



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Inês Sofia Serrote Trindade

Orientação: Professor Doutor Luís Sousa

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Inês Sofia Serrote Trindade

Orientação: Professor Doutor Luís Sousa

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Inês Sofia Serrote Trindade

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano Pedro

Arguente: Professor Doutor Rogério Ferreira

Orientador: Professor Doutor Luís Sousa

Data: 26/11/2020

Agradecimentos

Ao meu orientador, professor Luís Sousa pelo acompanhamento e disponibilidade na orientação do Estágio Final e na elaboração do presente Relatório de Estágio.

À Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Arronches, Enfermeira Deolinda Pinto, pelo apoio e incentivo para frequentar esta formação e por disponibilização de horário para poder frequentar as aulas teóricas e a prática clínica.

Aos meus colegas de trabalho, por apoio e encorajamento durante este percurso e por terem sempre tido disponibilidade de trocar horários de modo a facilitar este processo.

Ao meu marido, aos meus pais e à minha irmã pela compreensão, apoio e paciência no decorrer desta etapa da minha vida e a quem dedico este trabalho.

RESUMO

Enquadramento: O surgimento de doenças agudas e consequentemente a sua evolução para doenças crónicas, leva a que cada vez mais existam pessoas em situação de dependência. A transição para o estado de dependência, por vezes, torna-se, para o próprio indivíduo, difícil de gerir, tanto como para a própria família, que frequentemente assume o papel de cuidador. É por isso essencial, que a Enfermagem de Reabilitação se centre na dependência das pessoas, de forma a garantir a máxima independência, capacitando-as para o autocuidado.

Objetivo: Descrever o processo de aquisição de competências de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre, as atividades desenvolvidas no Estágio Final e evidenciar os ganhos sensíveis a um programa de enfermagem de reabilitação. **Metodologia:** Implementou-se uma estratégia de intervenção profissional, com base na metodologia de estudo de caso, na Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Orem, na Teoria das Transições de Meleis e avaliação dos resultados na capacitação para o autocuidado. Foi selecionada uma amostra por conveniência com os critérios de inclusão, situação de dependência após Acidente Vascular Cerebral, que comprometia a sua capacidade funcional para o autocuidado. **Resultados:** Os dados recolhidos antes e após as intervenções do enfermeiro de reabilitação indiciam uma melhoria da funcionalidade da pessoa, reduzindo a dependência no autocuidado, proporcionando ganhos em saúde. **Conclusão:** O desenvolvimento de competências de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre, inicialmente planeadas foram adquiridas, tendo contribuído para a melhoria funcional das pessoas abrangidas pela intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Descritores: Capacitação; Enfermagem em Reabilitação; Autocuidado; Acidente Vascular Cerebral

ABSTRACT

Framework: The emergence of acute illness and consequently its evolution to chronic illness, leads to more and more people in a situation of dependency. The transition to a state of dependency sometimes becomes difficult for the individual to manage, as well as for the family, who often assume the role of caregiver. It is therefore essential for Rehabilitation Nursing to focus on people's dependence, in order to guarantee maximum independence, enabling self-care.

Objective: Describe the process of acquiring Rehabilitation Nursing and Master's skills, the activities developed in the Final Internship and highlight the significant gains with a rehabilitation nursing program. **Methodology:** A professional intervention strategy was implemented, based on the case study methodology, on Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory, the Meleis Transition Theory and evaluation of the results in training for self-care. A convenience sample was selected based on the inclusion criteria, a situation of dependence after a stroke, which compromised their functional capacity for self-care. **Results:** The data collected before and after the rehabilitation nurse's intervention indicate an improvement in the person's functionality, reducing self-care dependence, providing health gains. **Conclusion:** The development of Rehabilitation Nursing and Master's skills, initially planned, were acquired, having contributed to the functional improvement of the people covered by the intervention of the rehabilitation nurse.

Descriptors: Training; Rehabilitation Nursing; Self-Care; Stroke

LISTAGEM DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
ACA – Artéria Cerebral Anterior
ACM – Artéria Cerebral Média
AIT - Acidente Isquémico Transitório
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
APA – American Psychological Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CR – Cadeira de Rodas
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER – Enfermeiro de Reabilitação
DGS – Direção-Geral da Saúde
GUSS - Gugging Swallowing Screen
HTA – Hipertensão Arterial
INE – Instituto Nacional de Estatística
Kg – Kilograma
MCR - Monitorização Cardiorrespiratória
MIF – Medida de Independência Funcional
MID – Membro inferior direito
MIE – Membro inferior esquerdo
MIF – Medida de Independência Funcional
MSD – Membro superior direito
MSE – Membro superior esquerdo
NA – Não Avaliado
NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale
OE – Ordem dos Enfermeiros
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SNG – Sonda Nasogástrica
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPAVC - Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

SU – Serviço de Urgência

UAVC – Unidade de AVC

WHO – World Health Organization

Índice

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1.1. AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA	22
1.2. CAPACITAÇÃO	22
1.3. AUTOCUIDADO	24
1.4. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	24
1.5. QUALIDADE DE VIDA	25
2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	26
2.1. HOSPITAL DO GRUPO II	26
2.1.1. Unidade de AVC	27
2.2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO-ALVO – PESSOA COM AVC	28
2.2.1. Fisiopatologia do AVC	28
2.2.2. Manifestações clínicas do AVC	29
2.2.3. Avaliação da Pessoa com AVC	31
2.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO REALIZADAS NO DECORRER DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	33

2.3.1. Posicionamento terapêutico.....	33
2.3.2. Mobilizações.....	35
2.3.3. Atividades terapêuticas.....	39
2.3.4. Treino de Marcha.....	41
2.3.5. Treino de ABVD.....	42
3. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	44
3.1. TRABALHOS DE MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	44
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL– “CONTRIBUTO DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO NA PESSOA COM DEPENDÊNCIA”	45
4.1. METODOLOGIA.....	46
4.1.1. Colheita de Dados.....	46
4.1.2. Questões Éticas.....	48
4.2. RESULTADOS.....	49
4.3. DISCUSSÃO.....	57
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	66
5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	66

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	72
5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	74
CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
APÊNDICES.....	87
Apêndice I – Caracterização do Hospital do Grupo I e Serviço de Ortopedia.....	88
Apêndice II - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Estudo de Caso.....	91
Apêndice III - Folheto informativo.....	120
Apêndice IV - Plano de Sessão de Formação.....	122
Apêndice V - Proposta de Projeto de Estágio.....	124
Apêndice VI - Projeto de Intervenção Profissional.....	128
Apêndice VII - Consentimento informado dos participantes para inclusão no projeto.....	133
Apêndice VIII - Caso clínico da Pessoa A.....	136
Apêndice VIX - Caso clínico da Pessoa B.....	147
Apêndice X - Caso clínico da Pessoa C.....	154
Apêndice XI - Caso clínico da Pessoa D.....	173
Apêndice XII - Caso clínico da Pessoa E.....	183

Apêndice XIII - Caso clínico da Pessoa F	198
Apêndice XIV - Caso clínico da Pessoa G	205
Apêndice XV - Caso clínico da Pessoa H	214
Apêndice XVI - Caso clínico da Pessoa I	222
Apêndice XVII - Caso clínico da Pessoa J	235
ANEXOS	241
Anexo I - Declaração de Aceitação de Orientação de Estágio	242
Anexo II - Deliberação do Projeto de Intervenção	244
Anexo III - Escala de Coma de Glasgow	246
Anexo IV - Escala NIHSS	248
Anexo V - Escala de Barthel	256
Anexo VI – MIF	258
Anexo VII - Escala de Equilíbrio de Berg	261
Anexo VIII - Escala de GUSS	267

