarefas		
--	---	--	--

	<p>consoante a evolução da resposta motora</p> <ul style="list-style-type: none"> •Planeando, exemplificando e validando exercícios e atividades a serem desempenhadas sem a presença do EEER 		
<p>6. Planear intervenções que possibilitem a melhoria do padrão de marcha na pessoa com AVC</p> <p>Competência: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; J1; J3</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliando o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e de pé •Avaliando a sensibilidade •Avaliando a força •Avaliando a marcha •Identificando as alterações que provocam déficit na marcha •Estabelecendo objetivos progressivos •Realizando treino de força muscular •Realizando exercícios de estimulação proprioceptiva •Realizando treino postural e de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e de pé 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Pessoa com AVC/família/pessoa significativa •Orientador clínico •Docente orientador •Outros profissionais da equipa de saúde <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Processo clínico •Bibliografia científica • <i>Guidelines</i> de intervenção •Instrumentos de avaliação •Produtos de apoio disponíveis 	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter articulado os conhecimentos teóricos adquiridos, com a prática clínica • Ter realizado um plano de cuidados de reabilitação adequado e individualizado • Ter monitorizado a implementação e os resultados dos planos estabelecidos • Ter reformulado os planos de reabilitação quando necessário

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizando treino de fortalecimento muscular dos membros inferiores, superiores e core • Planeando, exemplificando e validando exercícios e atividades a serem desempenhadas sem a presença do EEER • Incluindo familiares/pessoa significativa/cuidador no processo de reabilitação • Recomendando dispositivos auxiliares de marcha adequados sempre que necessários • Instruindo, orientando e supervisionando o treino de utilização de dispositivos auxiliares de marcha • Corrigindo padrões compensatórios instalados • Sugerindo ajustes no domicílio para eliminação de barreiras ou 	<p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ginásio? • Domicílio 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter selecionado produtos de apoio indicados • Ter adotado estratégias na resolução/minimização do efeito de aspetos dificultadores • Ter utilizado de forma eficiente os recursos existentes, durante a prestação de cuidados de reabilitação <p><u>Critérios de Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assume responsabilidade na implementação de programas de reabilitação • De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram importantes para atingir os resultados esperados relativamente à marcha • Reflete sobre o processo de tomada de decisão e intervenção
--	---	---	--

	<p>caraterísticas dificultadoras à marcha segura</p> <ul style="list-style-type: none">•Treinando as transferências entre vários equipamentos (cadeira com e sem braços; etc)•Aplicando resistência controlada à perna não-parética durante a fase de balanço•Recorrendo à terapia de espelho•Treinando a marcha na passadeira (com ou sem suporte ao peso corporal)•Progredindo na complexidade e grau de dificuldade dos exercícios/atividades/tarefas consoante a evolução da resposta motora•Dando reforço positivo contribuindo para a motivação e empenho no programa de reabilitação		
--	--	--	--

<p>7. Planear intervenções de enfermagem que promovam a independência na satisfação das AVD e AIVD</p> <p>Competência: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; J1; J2; J3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendando dispositivos auxiliares adequados sempre que necessários • Instruindo, orientando e supervisionando o treino de utilização dos dispositivos auxiliares à execução das tarefas • Sugerindo à família a adequação da consistência e apresentação da alimentação/prato que permitam a satisfação das necessidades alimentares de forma autónoma quando défices motores e/ou sensoriais do membro superior • Instruindo técnicas que permitam compensar os défices motores na atividade de vestir e despir. com ou sem recurso a dispositivos de apoio • Instruindo técnicas que permitam compensar os défices motores nos cuidados de higiene com ou sem recurso a dispositivos de apoio 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoa com AVC/família/pessoa significativa • Orientador clínico • Docente orientador <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo clínico • Literatura científica • <i>Guidelines</i> de intervenção • Instrumentos de avaliação • Produtos de apoio disponíveis <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ginásio? • Domicílio 	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter articulado os conhecimentos teóricos adquiridos, com a prática clínica • Ter realizado um plano de cuidados de reabilitação adequado e individualizado • Ter monitorizado a implementação e os resultados dos planos estabelecidos • Ter reformulado os planos de reabilitação quando necessário • Ter selecionado produtos de apoio indicados • Ter utilizado de forma eficiente os recursos existentes, durante a prestação de cuidados de reabilitação
--	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizando treino de tarefas significativas ao doente individualmente • Realizando treino de exercícios/atividades semelhantes às tarefas desempenhadas previamente à instalação das limitações • Realizando exercícios de desenvolvimento de destreza motora e coordenação • Aconselhando adaptações possíveis e necessárias no domicílio facilitadoras da independência na realização das AVD e AIVD • Aconselhando para uma boa gestão do tempo e organização na dinâmica familiar e rotinas promovendo a independência 		<p><u>Crterios de Avaliao:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assume responsabilidade na implementao de programas de reabilitao • De que modo as atividades planejadas e desenvolvidas foram importantes para promover a independncia da pessoa cuidada • Reflete sobre o processo de tomada de deciso e intervenao
<p>8. Promover a integrao/participao social da pessoa com AVC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando as vontades da pessoa • Identificando hbitos laborais e sociais prvios ao AVC 	<p><u>Humanos:</u></p>	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter identificado situaes que necessitem de

<p>Competência: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; J1; J2; J3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando possíveis barreiras à participação social (arquitetónicas e outras) • Identificando e mobilizando recursos pessoais, familiares e da comunidade disponíveis • Proporcionando a resolução de problemas sempre que possível • Orientando para reajustes da dinâmica familiar e rotinas quando possível e necessário • Incentivando e motivando à participação em atividades na comunidade • Demonstrando reforço positivo 	<p>• Pessoa com AVC/família/pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientador clínico • Docente orientador • Elementos da equipa de saúde • Profissionais da equipa multidisciplinar da comunidade <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Produtos de apoio disponíveis • Protocolos existentes nos serviços 	<p>encaminhamento para outros profissionais de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter feito a articulação necessária com o enfermeiro de cuidados gerais e outros elementos da equipa multidisciplinar • Ter utilizado de forma eficiente os recursos existentes, durante o planeamento e prestação de cuidados de reabilitação <p><u>Crítérios de Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Respeitou as vontades e privacidade da pessoa com AVC/família/pessoa significativa • Procurou dar resposta às necessidades sociais dentro do seu âmbito de atuação
<p>9. Avaliar o impacto dos cuidados de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procurando conhecer a opinião e perceção do doente e 	<p><u>Humanos:</u></p>	<p><u>Indicadores:</u></p>

<p>enfermagem de reabilitação na funcionalidade motora</p> <p>Competência: A1; A2; B3; C1; D1; D2; J1; J2; J3</p>	<p>família/pessoa significativa/cuidador quanto aos resultados/ganhos das intervenções desenvolvidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliando as mudanças/ganhos em saúde após as intervenções em momentos oportunos e adequados • Avaliando o grau de dependência e funcionalidade • Recorrendo sempre aos mesmos instrumentos de avaliação para comparação • Observando e analisando o desempenho do doente na execução das atividades/tarefas • Observando e analisando a utilização de dispositivos de apoio pela pessoa com AVC 	<p>• Pessoa com AVC/família/pessoa significativa</p> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de avaliação • Registos de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter mobilizado os instrumentos de avaliação adequados • Ter demonstrado capacidade de reflexão sobre a minha prestação de cuidados <p><u>Crítérios de Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflete sobre a prática e seus resultados • Desenvolve a redação do relatório de estágio
<p>10. Planear intervenções de ER relativas a alterações sensório-motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizando instrumentos de avaliação adequados • Avaliando a totalidade do doente através do exame objetivo e subjetivo 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doente/família/pessoa significativa/cuidador • Orientador clínico 	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter articulado os conhecimentos teóricos adquiridos com a prática clínica