Índice de Quadros

Quadro 1 - Manifestações clínicas do AVC.....	29
Quadro 2 – Mobilizações.....	36
Quadro 3 - Resumo do caso clínico de cada participante.....	51
Quadro 4 - Resumo dos dados colhidos através dos instrumentos de avaliação para cada participante.....	53
Quadro 5 - Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação identificados para cada participante.....	56
Quadro 6 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa A.....	137
Quadro 7 - Primeira avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa A.....	139
Quadro 8 - Primeira avaliação da MIF da Pessoa A.....	140
Quadro 9 - Primeira avaliação da Escala de Barthel da Pessoa A.....	141
Quadro 10 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa A.....	143
Quadro 11 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa B.....	148
Quadro 12 - Primeira Avaliação da MIF da Pessoa B.....	149
Quadro 13 - Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa B.....	150
Quadro 14 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa B.....	150
Quadro 15 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa C.....	155
Quadro 16 - Primeira avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa C.....	158
Quadro 17 - Primeira Avaliação da MIF da Pessoa C.....	159
Quadro 18 - Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa C.....	161
Quadro 19 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa C no 1º internamento.....	162
Quadro 20 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa C no 2º internamento.....	166
Quadro 21 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa D.....	174
Quadro 22 - Primeira avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa D.....	176
Quadro 23 - Primeira Avaliação da MIF da Pessoa D.....	177
Quadro 24 - Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa D.....	178
Quadro 25 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa D.....	180
Quadro 26 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa E.....	184
Quadro 27 - Primeira avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa E.....	186

Quadro 28 - Primeira Avaliação da MIF da Pessoa E.....	187
Quadro 29 - Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa E.....	188
Quadro 30 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa E.....	190
Quadro 31 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa F.....	199
Quadro 32 - Primeira Avaliação da MIF da Pessoa F.....	200
Quadro 33 - Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa F.....	201
Quadro 34 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa F.....	201
Quadro 35 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa G.....	206
Quadro 36 - Primeira Avaliação da MIF da Pessoa G.....	208
Quadro 37 - Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa G.....	209
Quadro 38 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa G.....	211
Quadro 39 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa H.....	215
Quadro 40 - Primeira Avaliação da MIF da Pessoa H.....	216
Quadro 41 - Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa H.....	218
Quadro 42 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa H.....	219
Quadro 43 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa I.....	223
Quadro 44 - Primeira avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa I.....	225
Quadro 45 - Primeira Avaliação da MIF da Pessoa I.....	226
Quadro 46 - Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa I.....	227
Quadro 47 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa I.....	229
Quadro 48 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa J.....	236
Quadro 49 - Primeira Avaliação da MIF da Pessoa J.....	237
Quadro 50 - Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa J.....	238
Quadro 51 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa J.....	238
Quadro 52 - Escala de Coma de Glasgow.....	247

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Fluxograma.....	50
Gráfico 2 - Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa A.....	138
Gráfico 3 - Evolução do score de cada item da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa A.....	139
Gráfico 4 - Evolução do score total da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa A.....	140
Gráfico 5 - Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa A.....	141
Gráfico 6 - Evolução no score total da avaliação da MIF da Pessoa A.....	141
Gráfico 7 - Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa A.....	142
Gráfico 8 - Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa A.....	142
Gráfico 9 - Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa C no 1º internamento.....	157
Gráfico 10 - Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa C no 2º internamento.....	157
Gráfico 11 - Evolução do score de cada item da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa C no 2º Internamento.....	158
Gráfico 12 - Evolução do score total da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa C no 2º Internamento.....	159
Gráfico 13 - Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa C no 1º Internamento.....	160
Gráfico 14 - Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa C no 2º Internamento.....	160
Gráfico 15 - Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa C.....	161
Gráfico 16 - Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa C no 2º Internamento.....	162
Gráfico 17 - Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa C no 2º Internamento.....	162
Gráfico 18 - Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa D.....	175
Gráfico 19 - Evolução do score de cada item da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa D.....	176
Gráfico 20 - Evolução do score total da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa D.....	177
Gráfico 21 - Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa D.....	178
Gráfico 22 - Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa D.....	178
Gráfico 23 - Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa D.....	179
Gráfico 24 - Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa D.....	179

Gráfico 25 - Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa E.....	185
Gráfico 26 - Evolução do score de cada item da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa E.....	186
Gráfico 27 - Evolução do score total da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa E.....	186
Gráfico 28 - Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa E.....	188
Gráfico 29 - Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa E.....	188
Gráfico 30 - Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa E.....	189
Gráfico 31 - Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa E.....	189
Gráfico 32 - Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa G.....	207
Gráfico 33 - Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa G.....	209
Gráfico 34 - Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa G.....	209
Gráfico 35 - Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa G.....	210
Gráfico 36 - Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa G.....	210
Gráfico 37 - Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa H.....	217
Gráfico 38 - Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa H.....	217
Gráfico 39 - Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa H.....	218
Gráfico 40 - Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa H.....	219
Gráfico 41 - Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa I.....	224
Gráfico 42 - Evolução do score de cada item da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa I.....	225
Gráfico 43 - Evolução do score total da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa I.....	226
Gráfico 44 - Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa I.....	227
Gráfico 45 - Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa I.....	227
Gráfico 46 - Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa I.....	228
Gráfico 47 - Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa I.....	228

INTRODUÇÃO

O presente relatório, elaborado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Reabilitação, surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio do 3^a Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, designadamente, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Este documento, tem como finalidade a apresentação do relatório do Estágio Final que se realizou na Unidade de AVC de um Hospital do Grupo II da região do Alentejo e no Serviço de Ortopedia de um Hospital do Grupo I da região do Alentejo, compreende a exposição pormenorizada do processo de desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção profissional de Enfermagem de Reabilitação, em concreto, um projeto de capacitação da pessoa dependente no autocuidado após surgimento de AVC, do processo de aquisição de competências de mestre e especialista e de todas as atividades e estratégias desenvolvidas no decorrer do respetivo estágio.

Visto ser uma intervenção e um estudo relacionado com pessoas, houve necessidade de avaliação e o parecer do Conselho Técnico-Científico.

Em enfermagem, podemos falar em formação contínua, que é disto que aqui estamos a tratar, um processo de investigação que permite adquirir conhecimentos e aprofundar outros já adquiridos. (Barata, 2017) A formação pode entender-se como, “(...) processo individual, que centrado no desenvolvimento e destinado a adquirir ou aperfeiçoar capacidades.” (Barata, 2017, p. 130).

A formação em Enfermagem de Reabilitação, compreende três etapas, a preparação para ser prestador de cuidados generalistas, adquirir conhecimentos e aptidões especializadas na área da enfermagem de reabilitação e por fim, aquela que diz respeito à prática de cuidados, que exige perícia neste domínio (Hesbeen, 2003a).

Sendo assim, é de extrema importância a realização deste relatório, pois, “este trabalho, revela-se como uma primeira síntese, uma primeira perspetivação dos saberes escolares

adquiridos, das situações clínicas encontradas e de um pensamento construído, fundamentado e referenciado.” (Hesbeen, 2003a, p. 121).

Um relatório, não é mais do que um trabalho de investigação, no qual são redigidos os principais componentes de uma investigação, tais como, o problema, os objetivos, o quadro de referência, os métodos e os resultados de investigação (Fortin, 1999a).

Posto isto, os objetivos de aprendizagem da Unidade Curricular Relatório de Estágio são: Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre as práticas; Fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica; Descrever e avaliar o desenho e a implementação de projeto de intervenção; Apresentar um relatório para provas públicas.

O estágio final, a que faz referência este relatório, foi realizado em contexto de prestação de cuidados especializados, a pessoas com alterações da funcionalidade, sob supervisão de um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Apesar de o projeto de intervenção profissional incidir na pessoa dependente com AVC, é feita uma breve caracterização do Serviço de Ortopedia do Hospital do Grupo I (Apêndice I), onde também se realizou o estágio final, bem como, é feita uma análise das competências adquiridas nesse mesmo estágio.

Assim sendo, os objetivos de aprendizagem da Unidade Curricular Estágio Final são: Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; Implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; Diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos, neurológicos de origem traumática, ortopédicos e ortotraumatológico; Capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; Desenvolver programas de treino de AVD e de utilização de ajudas técnicas; Gerir os cuidados, e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Os ensinamentos clínicos ou mais comumente chamados, os estágios, são realizados em diversas etapas de formação dos enfermeiros, em instituições de saúde ou na comunidade. Os estágios são preconizados para completarem a formação teórico-prática, levando a que o estudante seja treinado na medida das competências adquiridas, para ser preparado para o contexto profissional (Silva & Silva, 2016).

Nos dias de hoje, são muitas as pessoas que sofrem de doenças que as incapacitam e impossibilitam de fazer a sua vida diária tornando-se dependentes de outras pessoas (Pontes, 2017).

Por vezes, a situação de dependência torna-se difícil de gerir em diversos aspetos, nomeadamente a nível familiar, sendo que os familiares mais próximos da pessoa dependente acabam por ser aqueles que prestam os cuidados, tornando-se em cuidadores informais (Martins, Martins & Martins, 2017).

A Enfermagem de Reabilitação deve centrar-se na dependência das pessoas, de forma a garantir a máxima independência, capacitando a pessoa para o autocuidado (Petronilho & Machado, 2017). Posto isto, este trabalho é desenvolvido tendo por base a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem em 1967 e que foi publicada pela primeira vez em 1971.

Outra das teorias que serviu por base à elaboração deste trabalho, foi a Teoria das Transições de Meleis, que nos diz que

(...) a transição é uma passagem de um estado estável para outro estado estável a partir de um processo que emerge a partir de uma mudança, por isso as transições tornam-se dinâmicas, mas também marcos de viragem, podendo ser caracterizadas a partir deste processo ou de resultados finais (Sousa, Martins & Novo, 2020, p. 66).

Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ensina e capacita a pessoa, podendo ou não utilizar produtos de apoio, para que esta possa realizar os cuidados da forma mais independente.

A especialidade de enfermagem de reabilitação teve início no ano 1964 de uma forma muito rudimentar. O Governo Português abriu o primeiro Centro de Reabilitação de Portugal em Lisboa, devido aos mutilados da guerra que chegavam das ex-colónias e as enfermeiras responsáveis foram aprender a especialidade nos Estados Unidos (Schoeller, Martins, Ribeiro, Lima, Padilha & Gomes, 2018). A evolução da especialidade ao longo das décadas, permitiu que a disciplina se tornasse no que é hoje, forma enfermeiros que têm por objetivo, ensinar e capacitar as pessoas para a realização das atividades diárias potenciando a sua capacidade funcional (Hoeman, 2011).

A Reabilitação é uma área dinâmica, contínua, progressiva, com vista a atingir a capacidade funcional do indivíduo, de forma a reintegrá-lo na sua família e comunidade (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012).

A Reabilitação é um processo que contempla a participação de vários intervenientes, ou seja, profissionais de saúde, utentes, famílias e cuidadores. É um processo que permite que a pessoa desenvolva as capacidades perdidas, sendo uma das variáveis desse processo, o autocuidado, com vista a promover a qualidade de vida da pessoa dependente, aumentando o seu nível de independência (Santos, 2017).

Para a construção deste trabalho, centramo-nos no Acidente Vascular Cerebral (AVC), como patologia base e causadora de dependência do público-alvo. O AVC ocorre de forma súbita, causando alterações na pessoa que pode levar a imobilidade e consequente dependência nas AVD. O AVC é uma das doenças com taxa elevada de prevalência a nível mundial (Marques-Vieira, Sousa e Braga, 2017). O AVC assume uma grande relevância em termos de saúde pública e constitui a primeira causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011).

“A reabilitação é um processo centrado no doente e orientado por objetivos, que começa no dia após o AVC, com a finalidade de melhorar a funcionalidade e alcançar o maior nível de independência possível, física e psicologicamente, mas, também, social e economicamente.”¹

Este relatório foi realizado com base no programa de reabilitação implementado durante o Estágio Final, compreendido entre 17 de Setembro e 25 de Novembro, na Unidade referida anteriormente.

Com a elaboração deste relatório pretende-se uma exposição detalhada e análise dos processos desenvolvidos para a materialização dos objetivos mencionados anteriormente, sobretudo, nas atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Foi apresentado e analisado o desenvolvimento do projeto de intervenção profissional de Enfermagem de Reabilitação de capacitação para o autocuidado da pessoa dependente com AVC e sobre os resultados alcançados através da sua implementação no contexto de prática de cuidados, que decorreu durante o Estágio Final.

Acredita-se que através da realização deste trabalho, foram obtidos resultados que podem ser um importante contributo para o desenvolvimento do conhecimento ligado à Enfermagem de Reabilitação e para a promoção das intervenções implementadas pelo EEER.

Este relatório, foi organizado respeitando as diretrizes da Unidade Curricular Relatório. Assim sendo, após esta introdução ao relatório e ao tema, foi realizado o enquadramento teórico de modo a clarificar alguns conceitos, como, autonomia/independência, capacitação, autocuidado, atividades de vida diária e qualidade vida, conceitos esses, que permitem clarificar o interesse do tema aqui tratado. De seguida, é feita a apreciação do contexto no qual foi realizado o estágio e a análise da população-alvo, a pessoa com AVC, descrevendo a fisiopatologia do AVC, as suas manifestações clínicas, bem como a avaliação da pessoa com AVC. Posteriormente é descrito as intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas no decorrer do estágio, as estratégias de intervenção profissional, incluindo os trabalhos de melhoria que foram realizados no decorrer do estágio. De seguida é apresentado o projeto de intervenção profissional, com as

¹ Despacho nº 054/2011 da Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 6

etapas que o incluíram, a metodologia utilizada, descrevendo os instrumentos de colheita de dados que foram utilizados e as questões éticas subjacentes ao estudo permitindo a participação livre e esclarecida das pessoas intervenientes no estudo, apresentação dos resultados obtidos de modo a perceber o contributo da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, terminando com a Discussão. Por último é apresentada uma análise reflexiva das competências adquiridas, a conclusão e fazendo referência à bibliografia consultada. Apresenta-se também informação para consulta em apêndices e anexos.

O projeto de intervenção, já aqui referido anteriormente, tem como objetivos: avaliar a capacitação para o autocuidado da pessoa dependente com AVC, aprofundar e adquirir competências na prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa e identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação para o autocuidado na pessoa com AVC.

Este trabalho foi elaborado, tendo em conta a linguagem Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) e com a caracterização de Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, preconizados pela OE, no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015a).

A redação deste relatório respeita o Regulamento do Estágio Final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde e, no que respeita à referenciação, obedece às normas do *Publication Manual* da American Psychological Association (APA). Refira-se ainda que para a elaboração deste relatório procurou-se respeitar o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA

Os conceitos Autonomia e Independência podem facilmente ser confundidos, embora tenham alguns aspetos em comum, mas com muitas diferenças.

O conceito de Autonomia que está definido pela CIPE, refere-se como sendo um direito da pessoa, sendo o status de autogovernar e auto-orientação.

A Autonomia é a capacidade que a pessoa tem de controlar, lidar e de tomar decisões pessoais acerca da forma como vive o seu dia-a-dia, tendo em conta os seus hábitos e preferências (World Health Organization [WHO], 2002).

De acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem, a autonomia de uma pessoa diz respeito à liberdade de ação com capacidade de escolha. As pessoas autónomas são capazes de escolher e agir de acordo com os planos por si estipulados. Por isso, é essencial que a pessoa tenha a informação prévia suficiente, de forma a que possam ser livres e esclarecidas, tomando decisões para a sua vida da forma mais autónoma e informada possível (OE, 2015b).

A pessoa que cuidamos deverá ser autónoma, livre e responsável, sendo que o objetivo central do cuidado deve ser a pessoa tratar de si mesma e não sendo esta um meio para atingir qualquer outro objetivo (Branco e Santos, 2010 cita Vieira, 1995).