<p>alimentação e eliminação</p> <p>Competência: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; J1; J2; J3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando e identificando possíveis alterações neurológicas, cardiorrespiratórias, sensório-motoras, cognitivas, de alimentação e eliminação • Implementando programas de reeducação funcional respiratória quando necessário • Implementando programas de reabilitação cardíaca quando necessário • Implementando planos de treino vesical quando necessário • Avaliando e identificando alterações que comprometam a deglutição e alimentação • Intervindo nos fatores que levam a alterações na capacidade de se alimentar • Executando exercícios/atividades de estimulação sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos da equipa multidisciplinar <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo clínico • Literatura científica • <i>Guidelines</i> de intervenção • Instrumentos de avaliação • Produtos de apoio disponíveis • Normas e procedimentos do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter elaborado e implementado planos de cuidados individualizados, com objetivo da melhoria da função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade • Ter monitorizado a implementação e os resultados dos planos estabelecidos • Ter reformulado os planos de reabilitação quando necessário • Ter selecionado produtos de apoio indicados • Ter adotado estratégias na resolução/minimização do efeito de aspetos dificultadores • Ter utilizado de forma eficiente os recursos existentes,
---	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none">•Aconselhando em estratégias de gestão de esforço e reajuste de rotinas e hábitos• Delineando e implementando planos de intervenção de reabilitação individualizados direcionados aos sistemas alterados específicos		<p>durante a prestação de cuidados de reabilitação</p> <p><u>Crítérios de Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Assume responsabilidade na implementação de programas de reabilitação• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram importantes para atingir os resultados esperados nos diferentes sistemas• Reflete sobre o processo de tomada de decisão e intervenção
--	---	--	--

APÊNDICE II: ESTUDO DE CASO

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
UC: Estágio com Relatório
UCC Integrar na Saúde

Estudo de Caso

Enfermeira orientadora:

Natacha Sousa

Professor Orientador:

Ricardo Braga

Raquel Jardim

541

Lisboa
Abril, 2021

Lista de siglas

ACM – Artéria Cerebral Média

angioTC – Angiografia Tomografia Axial Computarizada

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

Cp – comprimido

ECG - Eletrocardiograma

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEG – Eletroencefalograma

FC – Frequência Cardíaca

MI – Membro Inferior

MS – Membro Superior

NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale

RM-CE – Ressonância Magnética Crânio-encefálica

SU – Serviço de Urgência

SUC – Serviço de Urgência Central

TAC-CE – Tomografia Axial Computarizada Crânio-encefálica

VD – Visita Domiciliária

Índice

1. INTRODUÇÃO	4
2. IDENTIFICAÇÃO	5
3. CONDIÇÕES HABITACIONAIS	5
4. ANTECEDENTES PESSOAIS	5
5. MEDICAÇÃO HABITUAL	6
6. HISTÓRIA CLÍNICA	6
7. RESUMO DO INTERNAMENTO	7
8. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL E DA LINGUAGEM	9
9. AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS	9
10. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA	9
11. AVALIAÇÃO CIRCULATÓRIA	10
12. AVALIAÇÃO SENSORIAL	10
13. AVALIAÇÃO DO TÓNUS MUSCULAR E DA FORÇA SEGMENTAR	10
14. AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR	12
15. AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO	12
16. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO	12
17. AVALIAÇÃO DA MARCHA	12
18. AVALIAÇÃO DA PELE	12
19. EXECUÇÃO DE AVD	12
19.1. Alimentação	12
19.2. Higiene	13
19.3. Vestir e despir	13
19.4. Controlo de esfíncteres e utilização de sanita	13
19.5. Mobilidade e transferências	13
20. GRAU DE DEPENDÊNCIA	13
21. IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES	14
21.1. Intrapessoais	14
21.2. Interpessoais	14
21.3. Extrapessoais	14
22. PLANO DE CUIDADOS	15

1. INTRODUÇÃO

A intervenção do EEER como qualquer outra intervenção especializada deve ser planeada mediante uma abordagem holística permitindo um programa de reabilitação adequado às necessidades.

O presente trabalho ilustra a avaliação feita a uma cliente e o plano de reabilitação definido para intervir bem como a avaliação de resultados da sua implementação.

A opção da cliente em questão prende-se muito com a escassez de doentes a reabilitar com AVC na UCC e por esta ter sido uma cliente com quem trabalhei no internamento de Neurologia tendo aqui a oportunidade de dar continuidade à reabilitação no seu domicílio.

2. IDENTIFICAÇÃO

A cliente tem o nome de M.A.R.A, de 83 anos, reformada de administrativa, previamente autónoma, emagrecida com défice de massa muscular. Reside com o marido de 85anos, seu principal cuidador, não tem filhos, familiares ou outros próximos que possam dar apoio.

Residem num T1 no centro de Lisboa no 6º andar em prédio com dois elevadores até ao 5º andar sendo o acesso feito por escadas entre estes dois pisos.

Tem apoio para os cuidados de higiene e para as refeições.

Foi admitida em ECCL para cuidados de Reabilitação no dia 13/05/2021, tendo iniciado o acompanhamento por mim a 26/05/2021 com alta a 23/06/2021.

3. CONDIÇÕES HABITACIONAIS

Apartamento T1 com boa luminosidade, espaços pouco amplos, mas não sobrecarregados de mobília. Com espaço na grande maioria do apartamento para circular cadeira de rodas, andarilho ou outro produto de apoio da marcha. Casa de banho sem tapetes com banheira e banco, espaço para circular agarrada às loiças. A sala, onde passam grande parte do dia a ver televisão é composta por uma mesa, um sofá individual com braços e uma cadeira de madeira com braços e almofadas. As refeições são na sala em mesa de apoio. Apresenta carpetes na sala e no hall de entrada. A cozinha tem bancada de apoio e espaço para circular. As portas têm dimensões que permitem passagem de andarilho à exceção da porta que dá acesso ao quarto.

4. ANTECEDENTES PESSOAIS

- Hipertensão arterial
- Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida à custa de cardiopatia hipertensiva e provável contributo de taquicardiomiopatia,
- Diabetes mellitus tipo 2 não-insulino tratada
- Histerectomia + anexectomia esquerda em 1987
- Carcinoma seroso de alto grau de provável origem ovárica/ ginecológica (março 2021); carcinomatose peritoneal – iniciou 1º ciclo de quimioterapia pré-operatória a 16-04-2021 no Hospital da Luz. Agora seguida na consulta externa de Oncologia no Hospital Santa Maria.

- Isquemia arterial do membro superior em setembro 2020, de provável etiologia cardioembólica;
- Fibrilhação auricular paroxística
- Anemia não caracterizada
- Bócio com hipertiroidismo
- Síndrome depressivo
- Síndrome vertiginoso
- Estado pós-colecistectomia
- Estado pós-artrodese transperdicular D12-L2 e vertebroplastia D12+L1+L2.

5. MEDICAÇÃO HABITUAL

- Alprazolam 0.5mg – ½cp ao deitar
- Atorvastatina 40mg – 1cp ao jantar
- Edoxabano 30mg – 1cp ao jantar
- Esomeprazol 40mg – 1cp em jejum
- Furosemida 40mg – ½cp em jejum
- Levetiracetam 500mg – 1cp ao pequeno-almoço e ao jantar
- Metformina 500mg – 1cp ao pequeno-almoço e ao jantar
- Sertralina 50mg – 1cp ao pequeno-almoço e ao jantar
- Tiamazol 5mg – 1cp ao pequeno-almoço

6. HISTÓRIA CLÍNICA

No dia 24/04/2021 foi encaminhada ao SU por alteração da linguagem presenciada pelo esposo às 13h30, tendo sido vista bem pela última vez às 13h00. À admissão no SUC, encontrava-se vigil. Nomeava 1/6, cumpria 1 ordem simples, repetia 1/3 palavras. Pupilas isocóricas e isorreativas. Reflexo de ameaça ausente à esquerda, com desvio oculocefálico para a direita não ultrapassando a linha média. Parésia facial central esquerda. Sem aparente defeito de força motora. Reflexo cutâneo-plantar extensor à esquerda. NIHSS 13.

Realizou TAC-CE que documentou sinais precoces de isquemia no território da artéria cerebral média direita, com angioTC a documentar oclusão de M2 direito.

ECG em ritmo de fibrilhação auricular com frequência 150bpm, tendo realizado terapêutica com digoxina. Destacou-se também comportamento motor bizarro com

membro superior direito (benze-se, esfrega as mãos), com posterior incontinência de esfíncter urinário, pelo que iniciou terapêutica com levetiracetam.

Sem critério para rtPA-IV por se encontrar anticoagulada com rivaroxabano, Foi contactada Neurologia do Hospital Egas Moniz para realização de trombectomia ao abrigo da Urgência Metropolitana de Lisboa, que aceitou a transferência da doente. Neste hospital, realizou trombectomia com punção femoral às 18h55 e recanalização TICI 2c às 19h56 (tempo sintomas-recanalização 6h56). Foi posteriormente internada para prossecução de cuidados.

Revelou agravamento clínico após o procedimento à custa de defeito de linguagem e defeito motor, com NIHSS 18. Realizou TAC-CE que excluiu hemorragia. Por pico febril isolado de 39.7°C foi admitida pneumonia de aspiração e iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina + ácido clavulâmico 2.2g após colheita de exames microbiológicos. Admitiram a intercorrência infecciosa como justificação de agravamento clínico. Foi posteriormente transferida para o Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria a 25/04/2021 por ser hospital da área de residência.

7. RESUMO DO INTERNAMENTO

No internamento apresentou-se inicialmente vígil com abertura ocular espontânea, a cumprir ordens de 1 passo de forma inconsistente (2/6). Sem discurso espontâneo. Não repetia. Não nomeava. Mantinha interação com o observador e o meio de forma não consistente. Desvio do olhar para a direita. Hemianópsia homónima esquerda. Parésia facial central esquerda ligeira. Movimentos "estereotipados" do MS direito, tentava agarrar o observador por momentos, ficava a bater na grade de forma rítmica; plegia do MS esquerdo?. Movimento espontâneo do MI esquerdo, esboçando movimento contra gravidade. Sem colaboração para testar coordenação apendicular. Anosognosia? NIHSS 19.

Quanto a achados imagiológicos, no dia 26/04 realizou doppler sem alterações significativas e no dia 29/04 realizou RM-CE revelando enfartes isquémicos recentes em ambos os hemisférios em território da ACM. O enfarte de maiores dimensões localizava-se à direita com atingimento córtico-subcortical e profundo estendendo-se desde a alta convexidade frontal direita e coroa/radiada até a região insular e núcleos da base condicionando apagamento sulcal locoregional. No inferior desta lesão identificaram transformação hemorrágica petequial.

À esquerda, o enfarte era córtico-subcortical fronto-insular.

Documentam ainda a coexistência de alterações de leucoencefalopatia isquémicas crônicas que atingem também a protuberância.

Apresentou flutuações acentuadas do estado neurológico, EEG com atividade delta rítmica frontotemporal bilateral de predomínio esquerdo, descargas periódicas frontotemporais direitas, baixo limiar, risco de crises.

Por pneumonia de aspiração e derrame pleural direito iniciou reabilitação respiratória com EEER através de terapêutica de posição, exercícios de reeducação costal e diafragmática, técnicas de limpeza das vias aéreas com manobras acessórias, drenagem postural e nos momentos em que se encontrava vígil feita tentativa de ciclo ativo com huff sem sucesso pelo facto da cliente não cumprir ordens de forma consistente.

Cumpriu reabilitação motora com EEER e Fisioterapeuta, inicialmente com mobilizações passivas progredindo, consoante estado de consciência e colaboração para mobilizações ativas assistidas, ativas e ativas resistidas, levante com treino de equilíbrio, treino de força e treino de marcha com melhoria significativa dos défices.

Durante o internamento com necessidade de ser alimentada via SNG retomando alimentação via oral. Avaliada por terapeuta da fala que identifica possível presbifagia. Tem indicação para ingerir líquidos com palhinha com supervisão ou, preferencialmente, com adição de espessante.

À data da alta, dia 12/05/2021, encontrava-se orientada em todas as dimensões, sem alterações da linguagem, sem neglect, sem defeito dos campos visuais, sem limitação dos movimentos oculares, parésia facial central esquerda, hemiparesia esquerda, sem alterações da força no hemicorpo direito, sem alterações da sensibilidade e sem alterações nas provas de coordenação, capaz de realizar marcha com andarilho ou apoio de terceira pessoa unilateral.

8. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL E DA LINGUAGEM

Sra. M. A. encontra-se vígil, calma e colaborante, com períodos de ansiedade e humor depressivo relacionado com condição clínica atual, sequelas de AVC e patologia de foro oncológico. Orientada auto e alopsíquicamente. Desconcentração pontual por pensamentos focados em patologia oncológica. Com lapso de memória quanto ao internamento. Anagnósica.

Sem alterações do discurso. Obedece a ordens simples e complexas, repete e nomeia. Sem alterações da calculia, leitura ou grafia.

9. AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS

Sem alterações do olfato. À confrontação sem alterações dos campos visuais ou da acuidade visual. Sem oftalmoparésias ou alterações dos movimentos oculares. Pupilas isocóricas e isoreativas. Apresenta reflexo de ameaça presente. Sem alterações da sensibilidade tátil e algica bilateral do ramo oftálmico, maxilar e mandibular. Sem parésia facial.

Não foi possível avaliar sensibilidade ou paladar das diferentes porções da língua por recusa da doente. Esta refere não ter qualquer alteração *“é tudo como dantes por isso não preciso de fazer nada disso”*.

Protusão da língua sem desvios ou alterações da mobilidade.

Elevação dos ombros e rotação da cabeça sem alterações.

10. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Sem sinais de cianose ou dificuldade respiratória. Sem hipocratismo digital. Traqueia na linha média. Apresenta tórax normolíneo simétrico sem deformidades visíveis. Expansibilidade mantida simétrica. Padrão respiratório misto, de amplitude superficial. Com ritmo respiratório normal. Frequência respiratória média de 17 ciclos/min. Saturação periférica de 98-99%. Sem expetoração.

À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular mantido.