Independência refere-se à capacidade de executar funções e tarefas relacionadas com a vida diária, isto é, pode entender-se com a capacidade que a pessoa tem de viver de modo independente na comunidade sem a ajuda de terceiros (WHO, 2002).

Resumindo os conceitos, a Independência refere-se à capacidade de executar tarefas da vida diária sem ajuda de terceiros e a Autonomia é a capacidade de tomada de decisão que a pessoa tem, de forma livre e esclarecida.

1.2. CAPACITAÇÃO

Capacitação é dos conceitos mais importantes e imprescindíveis que foi definido neste trabalho. O EEER intervém de forma a que a pessoa com AVC se torne independente ou reduza a sua dependência de outras pessoas para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), capacitando-a para o autocuidado.

Capacitar “(...) é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. (...) Exercer a capacitação é assim um processo que envolve domínios cognitivo, físico e material.” (Reis & Bule, 2017, p. 57).

O conhecimento supramencionado, refere-se a saberes construídos através de valores individuais que se vão alterando ao longo da vida, sendo estes influenciados por fatores sociais, culturais e religiosos. Esta construção do conhecimento vai condicionar a decisão e ação da pessoa (Reis & Bule, 2017).

De forma mais clara, a capacitação “(...) traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como sejam comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se, eliminar, entre outras.” (Reis & Bule, 2017, p. 57).

Apesar de este trabalho ter sido focado nas atividades básicas, a capacitação também pode ser realizada no âmbito das atividades instrumentais, procurando a integração na comunidade, como seja aprender a usar transportes mediante a sua nova condição, fazer compras, ter controlo da própria saúde, entre outras (Reis & Bule, 2017).

A atuação do EEER e a relação terapêutica que estabelece com a pessoa, permite-lhe conhecer a pessoa, tendo em consideração os seus hábitos e o seu nível de saúde. O EEER, ajuda na descoberta, promoção e desenvolvimento do potencial individual da pessoa tornando este capaz de contribuir para a objetivação do seu projeto de saúde, assistindo-a na re aquisição de capacidades e autonomia (Branco & Santos, 2010).

“A Enfermagem de Reabilitação tem como finalidade ajudar as pessoas a aproveitar o máximo das suas capacidades.” (Branco & Santos, 2010, p.112).

O Enfermeiro de Reabilitação, no exercício da sua prática clínica e possuindo um conjunto de saberes e de competências específicas, deve planear o programa de reabilitação, mobilizando todas as capacidades da pessoa, promovendo assim, o autocuidado e por consequência a sua autonomia, tornando a pessoa um parceiro para a sua própria capacitação para o autocuidado (Branco & Santos, 2010).

Tendo por base o conceito de autonomia, a capacidade para o autocuidado assume um papel primordial, permitindo a satisfação de um conjunto de necessidades, em especial as necessidades humanas básicas (Branco & Santos, 2010).

O EEER trabalha em parceria com a pessoa e a família, na preparação do regresso a casa, focando-se nas capacidades da pessoa e da família e nos meios disponíveis em casa e não nas incapacidades provenientes do AVC, habilitando e consciencializando a pessoa/família que todas as atividades são possíveis, de forma personalizada e adaptada aos meios da sua casa (Branco & Santos, 2010).

O EEER no programa de reabilitação que elabora, deverá sempre ter em consideração a capacidade funcional que a pessoa demonstra para executar as tarefas diárias (Reis & Bule, 2017).

Posto isto, a capacidade funcional da pessoa traduz-se na aptidão para viver de forma autónoma e independente, tanto a nível físico e mental, bem como socialmente e intimamente ligada a fatores físicos, mentais, sociais, económicos e ambientais (Reis & Bule, 2017).

1.3. AUTOCUIDADO

“Autocuidado é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal.” (Petronilho, 2012, p. 11).

O “(...) autocuidado é entendido como a perceção, a capacidade e os comportamentos dos indivíduos em realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e gerir as doenças.” (Petronilho, 2012, p. 92).

Dorothea Orem em 2001, define o Autocuidado como uma função humana reguladora, sendo uma ação deliberadamente realizada pela própria pessoa, para regular o seu funcionamento e desenvolvimento. Isto é, são ações realizadas de forma a garantir os requisitos necessários para a manutenção da integridade humana (Petronilho & Machado, 2017).

“Um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado entendido este como “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida”² atingindo, assim um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação” (OE, 2015a, p. 2).

1.4. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

As Atividades de Vida Diária, “(...) refere-se, no contexto da reabilitação, ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia.” (OE, 2011a, p. 1).

“As atividades de vida pessoais e instrumentais são reflexo da autonomia e da independência e prendem-se com a funcionalidade e a qualidade de vida (Reis & Bule, p. 57). Estas atividades podem se dividir em dois grupos, as Atividade Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Vigia, Ferreira & Sousa, 2017).

² Ordem dos Enfermeiros (2011a)

As ABVD, são as de cuidado pessoal, sendo elas, controlo do intestino, controlo da bexiga, higiene pessoal, uso da sanita, alimentação, transferências, mobilidade, vestir, escadas e banho.

As AIVD, são consideradas as atividades domésticas e comunitárias.³

Em Portugal, os principais instrumentos de avaliação das ABVD são, o Índice de Barthel, o Índice de Katz e a Medida de Independência Funcional. Sendo assim, os instrumentos mais usados para avaliar as AIVD são, o Índice de Lawton & Brody e a Frenchay activity index (Vigia et al., 2017).

A maioria dos instrumentos de avaliação acima referidos, apresentam resultados com base nas propriedades métricas em pessoas com lesões medulares ou AVC e pessoas idosas, no entanto, estes instrumentos apresentam escassez de estudos de validade preditiva e análise de responsividade (Vigia et al., 2017).

1.5. QUALIDADE DE VIDA

Um dos objetivos principais para a Enfermagem de Reabilitação é a Qualidade de Vida, sendo esta entendida na perspetiva da própria pessoa (Branco & Santos, 2010).

A Qualidade de Vida pode ser definida como as capacidades e características psicossociais que descrevem a funcionalidade e permitem a satisfação com a vida por parte do indivíduo. A qualidade de vida compreende componentes, como as interações sociais, desempenho funcional, funcionamento intelectual, perceções e saúde subjetiva (Hayes & Phipps, 2011).

É a perceção que um indivíduo tem da sua posição na vida, os valores pelos quais se rege e a forma como vive tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O conceito de Qualidade de Vida é vasto e incorpora de forma complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de independência social, relacionamentos com os outros, crenças pessoais e a relação que tem com o meio ambiente (WHO, 2002)

Segundo a mesma organização, à medida que as pessoas envelhecem, a sua qualidade de vida é determinada pela capacidade de manter a sua autonomia e independência, podendo vir a depender de familiares/cuidadores (WHO, 2002).

³ Parecer nº 12/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011a

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

2.1. HOSPITAL DO GRUPO II

De forma a manter a confidencialidade dos dados, a apreciação do contexto foi realizada caracterizando a tipologia da instituição de uma maneira geral.

Em termos de categorização dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, verificou-se a necessidade de estabelecer a organização dos mesmos ao longo de décadas. A última organização realizada neste sentido e que se encontra em vigor na atualidade, foi entre 2011 e 2013 com trabalhos realizados pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, Entidade Reguladora da Saúde e Administrações Regionais de Saúde. A Portaria nº 82/2014, do Ministério da Saúde, aponta para a clarificação da classificação das instituições hospitalares e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS).⁴

Segundo a Portaria acima referida, o Hospital onde se realizou o estágio, é um Hospital do Grupo II. Os Hospitais do Grupo II, apresentam uma área de influência direta e uma área de influência indireta, sendo que esta última, corresponde à área de influência direta das instituições do Grupo I. Um Hospital do Grupo II, obedece às seguintes características:

- (...) i. Área de influência direta e indireta para as suas valências;
- ii. Valências médicas e cirúrgicas do Grupo I, acrescido das valências de oftalmologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia clínica, infecciosologia, oncologia médica, neonatologia, imuno-alergologia, ginecologia/obstetrícia, dermatovenerologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, anatomia patológica, medicina nuclear e neurorradiologia;
- iii. Restantes valências são definidas de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas;
- iv. Não exerce as valências de farmacologia clínica, genética médica, cardiologia pediátrica, cirurgia cardiorácica e cirurgia pediátrica;⁵

O Hospital acima referido, abrange a área do Alentejo, num total de 705 478 pessoas, dados do Instituto Nacional de Estatística [INE], referentes ao ano de 2018.