11. AVALIAÇÃO CIRCULATÓRIA

Cliente corada e hidratada. Sem edemas ou outros sinais de alterações circulatórias. Perfil tensional controlado com valores médios de 100/120mmHg de sistólica e 55/65mmHg de diastólica. Frequências cardíacas entre 70bpm e 99bpm. Apresentou episódio único, segundo a cliente e marido uma vez não presenciado por mim, de FC a atingir os 150bpm em período de grande ansiedade e nervosismo. Alertada para a necessidade de contacto com 112 no caso de frequências cardíacas elevadas.

12. AVALIAÇÃO SENSORIAL

Sra. M.A. não apresenta alterações de sensibilidade em nenhum segmento. Não foi possível avaliar a sensação vibratória por diapasão indisponível. Sensibilidade estereognósica mantida.

13. AVALIAÇÃO DO TÓNUS MUSCULAR E DA FORÇA SEGMENTAR

		Data de Avaliação	26/05/2021		23/06/2021	
		Avaliação	Tónus	Força	Tónus	Força
MSD	Escapulo- umeral	Flexão	0	5	0	5
		Extensão	0	5	0	5
		Adução	0	5	0	5
		Abdução	0	5	0	5
	Cotovelo	Flexão	0	5	0	5
		Extensão	0	5	0	5
	Punho	Flexão	0	5	0	5
		Extensão	0	5	0	5
	Dedos	Flexão	0	5	0	5
		Extensão	0	5	0	5
		Adução	0	5	0	5
		Abdução	0	5	0	5
MSE	Escapulo- umeral	Flexão	0	4+	0	5
		Extensão	0	4+	0	5
		Adução	0	4+	0	5
		Abdução	0	4+	0	5
	Cotovelo	Flexão	0	4+	0	5
		Extensão	0	4+	0	5
	Punho	Flexão	0	4+	0	5
		Extensão	0	4+	0	5
	Dedos	Flexão	0	4+	0	5
		Extensão	0	4+	0	5
		Adução	0	4+	0	5
		Abdução	0	4+	0	5
MID	Coxo-femoral	Flexão	0	5	0	5
		Extensão	0	5	0	5
		Adução	0	5	0	5

	Joelho	Abdução	0	5	0	5
		Flexão	0	5	0	5
		Extensão	0	5	0	5
	Tibio-társica	Flexão	0	5	0	5
		Extensão	0	5	0	5
	MIE	Coxo-femoral	Flexão	0	4	0
Extensão			0	4	0	4+
Adução			0	4	0	4+
Abdução			0	4	0	4+
Joelho		Flexão	0	4	0	4+
		Extensão	0	4	0	4+
Tibio-társica		Flexão	0	4	0	4+
		Extensão	0	4	0	4+

Tabela 2: Espasticidade - escala modificada de Ashworth; Força - escala de força MRC (Mudanças assinaladas a negrito)

14. AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR

Impossível avaliar por goniómetro indisponível. No entanto não apresenta alterações significativas de amplitudes articulares.

15. AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO

Sem alterações na prova índex-nariz ou na prova calcanhar-joelho. Capaz de efetuar movimentos alternados com momentos pontuais de descoordenação.

16. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

Equilíbrio avaliado com o índice de Tinetti, score 10 pontos com alto risco de queda, em anexo.

Apresenta equilíbrio estático e dinâmico eficaz na posição de sentada.

Na posição ortostática desequilibra-se de forma inconsistente e sem estímulo externo potenciador de desequilíbrio.

Apresenta risco elevado de queda, Score 75 na escala de Morse

17. AVALIAÇÃO DA MARCHA

A sra. M.A. caminha com comprimentos de passos e passada curtos. Passo aparentemente simétrico. Com insignificante flexão dos joelhos arrastando os pés no chão. Com largura reduzida ficando a poucos centímetros um pé do outro. Apresenta uma marcha acelerada com má postura com progressiva flexão do tronco, reduzindo significativamente a velocidade com andarilho. Quando sem andarilho procura apoiar-se na mobília.

Prova do Timed Up and Go Test realizada com andarilho por risco elevado de queda, com resultado de 27,7 segundos.

18. AVALIAÇÃO DA PELE

Apresenta pele íntegra sem alterações.

19. EXECUÇÃO DE AVD

19.1. Alimentação

Alimenta-se de forma independente. Apresenta úvula centrada e elevação do palato simétrica, sem alterações da mastigação. Apresenta períodos de disfagia a líquidos, segundo a cliente e o esposo já prévia ao AVC, no entanto agora agravada. Utiliza espessante esporadicamente, refere não gostar. Preparação incorreta com apresentação heterogénea.

Apresenta dentição incompleta, falta de molares no maxilar superior à esquerda.

Auscultação cervical limpa, sem ruídos anormais. Feita avaliação da deglutição na posição de sentada com colheres de água líquida apresentando tosse de forma inconsistente, bebeu cerca de 30ml de água líquida sem dificuldade. Apresenta por vezes dificuldade em coordenar apneia com a deglutição, tosse eficaz.

Adicionado espessante para consistência entre néctar e mel, sem dificuldade na deglutição.

19.2. Higiene

Necessita de apoio nos cuidados de higiene, sem iniciativa para se autocuidar.

Banho é efetuado sentada na banheira. Lavagem dos dentes e cuidados ao rosto igualmente na posição de sentada.

19.3. Vestir e despir

Tem ajuda externa para vestir e despir, no entanto é capaz de se autocuidar. Sem iniciativa para o autocuidado.

19.4. Controlo de esfíncteres e utilização de sanita

Utiliza cueca fralda por perdas esporádicas de urina. Utiliza sanita sem ajuda
Trânsito intestinal alterado com fezes duras e dejeções irregulares prolongadas no tempo.

19.5. Mobilidade e transferências

É capaz de efetuar transferências de forma independente com supervisão. Alterna deambulação sem produtos de apoio em curtas distâncias, da sala ao wc, e deambulação com andarilho pela casa. Não sai de casa.

20. GRAU DE DEPENDÊNCIA

Índice de Barthel: 75 (à admissão em ECCI com score 45)

21. IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES

21.1. Intrapessoais

Identificam-se stressores negativos de diferentes variáveis como as sequelas de AVC e doença oncológica. Ansiedade, desmotivação, falta de vontade, concentração, inflexibilidade e preocupação com situação oncológica. Isolamento social sem saídas ao exterior da habitação.

21.2. Interpessoais

Identificam-se stressores negativos de diferentes variáveis como a ausência de rede de apoio alargada, sem filhos.

Como stressor positivo é de referir o empenho do marido. Numa fase inicial do regresso a casa a verbalizar exaustão no cuidado à sra. M.A., colmatado com a melhoria progressiva de independência.

21.3. Extrapessoais

Identificam-se stressores positivos como a habitação onde reside, os serviços de saúde disponíveis, a Associação dos Reformados na dispensa de produtos de apoio, apoio nos cuidados de higiene e alimentação.