Segundo dados de 2018 relatados pelo INE, a taxa de mortalidade por Doenças Cerebrovasculares em 100 000 habitantes na região do Alentejo é de 143,5 habitantes, sendo estes abrangidos pelo Hospital do Grupo II da região do Alentejo.

⁴ Portaria nº 82/2014 do Ministério da Saúde, 2014

⁵ Portaria nº 82/2014 do Ministério da Saúde, 2014, p. 2365

2.1.1. Unidade de AVC

Como foi acima referido, o Hospital do Grupo II onde se realizou o estágio, dispõem da valência de Neurologia, sendo que dela faz parte a Unidade de AVC (UAVC).

As Unidades de AVC são dotadas de equipamentos e recursos humanos especializados, integram também equipas multidisciplinares, utilizando procedimentos padronizados de acordo com protocolos que permitem a otimização dos resultados.⁶

Neste subcapítulo será esclarecida a forma de atuação destas unidades e a forma como são imprescindíveis para a reabilitação da pessoa com AVC.

Antes de a pessoa chegar à UAVC, existem diversos procedimentos que são realizados, como, a deteção dos sinais que permitem suspeitar de AVC, a ativação da Via Verde AVC, a chegada ao Serviço de Urgência (SU) e a realização de Exames Complementares de Diagnóstico.⁷

A UAVC onde se realizou o estágio é de nível B e pode ser caracterizada por:

- a) Ser constituída por uma equipa multidisciplinar de recursos médicos de várias especialidades que deve incluir medicina interna com apoio presencial ou em rede de teleconsulta de neurologia, definido a nível local;
- b) Existência de um coordenador que deve ser um internista ou um neurologista com, pelo menos, a categoria de assistente graduado;
- c) Disponibilidade de meios humanos e técnicos que permitem a terapêutica fibrinolítica via endovenosa, sempre que possível nas 24h;
- d) Estar articulada, segundo protocolos bem definidos, com a U-AVC de nível A em funcionamento quando há necessidade de esclarecimento de diagnóstico e disponibilidade de terapêutica acessível no período de tempo previsto;
- e) Existência de unidade de cuidados intermédios com dotação entre 7 a 9 camas;
- f) Dispor de equipamentos de ecografia que permita realizar um eco doppler cardíaco, dos vasos do pescoço e transcraniano;
- g) Disponibilidade de equipamentos de TC multiplanar operacionais nas 24 horas e ressonância magnética operacional, sempre que possível nas 24 horas por dia.⁸

A UAVC dispõe de 6 camas, sendo que a média de internamento anual é de 400 pessoas. No ano de 2016, foram atendidas 343 pessoas nesta unidade, com 140 pessoas assistidas em Via Verde AVC, sendo que a média de dias de internamento na UAVC é de 5 dias, foram ainda realizados 32 tratamentos de trombólise. Esta unidade, tem como objetivo manter a vigilância e o controlo dos fatores de risco. A UAVC dispõe também de uma equipa multidisciplinar especializada, tendo como profissionais envolvidos: 3 Médicos de Medicina Interna, 1 Médico Fisiatra, 2 Médicos Neurologistas, 1 Neurorradiologista, 1 Neuropsicólogo, 10 Enfermeiros, sendo 2 deles Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2 Técnicos de Cardiopneumologia,

⁶ Despacho nº 015/2017 da DGS, 2017

⁷ Despacho nº 015/2017 da DGS, 2017

⁸ Despacho nº 015/2017 da DGS, 2017, p. 6

2 Fisioterapeutas, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Terapeuta da Fala, 1 Assistente Social, 1 Equipa de Gestão de Altas e 1 Secretária de Unidade (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2017).

2.2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO-ALVO – PESSOA COM AVC

2.2.1. Fisiopatologia do AVC

O AVC traduz-se pela “interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, com sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral, e com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas.” (Menoita et al., 2012, p. 9).

Os fatores que levam à ocorrência de AVC, podem ser intrínsecos ao vaso (aterosclerose, lipoalinose, inflamação, deposição amiloide, disseção arterial, malformação do desenvolvimento, dilatação de aneurisma ou trombose venosa), pode também ser uma consequência de um êmbolo do coração ou circulação extra craniana que se vai alojar num vaso intracraniano, pode ser por redução generalizado do fluxo sanguíneo ou aumento da viscosidade com consequente insuficiente da irrigação do tecido cerebral, e por último, pode também ocorrer por rotura de um vaso no espaço subaracnoideu ou no tecido intracerebral (Branco & Santos, 2010).

O AVC pode ser classificado tendo em conta a tipologia etiológica, ou seja, pode classificar-se em AVC Isquémico ou AVC Hemorrágico (Menoita et al., 2012).

O AVC de etiologia isquémica, representa 85% dos AVC, podendo ser classificado como, trombótico, é aquele em que a obstrução ocorre no próprio local da oclusão; embólico, verifica-se quando existe oclusão arterial por um corpo estranho (êmbolo) se desloca através da corrente sanguínea até às artérias cerebrais; e por fim, o AVC isquémico de etiologia lacunar, representa cerca de 10% dos AVC, ocorre quando há oclusão de pequenos vasos, produzindo pequenos enfartes, com diâmetros variáveis, formando lacunas, este tipo de AVC normalmente ocorre em pessoas com Hipertensão Arterial (HTA) descontrolada (Menoita et al., 2012).

O AVC de etiologia hemorrágica é o mais grave, com taxa de mortalidade até 50% nos primeiros 30 dias após a lesão, sendo que estes ocorrem numa população mais jovem. Este tipo de AVC ocorre quando existe o extravasamento de sangue no tecido cerebral, como consequência de uma rutura vascular. Os fatores predisponentes para a ocorrência do AVC hemorrágico são a HTA, a arteriosclerose, aneurismas congénitos, tumores, traumatismos craneoencefálicos e entre outros. O AVC de origem hemorrágica pode ser devido a: hemorragia intracerebral, ocorre mais frequentemente em pessoas com HTA e com arteriosclerose, o seu prognóstico depende da localização e extensão da lesão, sendo associado frequentemente à atividade física ou a eventos muito emocionantes; a hemorragia parenquimatosa, ocorre nos

pequenos vasos perfurantes principalmente nos ramos das artérias cerebrais e nos paramedianos da artéria basilar; a hemorragia subaracnoídea, é a que ocorre com menos frequência e afeta pessoas com idades inferiores a 35 anos, sendo desencadeada por esforço físico, tosse, defecação, relações sexuais e exposição prolongada ao sol, é causada pela ruptura de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos ou traumatismos (Menoita et al., 2012).

2.2.2. Manifestações clínicas do AVC

“Qualquer alteração na circulação cerebral é suscetível de provocar lesão a este nível, dependendo as suas manifestações dos territórios dos vasos cerebrais afetados” (Branco & Santos, 2010, p. 21).

No quadro abaixo será explicado as manifestações do AVC, tendo em conta o território da lesão (Quadro 1).