22. PLANO DE CUIDADOS

Problema	Objetivo	Atividades	Avaliação
Mobilidade diminuída, relacionado com hemiparesia de grau 4 à esquerda e desequilíbrio	Recuperação gradual da força com maximização da funcionalidade e independência	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando a força muscular segmentar com a escala MRC • Recorrendo a técnicas de conservação de energia como o controlo da respiração com dissociação dos tempos respiratórios na execução das atividades, respirações profundas controladas. • Treinando a realização de mobilizações ativas e ativas resistidas em todos os segmentos do MS e MI • Treinando atividades terapêuticas (ponte, rotação controlada da anca) • Treinando a força do MS e MI <ul style="list-style-type: none"> ○ agachamentos com e sem apoio de mãos ○ repetições de sentar e levantar com e sem apoio de braços ○ levantamento sobre a ponta dos dedos dos pés ○ carga sobre os calcanhares com elevação dos dedos dos pés 	<p>A sra. M.A. apresentou melhoria do grau de força do hemicorpo esquerdo, espelhado na tabela1.</p> <p>Durante as visitas domiciliárias cumpriu a realização dos exercícios sob a minha orientação.</p> <p>Marido sempre muito presente e incentivador à realização de exercícios na minha ausência. Com períodos de menor adesão aos exercícios instruídos, segundo o marido, nos dias sem VD por desmotivação e ansiedade quanto ao futuro de patologia oncológica.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ○ carga unipodal bilateral com apoio de mãos aumentando o tempo de execução ○ elevação de pesos improvisados (arroz) ● Exercendo carga no cotovelo esquerdo ● Incentivando a realização dos exercícios instruídos ao longo dos dias até à visita domiciliária seguinte ● Promovendo a colaboração do marido 	
<p>Equilíbrio comprometido</p> <p>Risco de queda</p>	<p>Recuperação gradual do equilíbrio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliando o equilíbrio estático e dinâmico ● Estimulando a manter o equilíbrio corporal corrigindo a postura ● Treinando a força ● Fortalecendo o core <ul style="list-style-type: none"> ○ repetições de deitar e sentar na cama (abdominais) ○ inclinação lateral do tronco ○ alcance de objetos em movimento ○ alcance de objetos no chão a diferentes distâncias ● Treinando o equilíbrio ortostático estático e dinâmico 	<p>Sra. M.A. mantém alterações de equilíbrio.</p> <p>Desequilibra-se de forma inconsistente e sem estímulo externo potenciador de desequilíbrio.</p> <p>Procurado o produto de apoio que mais se adapta à sra. M.A. É capaz de se pentear, lavar os dentes e efetuar os cuidados ao rosto na posição ortostática apoiada no lavatório.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ○ fortalecimento da força dos membros inferiores ○ alcance de objetos em diferentes posições ○ alcance de objetos em movimento ○ carga unipodal em ambiente seguro sem apoio de mãos ○ marcha com mudança de direção, fazendo o percurso de um 8 ○ andar lateralmente ○ marcha com um pé adiante do outro ● Realizando o exercício de sentar e levantar de cadeira com e sem apoio de braços ● Realizando os cuidados ao rosto e a lavagem dos dentes na posição ortostática com supervisão ● Alertando para os riscos ● Incentivando a realização dos exercícios instruídos ao longo dos dias até à visita domiciliária seguinte ● Promovendo a colaboração do marido 	
Andar comprometido relacionado com	Melhorar a postura corporal	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliando a força muscular; equilíbrio e marcha ● Avaliando o risco de queda com a escala de Morse 	Feita tentativa de utilização de bengala como produto de apoio da marcha mas sem

<p>diminuição da força e alteração do equilíbrio</p> <p>Risco de Queda</p>	<p>Recuperar a capacidade de marcha independente</p> <p>Andar na via pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recorrendo a técnicas de conservação de energia como o controlo da respiração com dissociação dos tempos respiratórios na execução das atividades, respirações profundas controladas. • Gerindo o tempo de repouso e de atividade. • Treinando a força muscular • Instruindo e treinando a correta utilização do andarilho estático <ul style="list-style-type: none"> ○ correção postural do tronco e membros inferiores ○ passada controlada ○ correção da base de apoio • Treinando a marcha sem apoio <ul style="list-style-type: none"> ○ correção postural ○ correção do passo nas diferentes fases • Treinando o subir e descer degraus • Treinando a marcha em piso instável, na via pública • Orientando e incentivando a utilização de calçado adequado 	<p>sucesso. A sra. não se adaptou à bengala, incapaz de coordenar o passo com o apoio no chão, mesmo com orientação. Por estimular episódios de ansiedade e frustração em doente depressiva, desistiu-se da sua utilização.</p> <p>A opção pelo andarilho está relacionada com o elevado risco de queda e a falta de consciencialização das suas limitações. Tornando-a desta forma independente na marcha.</p> <p>Em curtas distâncias, da sala ao wc, realiza marcha apoiando-se na mobília. Maiores distâncias utiliza o andarilho ou apoiada no marido.</p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Incentivando a realização dos exercícios instruídos ao longo dos dias até à visita domiciliária seguinte • Promovendo a colaboração do marido 	<p>É capaz de descer e subir escadas com apoio em corrimão ou na sua ausência com apoio do marido.</p> <p>À data da alta já circula na via pública com apoio unilateral do marido.</p> <p>Sugerida a remoção de tapetes sem sucesso.</p>
Higiene e vestir e despir comprometidos relacionados com desmotivação e falta de empenho	Recuperar gradualmente a independência na atividade de vestir/despir	<ul style="list-style-type: none"> • Permitindo espaço para partilha de pensamentos e sentimentos • Demonstrando escuta ativa • Incentivando a independência no desempenho das atividades em segurança • Esclarecendo dúvidas quando existentes • Instruindo a assistente dos cuidados de higiene a permitir a independência no autocuidado com supervisão 	<p>A sra. M.A. foi melhorando a motivação para o autocuidado destas atividades. À data da alta toma banho sozinha sentada com a supervisão da assistente.</p> <p>É capaz de vestir e despir sozinha sentada.</p>
Risco de aspiração relacionado com disfagia a líquidos e fraca adesão à	Deglutição controlada sem episódios de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando a deglutição • Incentivando a existência de um ambiente calmo durante as refeições • Validando os conhecimentos prévios 	<p>O marido é capaz de preparar a água com espessante corretamente.</p>

<p>utilização de espessante</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Instruindo da correta preparação dos líquidos com adição de espessante com demonstração à sra. M.A. e ao marido • Validando, num segundo momento, a informação já fornecida, esclarecendo dúvidas e corrigindo os erros • Incentivando a independência na satisfação desta necessidade • Instruindo e demonstrando manobras compensatórias da deglutição <ul style="list-style-type: none"> ○ flexão cer ○ respiração supra-glótica ○ manobra de Masako • Incentivando a ingestão controlada de pequenas quantidades de cada vez • Incentivando a ingestão de alimentos e líquidos na presença do marido ou outra pessoa • Alertando para os riscos • Ensinando como proceder no caso de engasgamento • Promovendo a colaboração do marido 	<p>Segundo marido, melhorada da renitência à adesão aos líquidos com espessante, no entanto a necessitar de incentivo por parte do mesmo. Mantém períodos menos frequentes de ingestão de líquidos sem espessante, segundo o marido, por insistência da cliente. No entanto refere escassos momentos de tosse quando ingere com a flexão cervical e manobra de Masako. Mantém dificuldade em coordenar a respiração com a deglutição.</p>
---------------------------------	--	--	---

Trânsito intestinal alterado	Regular o trânsito intestinal	<ul style="list-style-type: none">• Incentivando a ingestão de alimentos ricos em fibra, mediante as possibilidades financeiras• Incentivando e reforçando a necessidade de ingestão de água• Articulando com a médica a gestão de terapêutica laxante• Alertando para os riscos	Introduzida Lactulose 15ml, 1 saqueta ao pequeno-almoço diariamente. Apresenta uma dejeção de fezes moldadas acastanhadas a cada 24h.
------------------------------	-------------------------------	---	--



O plano, bem como as atividades, foram definidos tendo em consideração os objetivos pretendidos pelo sra. M.A., procurando atender as suas reais necessidades e validadas com a própria.

Todas as atividades planeadas foram instituídas. Na minha presença houve adesão ao plano de reabilitação, no entanto, a sra. M.A. encontra-se focada no futuro próximo de tratamento de doença oncológica revelando desinteresse e desmotivação em manter o programa nos dias sem VD. Prestado apoio psicológico e emocional refletido em maior motivação apenas para o autocuidado na higiene e vestir/despir. Termina com Índice de Barthel score 90.

Cerca de uma semana antes da alta foi sugerida fisioterapia de ambulatório para continuidade de reabilitação em ginásio que a sra. M.A. e o marido recusaram.

A alta foi planeada pelos critérios de admissão e manutenção da inscrição em ECCL.

APÊNDICE III – CUIDADOS DE HIGIENE DA PESSOA COM AVC

HIGIENE ORAL

- Se necessário, utilizar adaptadores do cabo da escova.
- A escova elétrica pode facilitar por não exigir tanta força



PRODUTOS FACILITADORES

- Escovas de cabo longo
- Esponjas de cabo longo
- Adaptadores de torneira
- Adaptador de corta unhas
- Alteadores de Sanita



- GARANTIR A SEGURANÇA DA PESSOA COM AVC E DO CUIDADOR
- INCENTIVAR A UTILIZAÇÃO DO LADO AFETADO
- PERMITIR A INDEPENDÊNCIA, QUANDO CAPAZ DE FORMA SEGURA
- COM SUPERPROTEÇÃO NÃO ESTÁ A AJUDAR, PODE PREJUDICAR O PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Cuidados de Higiene da pessoa com AVC

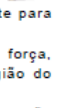


Elaborado por Raquel Jardim
Aluna do 11º Curso de Mestrado e
Especialização em Enfermagem de Reabilitação
ESEL, Lisboa, 2021

As pessoas com AVC com frequência manifestam alterações que comprometem a independência nas atividades de vida diárias. O banho é um momento de bem estar relaxante e refrescante pelo que é importante ter tempo para a sua realização.

O BANHO PODE SER NA CAMA

- Abordar pelo lado com menos força
 - Não puxar pelas extremidades, apoio no ombro e/ou na anca para virar
1. Posicionar a pessoa de barriga para cima.
 2. Limpar os olhos, lavar o rosto, as orelhas, cabelo e secar.
 3. Lavar os braços, peito, barriga, secar e cobrir.
 4. Lavar as pernas e secar.
 5. Lavar a região íntima, de frente para trás e secar.
 6. Virar para o lado com menos força, lavar as costas, nádegas, região do ânus e secar.
 7. Enrolar o lençol molhado em direção ao corpo, colocar um seco sobre a metade da cama que está livre.
 8. Virar para o lado sobre o lençol seco e retirar o resto do lençol molhado, esticar o lençol seco sobre toda a cama.



O BANHO PODE SER NA BANHEIRA

Entrar na banheira:

1. Aproximar a cadeira com o lado com mais força junto à banheira o mais possível do assento onde vai sentar durante o banho
2. Retirar o apoio de braço do lado da banheira.
3. Agarra-se ao bordo da banheira ou às barras de apoio e deslize para o assento da banheira.
4. Quando sentado na banheira coloca a perna com mais força dentro da banheira e de seguida a perna com menos força.



Sair da banheira:

1. Repete o procedimento inversamente.
2. Coloca as pernas fora da banheira.
3. A cadeira é posicionada ao contrário.
4. Com o braço com mais força apoia-se no braço da cadeira e deslize para a cadeira de rodas.

O cuidador ajuda na transferência do(s) membro(s) com menos força

O BANHO PODE SER NO POLIBAN

1. Utilizar uma cadeira ou banco para o banho ser sentado
2. Mesmos princípios que no banho na banheira



- Pode utilizar tapete antiderrapante na banheira/poliban
- Instalar barras de apoio fixas ou amovíveis.



APÊNDICE IV – VESTIR E DESPIR A PESSOA COM AVC

DESPIR

O inverso do vestir, ou seja, primeiro o lado com mais força.

Ajudas técnicas



Elaborado por Raquel Jardim
Aluna do 11º Curso de Mestrado e
Especialização em Enfermagem de
Reabilitação
ESEL Lisboa, 2021

Vestir e Despir a Pessoa com AVC

NEUROLOGIA PISO 7



- GARANTIR A SEGURANÇA DA PESSOA COM AVC E DO CUIDADOR
- INCENTIVAR A UTILIZAÇÃO DO LADO AFETADO
- PERMITIR A INDEPENDÊNCIA, QUANDO CAPAZ DE FORMA SEGURA
- COM SUPERPROTEÇÃO NÃO ESTÁ A AJUDAR, PODE PREJUDICAR O PROCESSO DE REABILITAÇÃO

As pessoas com AVC com frequência manifestam alterações que comprometem a independência nas atividades de vida diárias.
O vestir e despir é uma atividade exigente pelo que é importante ter tempo para a sua realização com calma.

- Quando há desequilíbrio esta atividade deve ser realizada na cama.
 1. Sentado na cama, para a camisola
 2. Fazer a ponte para vestir/despir as calças
 3. Se não for capaz, vestir virando para cada lado

VESTIR

Primeiro o lado afetado.

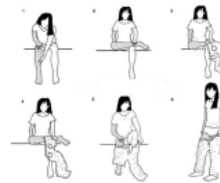


Vestir uma camisola

1. Colocar no colo com a frente para baixo
2. Vestir a manga do lado com menos força até ao ombro
3. Vestir a outra manga
4. Passar a gola pela cabeça

Vestir uma camisa

1. Vestir a manga do lado com menos força até ao ombro
2. Por cima do ombro alcançar a gola e puxar a camisa para o lado com mais força
3. Vestir o braço com mais força



Vestir calças

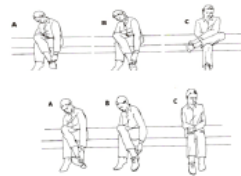
1. Deve cruzar o membro inferior com menos força sobre o que tem mais força.
2. Vestir até ao joelho.
3. Vestir o membro com mais força.
4. Puxar as calças o mais que puder.

Vestir soutien

1. Colocar à volta da cintura com a parte de trás à frente
2. Apertar os colchetes e rodar para a posição correta
3. Colocar a alça do lado com menos força até ao ombro
4. Vestir a outra alça



Se possível, um soutien de fecho à frente poderá ser facilitador



Vestir meias / calçado

1. Deve cruzar o membro inferior com menos força sobre o que tem mais força
2. Vestir / calçar esse pé
3. Vestir / calçar o pé do membro com mais força

APÊNDICE V – ADMINISTRAÇÃO DE INALADORES

ADMINISTRAÇÃO DE INALADORES

1. Salbutamol (Ventilan)
2. Brometo de Ipatrópio (Atrovent)
3. Beclometasona (Beclotaide)

Instruções de utilização

1. Aquecer a embalagem à temperatura corporal
2. Retirar a tampa, agitar a embalagem na posição vertical e adaptar à câmara expansora
3. Colocar o indicador na parte superior e o polegar na parte inferior, em forma de L
4. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás
5. Efetuar uma expiração lenta até ao seu máximo
6. Colocar o bocal na boca fechando os lábios sem fugas ou adaptar a máscara
7. Efetuar uma inspiração profunda durante 3 a 5 segundos
8. Sustentar a respiração durante 10 segundos