Quadro 1 - Manifestações clínicas do AVC

Território Cerebral	Manifestações clínicas
Artéria Carótida Interna	- Cerca de 40% das pessoas antes de se instalar o AVC definitivo, apresentam sinais de aviso, caracterizados por sintomas transitórios de disfunção neurológica (Acidentes Isquémicos Transitórios [AIT]) - Afeta o nervo ótico e a retina - Isquemia retiniana - Amaurose fugaz ou cegueira monocular transitória
Artéria Cerebral Média (ACM)	- Hemiplegia e Hemianestesia contralateral - Hemianópsia homónima contralateral - Paralisia do olhar conjugado para o lado da lesão - Se o hemisfério dominante foi o afetado, desenvolve-se afasia global - Se o hemisfério afetado não for o dominante, causa nasognosia e negligência do lado contralateral
Artéria Cerebral Anterior (ACA)	- Hemiplegia e hemihipostesia contralaterais de predomínio crural - Monoparésia crural - Paraparésia e rigidez paratónica - Incontinência Urinária - Mutismo
Artéria Cerebral Posterior	- Hemianópsia contralateral

	- Hemihipostesia contralateral - Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo) - Agnosia para cores (hemisfério esquerdo) - Agnosia visual (hemisfério esquerdo) - Prosopagnosia (hemisfério direito)
Artéria Vertebrals, tronco basilar e seus ramos	- Desequilíbrio - Ataxia - Nistágmo - Diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados - Disartria - Disfagia - Coma - Parésia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparesia e/ou hemihipostesia contralateral - Parésias e/ou alterações da sensibilidade
Enfartes lacunares	- Hemiparésia com ataxia - Disartria - Disfagia - Instabilidade emocional - Abulia - Sinais piramidais bilaterais

Fonte: Branco & Santos (2010)

Após ocorrer o AVC, numa primeira instância surge uma flacidez do hemicorpo afetado, e posteriormente avança para um aumento significativo do tônus muscular, ou seja, afetando sobretudo os músculos flexores e adutores do membro superior e os músculos extensores do membro inferior, sendo denominado de padrão espástico (Branco & Santos, 2010).

A espasticidade é uma das responsáveis mais evidentes pelo aparecimento de alterações motoras e do equilíbrio (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

O padrão espástico é caracterizado por: “Inclinação lateral da cabeça para o lado lesado e rotação para o lado são; Retração do ombro com depressão e rotação interna da escapulo-umeral; Flexão do cotovelo com pronação do antebraço; Flexão do punho e dos dedos com adução destes; Flexão lateral do tronco para o lado lesado; Rotação externa e extensão da coxo-femural; Extensão do joelho; Flexão plantar da tibio-társica e inversão do pé.” (Branco & Santos, 2010, p. 50).

2.2.3. Avaliação da Pessoa com AVC

A neuroavaliação é uma ferramenta essencial para o EEER na avaliação da pessoa com AVC, não podendo ser confundida com o exame neurológico realizado no âmbito médico. A neuroavaliação pode definir-se como um conjunto de técnicas que permitem provocar uma resposta do sistema nervoso e mediante essa resposta que possa não ser considerada correta. Uma realização correta da neuroavaliação pode determinar o sentido do processo terapêutico e inclusive a chave desse mesmo processo. A neuroavaliação permite avaliar o estado de consciência, reação pupilar, pares craneanos, força muscular, sensibilidade, tônus muscular e coordenação motora (Branco & Santos, 2010; Marques-Vierira et al., 2017; Menoita et al., 2012).

A **avaliação do estado de consciência** é dos aspetos mais importantes que se avalia, pois, antes de ser evidente qualquer tipo de alteração neurológica o nível de consciência pode deteriora-se bastante. Conforme a extensão da lesão podem verificar-se diversos níveis de consciência: Vígil – estado consciência plena, com resposta imediata aos estímulos e de forma adequada; Letárgico – estado de sonolência, é necessário um estímulo externo intenso para acordar, com resposta lenta e incompleta a esse estímulo; Obnubilado – existe indiferença ao estímulo, sendo que o despertar pode ser muito difícil; Estuporoso – apenas há reação de um estímulo doloroso de forma continuada e intensa; Comatoso – ausência de resposta voluntária aos estímulos, mesmo que sejam dolorosos, mas contudo pode haver resposta reflexa (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

O instrumento que foi utilizado para avaliar o estado de consciência, foi a Escala de Coma de Glasgow, que foi descrita mais pormenorizadamente mais á frente neste trabalho.

A **avaliação da reação pupilar** é importante no sentido de que a resposta pupilar está diretamente relacionada com o estado de consciência pois a área do tronco cerebral responsável pelo controle do nível de consciência anexa à área reguladora da resposta pupilar. A avaliação da resposta pupilar é feita em ambas as pupilas, para verificar simetrias, esta avaliação inclui a observação do tamanho, forma e reação à luz. A desigualdade significativa das pupilas é definida como anisocoria, sendo que este sinal neurológico pode indicar aumento da pressão intracraniana e compressão do nervo oculomotor. As pupilas aumentadas designa-se por midríase e as pupilas diminuídas designa-se por miose, sendo que esta última pode significar compressão da parte inferior do tronco cerebral ou lesão bilateral da ponte (Branco & Santos, 2010).

A **avaliação dos pares craneanos** envolve diversas técnicas específicas, que permitem a verificação de alterações graves a nível neurológico (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

Os pares de nervos craneanos estão ligados ao encéfalo e são descritos como: I – Olfativo, responsável pelo olfato, II – Ótico, responsável pela visão; III – Oculomotor, responsável por alterações como miose e movimentos do olho como, elevação da pálpebra superior, abaixamento e elevação do olho; IV – Patético/Troclear, é responsável pela rotação do olho; V – Trigêmeo, controlo dos movimentos da mastigação e percepções sensoriais da face, seios da face e dentes; VI – Motor ocular externo/abducente, responsável pela abdução do olho; VII – Facial, responsável pelos músculos faciais e pela percepção gustativa no terço anterior da língua; VIII – Auditivo/vestibulococlear/estado-acústico, a nível vestibular é responsável pela orientação e movimento e a nível coclear, responsável pela audição; IX . Glossofaringeo, responsável pela percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato; X – Vago, percepções sensoriais da orelha, faringe laringe, tórax e vísceras; XI – Espinhal, responsável pela rotação e inclinação da cabeça; XII – Grande hipoglosso, responsável pela motricidade dos músculos da língua, e ações como a mastigação, a deglutição e articulação de palavras (Menoita et al., 2012).

A **avaliação da força muscular** é outro dos aspetos a ter em consideração na neuroavaliação. Após a instalação do AVC pode ocorrer alteração a nível da força muscular, traduzindo-se em alterações da mobilidade como hemiparesia ou hemiplegia (Branco & Santos, 2010).

A força muscular é avaliada através da Escala de Oxford, que foi descrita no subcapítulo Colheita de Dados.

Na neuroavaliação também se **avalia a coordenação motora**. Quando existe lesão a nível do cerebelo, os movimentos tornam-se desajeitados e imprecisos, designa-se esta descoordenação de movimentos de ataxia. De forma a avaliar a ataxia deve pedir-se a execução de movimentos de forma rápida e com alternância de movimentos (Branco & Santos, 2010).

Na neuroavaliação faz-se também a **avaliação da sensibilidade**, sendo que se pesquisa a sensibilidade superficial e a sensibilidade profunda. O exame que permite esta avaliação deve ser feito num local calmo, evitando o excesso de estímulos, pedindo-se à pessoa para fechar os olhos e explicar o procedimento que se vai realizar. Para a pesquisa da sensibilidade tátil usa-se um objeto macio e suave, excitando suavemente a pele. A sensibilidade dolorosa pode avaliar-se através de diversas técnicas, como pinçando com o polegar e o indicador na massa muscular do bícepede, pinçando com o polegar e mais dois dedos a massa muscular do trapézio, pressionando o sulco do bordo orbital, pressionando a cutícula de um dos dedos com um lápis e picando suavemente a pele com um alfinete (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

Para **avaliação do tônus muscular**, pode se fazer de duas formas, através da palpação ou da mobilização passiva. A palpação é um processo impreciso, que permite identificar as

propriedades físicas de um músculo (consistência, relevo e facilidade de deformação). O segundo método é um processo mais preciso e fiável, mas que apenas permite avaliar o tônus de um grupo muscular e não apenas de um músculo no singular (Branco & Santos, 2010).