- Aguardar entre 30 segundos a 1 minuto entre cada puff
- Agitar sempre a embalagem entre cada inalação
- Se administrado Beclometasona ou outro corticóide, lave a boca sem engolir a água

LAVAR A CÂMARA EXPANSORA EM ÁGUA MORNHA 2VEZES POR SEMANA

APÊNDICE VI – INDICADORES

Indicadores de Reabilitação

INSTITUTO NACIONAL DE REABILITAÇÃO, SERVIÇO LOCAL
AVENIDA DO AMARAL, 1000-001 LISBOVA, A 1.ª FLOQUETAGEM, 1000-001 LISBOVA
17 DE JUNHO, 2011

1

Sumário

- Objetivos
- Posicionamentos
- Registo Clínico
 - Atividade
 - Avaliação da Função Muscular
 - Avaliação do Paciente

2

Objetivos

- Realizar a avaliação das intervenções relativas ao posicionamento em relação aos objetivos, necessidades, objetivos, as situações patológicas.
- Realizar as intervenções de acordo com o diagnóstico e a situação do paciente em relação ao objetivo proposto.
- Registar as intervenções.

3

POSICIONAR-SE

4

POSICIONAMENTOS

Segundo a CPP (CPL 2011) especifica-se a técnica segundo os seguintes critérios de intervenção postural:

Princípios de intervenção

- Utilizar estratégias de trabalho orientadas ao posicionamento do que pretende.
- Ajustar a altura da superfície de apoio de acordo com as necessidades do utilizador.
- O cuidado com a estabilidade do paciente e evitar lesões.
- A localização e a compatibilidade com os níveis de proteção do cuidado.

5

Posicionamentos

6

Cuidados a ter:

- Realizar o posicionamento com cuidado anti-espástico.
- Cuidados com o nível de trabalho.
- Respeitar as situações, necessidades, o cuidado, as situações, as situações de trabalho.
- Ajustar o cuidado.

7

Padrão espástico

8

Posicionamento anti-espástico

9



10



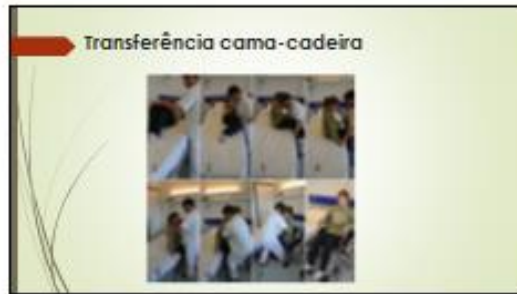
11



12



13



14



15



16



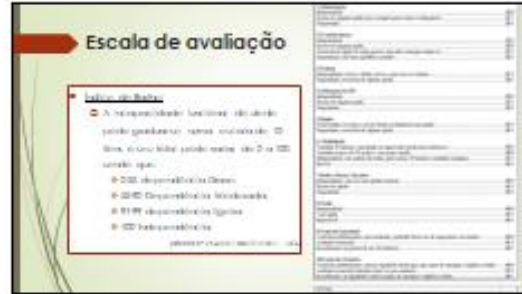
17



18



19



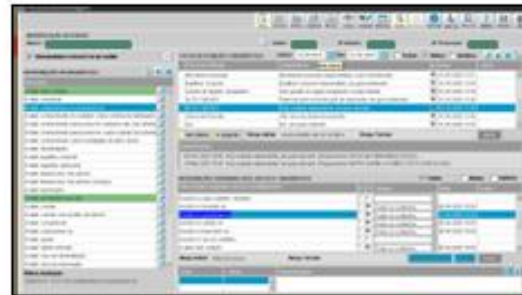
20



21



22



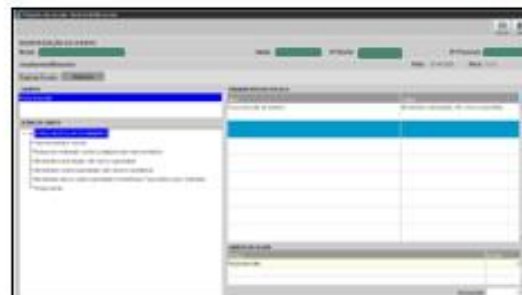
23



24



25



26



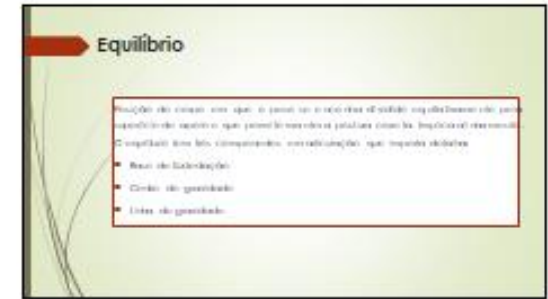
27



28



29



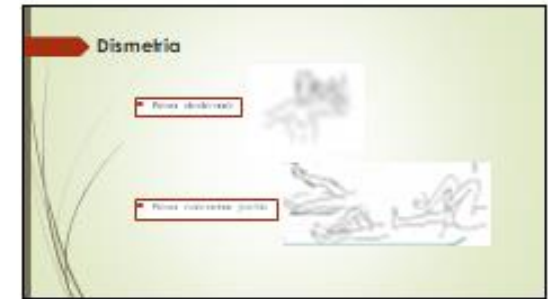
30



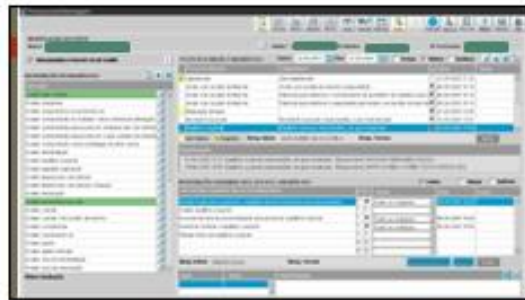
31



32



33



34



35



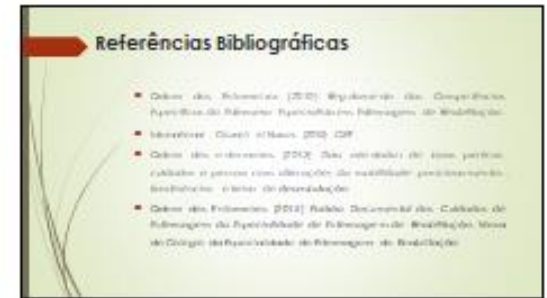
36



37



38



39



40



41

APÊNDICE VII – AVALIAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ANO LECTIVO DE 2020/2021

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Estudante: Raquel Conceição Marques Jardim Nº 543

Data: 05/04/2021 a 14/05/2021

Horas: 80 + 172,5

Instituição:

Serviço/Unidade:

Orientador Clínico:

Docente: Ricardo Braga

Classificação (Entrevista Aval. Sumativa):
Valores

Classificação Final na UC: _____ Valores
Regente _____

Para ter aproveitamento o estudante não pode ter mais do que dois critérios de avaliação com classificação insuficiente inferior a 10 valores, no total, sendo que não pode ter mais do que um critério com avaliação insuficiente num mesmo Resultado de Aprendizagem.