2.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO REALIZADAS NO DECORRER DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

As intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com AVC têm como objetivo principal a preparação da pessoa no regresso a casa. O planeamento deve ser realizado no contexto familiar da pessoa, sendo que a família e a pessoa devem participar no planeamento de forma ativa, por forma a determinar as suas necessidades, no planeamento, nas intervenções e na avaliação das mesmas (Marques-Vieira et al., 2017; Menoita et al., 2012).

À pessoa, no seu contexto familiar, “(...) é feita uma avaliação dos focos de atenção/diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, tendo em consideração os estilos de vida, a dinâmica familiar, os padrões de comunicação, as estratégias de *coping* e os recursos socioeconómicos (Menoita et al., 2012, p. 25).

A Reabilitação da pessoa com AVC deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente nas 48 a 72 horas após o diagnóstico do AVC (Martins, 2006 citado por Menoita et al., 2012).

Como já foi acima referido, a manifestação do AVC traduz-se pelo padrão espástico, cabe ao Enfermeiro de Reabilitação planear desde o início todos os seus cuidados, de forma a minimizar e contrariar esse mesmo padrão, sendo o padrão oposto designado de padrão anti-espástico (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

Posto isto, os objetivos da Reabilitação são, evitar ou diminuir a instalação da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado. Para isso o Enfermeiro de Reabilitação recorre a diversas técnicas de intervenção (Menoita et al., 2012).

2.3.1. Posicionamento terapêutico

O posicionamento terapêutico envolve a colocação mecânica corporal e o reposicionamento, a mobilidade no local e as posições específicas tendo em conta uma situação especial ou de acordo com as necessidades da pessoa. O posicionamento é essencial na prevenção de complicações quando a pessoa tem mobilidade condicionada. Essas complicações são evitadas através do planeamento da alternância de decúbitos (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011).

Sendo assim, os objetivos do posicionamento são, “proporcionar conforto e bem-estar, prevenir alterações músculo-esqueléticas, manter integridade cutânea e tecidos subjacentes, alternar o campo visual e integrar o esquema corporal.” (Branco & Santos, p. 52-53).

Existem diversos aspectos a ter em conta quando se realiza um posicionamento, é importante explicar à pessoa o objetivo do posicionamento; chamar a pessoa pelo nome que gosta de ser tratado; a pessoa deve ser informada do procedimento a ser realizado, para que lado vai ficar posicionado, de forma a envolver a pessoa nesse processo; o movimento para efetuar o posicionamento deve ser firme mas suave e ter em conta onde se colocam as mãos sob a pessoa; o equipamento auxiliar (almofadas, rolos, lençóis, resguardos), devem ser usados na medida das necessidades e devem estar em bom estado e colocados de forma a não formar vincos e pressões indevidas; o tempo de permanência de cada decúbito deve ser estabelecido de acordo com a tolerância da pessoa e de forma a evitar pressão em locais de proeminências ósseas; é imprescindível haver alternância de decúbitos, bem como o posicionamento correto (Branco & Santos, 2010).

Após o posicionamento deve verificar-se o alinhamento corporal, garantir que não existe pressão nas proeminências ósseas e sobretudo e o mais importante, que a pessoa se sinta confortável (Menoita et al., 2012).

Os decúbitos que são usados para prevenir o padrão anti-espástico, são o dorsal, o lateral para o lado afetado e o lateral para o lado sã, sendo que o decúbito dorsal é aquele que mais favorece a espasticidade, embora este posicionamento seja o mais utilizado para a alimentação (Menoita et al., 2012).

No **decúbito dorsal**, deve se colocar uma almofada de baixo da cabeça de maneira a apoiar as omoplatas; para posicionar o membro superior afetado, deve se nivelar os ombros, colocar uma almofada a apoiar todo o membro, fazer uma ligeira abdução do ombro com rotação externa, colocando o cotovelo e o punho em extensão, supinação do antebraço e extensão e abdução dos dedos; para posicionar o membro inferior afetado, deve colocar-se uma almofada desde a bacia até à região poplíteia, permitindo a inclinação posterior da bacia, fazer uma ligeira flexão da coxo-femural e joelho corrigindo a rotação externa e por fim, o pé deve ficar em dorsiflexão (Menoita et al., 2012).

No **decúbito lateral para o lado afetado**, deve colocar-se uma almofada de baixo da cabeça mais alta do lado afetado para contrariar a inclinação lateral; para posicionar o membro superior afetado, o membro deve ficar apoiado na cama, o ombro deve ficar em flexão de 90º com fazendo abdução com rotação externa do mesmo; o cotovelo, o punho e os dedos devem ficar em extensão, com supinação do antebraço e abdução dos dedos; para posicionar o membro inferior afetado, este deve ficar apoiado na cama, com ligeira flexão da coxo-femural e do joelho,

ficando o membro em retroversão, ou seja, atrás do membro são, o é fica em posição neutra (Menoita et al., 2012). Este decúbito, para além de inibir a espasticidade, é aquele que permite que haja uma estimulação propriocetiva através da carga exercida nos membros afetados. Este decúbito pode ser usado com frequência, mas tendo em atenção para evitar a ocorrência do ombro doloroso (Branco & Santos, 2010).

No **decúbito lateral para o lado são**, é colocada uma almofada de baixo da cabeça mais baixa; o membro superior afetado, fica apoiado numa almofada, o membro com flexão de 90°, com extensão do cotovelo, punho e dedos, o antebraço fica em pronação e os dedos em abdução; o membro inferior afetado, fica apoiado numa almofada, com ligeira flexão da coxo-femural e do joelho, fazendo bácia posterior da bacia e o pé fica em posição neutra (Menoita et al., 2012). Este último é o decúbito que melhor inibe a espasticidade (Branco & Santos, 2010).

2.3.2. Mobilizações

Numa primeira instância há que considerar que existem diferentes tipos de contração muscular, sendo estas, isotónicas, concêntricas, excêntricas, isométricas e isocinéticas (Coelho, Barros & Sousa, 2017).

Posto isto, as contrações isotónicas, são aquelas em que existe uma contração dinâmica que produz o movimento. As concêntricas, acontecem quando existe um encurtamento das fibras musculares, ou seja, é o tipo de contração mais comum e que acontece a favor da gravidade. As excêntricas, acontecem quando existe um estiramento das fibras musculares sempre que a carga é sustentada contra a ação da gravidade. As contrações isométricas, ocorrem quando não existe alteração no comprimento do músculo, ou seja, não existe movimento do segmento articular, embora haja contração do músculo. E por fim, as contrações isocinéticas, é um tipo de contração dinâmica que ocorre numa velocidade constante, ou seja, este tipo de contração só ocorre quando é utilizado equipamento especial, como por exemplo o Artromotor (Coelho et al., 2017).

As mobilizações no doente com AVC têm por objetivo, retardar o surgimento da espasticidade, promover a sensibilidade, recuperar ou aumentar o grau de força muscular e conservar a amplitude articular. O planeamento de um programa de mobilizações deve ter em conta as capacidades da pessoa, as suas limitações e indicações terapêuticas (Branco & Santos, 2010).

As mobilizações podem se classificar em passivas e ativas. As mobilizações passivas, são aquelas em que o movimento é realizado por uma força externa, havendo pouca ou nenhuma contração muscular voluntária (Menoita et al., 2012). Estas mobilizações são necessárias para manter ou recuperar a amplitude articular (Coelho et al., 2017).