Instruções de preenchimento

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

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

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

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO				
5. ASSUME UMA CONDUTA PROMOTORA DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E DA PROFISSÃO E DO SEU PROJETO DE FORMAÇÃO		Av. Interc.	Av. Final	
Processo de aprendizagem para o desenvolvimento pessoal e da profissão				
- Revela iniciativa e responsabilidade na identificação de situações de aprendizagem de crescente complexidade;		MB	E	
- Revela capacidade de autoavaliação do seu desempenho e solicita orientação de modo sistemático, adequando o seu comportamento e atitude perante a crítica construtiva;		MB	E	
- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento atualizado, na área da especialidade;		B	MB	
- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;		B	MB	
Processo de aprendizagem relativo ao desenvolvimento do seu processo de formação				
- Implementa o seu projeto de formação, contextualizando-o nos diferentes locais de estágio;		MB	E	
- Introduce aspectos inovadores decorrentes do seu projeto de formação nos contextos de prática de cuidados ou nos contextos de prática;		B	MB	
Insuficiente (Insuf.) (4-10)	Suficiente (S) (11-13)	Bom (B) (14-16)	Muito Bom (MB) (17-19)	Excelente (E) (20 ou + 18)
Realiza sistematicamente com superficialidade ou modo muito incompleto/ não integra as orientações	Realiza algumas vezes com pouca profundidade ou de modo incompleto, mas minimamente aceitável com pouca integração das orientações	Realiza frequentemente com profundidade ou de modo quase completo/ integra a maioria das orientações	Realiza quase sempre/ com muita profundidade ou de modo muito completo/ com elevada capacidade de integração das orientações	Realiza sistematicamente com elevada profundidade e de modo totalmente completo/ com excepcional capacidade de integração das orientações ou elevada capacidade de autoavaliação

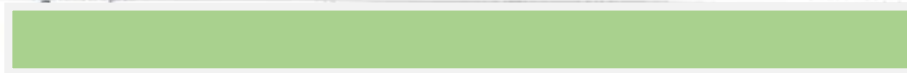
APRECIACÃO GERAL INTERCALAR/Avaliação Formativa
(apreciação sistémica que orienta o estudante e os orientadores)

Está a gostar muito do EC que está a ser enriquecedor.
Teve a oportunidade de cuidar de clientes com várias necessidades, tendo conseguido desenvolver o seu projeto de estágio.
O seu desempenho tem melhorado progressivamente.
Pode desenvolver ainda mais a transição para a comunidade, conhecer quais os recursos existentes.
A orientadora considera que a Raquel tem bons conhecimentos teóricos e uma boa motivação para as aprendizagens. Fundamenta as suas intervenções.
Tem desenvolvido competências também junto da família, o que foi uma mão-vida quer para o cliente quer para a estudante.
Elaborou um documento informativo e explicativo para a família, para facilitar a transição e reabilitação no domicílio.
Mais autónoma no planeamento e prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.
Além da componente motora (alvo do projeto) tem desenvolvido competências nas diferentes áreas de enfermagem de reabilitação.
Até ao momento ainda não enviou nenhum documento ao professor.

AVALIAÇÃO INTERCALAR
Tome conhecimento, o
Estudante

Orientador Clínico

Data: 15/04/2021
Docente



APRECIÇÃO GERAL FINAL/Avaliação Sumativa

A Raquel refere que apresentou uma evolução positiva ao longo do EC, tendo para isso contribuído as necessidades dos clientes de quem cuidou. Aprendeu muito ao longo do EC.

Conseguiu implementar o projeto de EC, desenvolvendo praticamente todas as atividades definidas. Notou com o mesmo permitiu melhorar o *outcome* dos clientes.

Na sua opinião autoavalia-se em MB/E.

A orientadora considera que o EC se desenvolveu de forma muito favorável. Bons conhecimentos teóricos o que facilitou o desenvolvimento do EC. As características dos clientes de quem cuidou permitiram desenvolver competências como enfermeira especialista nas diferentes áreas.

Bom integração na equipa inter-disciplinar, tendo articulado de forma adequada com os diferentes intervenientes.

Atribui a menção qualitativa de excelente (19).

Referiu que ao longo do EC não foram entregues os documentos definidos no documento orientador, o que não permite uma avaliação mais objetiva do percurso. A Raquel referiu que o facto de realizar muitos turnos seguidos se revelou uma sobrecarga, dificultando a elaboração dos documentos.

Ficou acordado que iria enviar o material produzido para que fosse apreciado, permitindo atribuir a nota final de EC que como definido, tem em conta a vertente clínica e a vertente pedagógica. O material enviado será alvo de apreciação e feedback.

AVALIAÇÃO INTERCALAR		Data: 02/08/2021
Nome do Estudante:	Orientador Clínico:	Docente:
<div style="background-color: #c8e6c9; height: 20px; width: 100%;"></div>		

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

ANO LECTIVO DE 20 / 21

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	
Estudante: <u>Maquiel Carmeiro Marques Jardim nº 549</u>	
Data: <u>17, 05, 2021, 30, 06, 2021</u>	
Horas: <u>186</u>	
Instituição:	<u>[REDACTED]</u>
Serviço/Unidade:	<u>[REDACTED]</u>
Orientador Clínico:	<u>[REDACTED]</u>
Docente:	<u>Ricardo Brog</u>
Classificação (Entrevista Aval. Sumativa):	Classificação Final na UC:
Valores	Valores Regente

Para ter aproveitamento o estudante não pode ter mais do que dois critérios de avaliação com classificação insuficiente inferior a 10 valores, no total, sendo que não pode ter mais do que um critério com avaliação insuficiente num mesmo Resultado de Aprendizagem.

Instruções de preenchimento

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

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

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

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

Insuficiente (Insuf.) (1-10)	Suficiente (S) (11-13)	Bom (B) (14-15)	Muito Bom (MB) (16-17)	Excelente (E) (18-20)
Realiza, raramente, com superficialidade ou modo muito incompleto, não integra as orientações	Realiza algumas vezes/ com pouca profundidade ou de modo incompleto, mas relativamente aceitável/ com pouca integração das orientações	Realiza, frequentemente/ com profundidade ou de modo quase completo/ integra a maioria das orientações	Realiza quase sempre/ com muita profundidade ou de modo muito completo/ com elevada capacidade de integração das orientações	Realiza sistematicamente com elevada profundidade e de modo totalmente completo/ com excepcional capacidade de integração das orientações ou elevada capacidade de autoaprendizagem

APRECIÇÃO GERAL INTERCALAR/Avaliação Formativa
(apreciação sintética que norteia o estudante e os orientadores)

Bem integrada. Sente que está a desenvolver as competências como B&B.
A orientadora considera que o O.C. está a desenvolver muito bem.
Coloca questões pertinentes. Está a adequar-se às carenças e necessidades dos clientes no domínio das competências, as diferentes áreas de intervenção do B&B. Ainda não entregou plano de cuidados.

AVALIAÇÃO INTERCALAR		
Título conhecimento, o Estudante	Orientador Clínico	Docente
[Redacted]		

APRECIÇÃO GERAL FINAL/Avaliação Sumativa

Considera que avaliação de forma muito positiva a longo do B.C. Considera a aquisição muito positiva. Ela avalia uma formação com muito. Considera melhoras necessárias da comunidade. A estudante classifica-se em MB. A orientadora considera que o O.C. está ao nível do MB. Tem mais segurança na avaliação dos clientes. Tem oportunidade de trabalhar com diferentes intervenções

AVALIAÇÃO INTERCALAR		
Título conhecimento, o Estudante	Orientador Clínico	Docente
[Redacted]		

* Continua melhorar muito nos diferentes aspectos do trabalho.