As mobilizações ativas, como o próprio nome indica, são aquelas em que há uma contração ativa dos músculos, havendo movimento sem limitação e sem resistências exteriores. As mobilizações ativas podem ser classificadas em ativas assistidas ativas resistidas. As mobilizações ativas assistidas, o movimento ocorre quando uma força externa fornece assistência manual no movimento; as mobilizações ativas resistidas, são aquelas nas quais a realização do movimento é aplicada uma força externa (Menoita et al., 2012).

As mobilizações podem ser realizadas em qualquer articulação, no quadro (Quadro 2) abaixo será resumido as mobilizações que podem ser realizadas:

Quadro 2 – Mobilizações

Segmentos Articulares	Articulação	Movimento	Descrição
Membros Superiores	Dedos	Flexão/Extensão	O cotovelo da pessoa deve estar em flexão e apoiado. O Enfermeiro de Reabilitação (ER) estabiliza a articulação do punho com uma mão e com a outra mão executa o movimento no sentido de fechar (flexão) e abrir (extensão) a mão
		Abdução/Adução	O ER mantém a estabilização da articulação do punho, mobiliza os dedos no sentido de afastar da linha média (abdução) e aproximar (adução)
	Polegar	Flexão/Extensão	Com uma mão o ER segura os restantes dedos, faz o movimento no sentido de aproximar do 4ºdedo (flexão) e de afastar (extensão)
		Abdução/Adução	O ER mantém os restantes dedos seguros com uma mão e com a outra mobiliza o polegar no sentido de aproximar (adução) ou de afastar (abdução) dos restantes dedos
		Oponência	O ER faz o mobiliza o polegar no sentido de o deslocar em oposição à base de cada um dos restantes dedos

Punho	Flexão/Extensão	Mantém-se a ligeira flexão do cotovelo e apoiado. O movimento é realizado no sentido de fechar (flexão) e de abrir (extensão) a mão
	Desvio Radial/Desvio Cubital	Colocar o punho em posição neutra. O movimento é realizado quando o ER desloca o punho lateralmente para cada um dos lados.
Cotovelo	Flexão/Extensão	O ER apoia o cotovelo com uma mão e com a outra mão no punho da pessoa, movimenta o cotovelo no sentido de tocar no ombro (flexão) e regressa à posição original (extensão)
Antebraço	Supinação/Pronação	O ER apoia o cotovelo e o punho da pessoa, virando a palma da mão para cima (supinação) e para baixo (pronação)
Ombro	Flexão/Extensão	O ER coloca uma mão sobre o punho e outra sobre o cotovelo, estabilizando-os, mobiliza o braço para cima e para trás (flexão) e regressa à posição original (extensão)
	Abdução/Adução	O ER com uma mão estabiliza a articulação do punho e com a outra coloca junto ao ombro da pessoa, fazendo deslizar o braço afastando-o da linha do corpo (abdução) e regressa à posição original (adução)
	Rotação Interna/Rotação Externa	O ombro da pessoa é colocado em abdução e o cotovelo em flexão apoiados, o ER estabiliza a articulação do punho e coloca a outra mão no braço da pessoa, rodando-o para baixo (rotação interna) e para trás (rotação externa)

Membros Inferiores	Pé	Flexão/Extensão dos dedos	O ER coloca uma das mãos na base dos dedos e com a outra mão mobiliza-os no sentido plantar e dorsal do pé
		Flexão Dorsal/Flexão Plantar	O ER coloca uma das mão estabilizando o calcâneo e com a outra realiza o movimento de flexão dorsal e plantar do pé
		Inversão/Eversão	O ER coloca uma das mão no bordo externo do pé e com a outra mobiliza o pé no sentido do eixo longitudinal do corpo (inversão) e no sentido contrário (eversão)
	Anca e joelho	Flexão/Extensão	O ER coloca uma das mãos sob o joelho da pessoa e com a outra suporta o calcâneo e ao mesmo tempo que faz força para elevar a perna, flete a anca e o joelho e depois faz o membro regressar à posição original
		Abdução/Adução	O ER coloca uma das mão apoiando o calcâneo e a outra sob o joelho, mobiliza o membro afastando da linha média (abdução) e regressa à posição original (adução)
		Rotação Interna/Rotação Externa	O ER coloca uma das mãos no tornozelo e a outra sob o joelho da pessoa, fazendo rolar suavemente a coxa e a parte inferior da perna no sentido do eixo longitudinal do corpo (rotação interna), depois retomando a posição neutra, faz rolar a perna no sentido contrário (rotação externa)

Fonte: Branco & Santos (2010); Menoita et al. (2012)

Durante um programa de reabilitação devem ser contemplados todos os exercícios possíveis para cada articulação, sendo que os movimentos devem ser realizados de forma rítmica e com

uma velocidade constante sem efetuar movimentos demasiado bruscos, com uma repetição mínima de 10 vezes cada movimento (Branco & Santos, 2010).

2.3.3. Atividades terapêuticas

Na sua intervenção, o EEER utiliza diversos tipos de atividades na reeducação da função sensoriomotora, como sejam, o rolar e levantar, a ponte, treino de equilíbrio, treino de auto mobilizações, facilitação cruzada e treino de exercícios com a bola terapêutica (Branco & Santos, 2010; Coelho et al., 2017).

A atividades terapêuticas de **rolar e levantar**, são atividades consideradas essenciais para os movimentos de alimento corporal, sendo que inicialmente eram consideradas ações reflexas que garantem a postura correta do corpo e a obtenção da posição ereta. (Coelho et al., 2017). A atividade de rolar é realizada com a pessoa em decúbito dorsal e o mais junto possível para o lado contrário aquele que vai fazer o rolamento; utiliza-se uma almofada baixa para apoiar a cabeça e a região da cervical de forma a manter o alinhamento corporal; os membros superiores devem estar em extensão, as mãos entrelaçadas e o membro inferior afetado com ligeira flexão da coxo-femural e joelho; o EEER com uma das mãos apoia o joelho afetado da pessoa de forma a contrariar a rotação externa da coxo-femural e com a outra mão colocada sobre o ombro da pessoa, auxilia o movimento de rolar (Branco & Santos, 2010).

A **ponte**, é a atividade terapêutica que “(...) facilita a elevação da bacia, ativa a musculatura do tronco; estimula a sensibilidade postural; estimula a mudança de posição no leito e a preparação para efetuar a posição de sentado e posição ortostática.” (Leal, 2001 citado por Coelho et al., 2017, p. 233). Para a realização deste exercício é necessário também que a pessoa esteja posicionada em decúbito dorsal e com uma almofada apoiando a região cervical e as omoplatas; os membros superiores devem estar em extensão ao longo do corpo com abdução de cerca de 45º; flexão da coxo-femural e joelhos e membros inferiores em adução; o EEER deve fixar o pé e o joelho do lado afetado e pedir à pessoa que faça elevação da bacia (Branco & Santos, 2010).

O **treino de equilíbrio**, tem como objetivos: “reeducar o equilíbrio, estimular os reflexos cervicais, preparar para a marcha, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, promover a autonomia da pessoa e promover a satisfação.” (Branco e Santos, 2010, p. 70). Em primeiro lugar a pessoa deverá adotar a posição de sentado, sendo auxiliado pelo EEER, com os membros inferiores pendentes e num ângulo de 90º, com os pés apoiados no chão e com os membros superiores em extensão com ligeira abdução e paralelos ao tronco com as mãos apoiadas; o EEER deve estar de pé em frente à pessoa suportar os ombros com as suas

mãos e de seguida deve ir libertando os ombros de uma forma suave, para que a pessoa permaneça na posição ereta (Branco & Santos, 2010). Para realizar o treino de equilíbrio sentado, na posição anteriormente descrita, o EEER vigia a pessoa em termos de segurança e pede que siga as instruções para levantar os braços para a esquerda e para a direita, para a frente e para cima, de forma a que não perca o equilíbrio. Para efetuar o treino de equilíbrio de pé, em primeira instância deve pedir-se à pessoa para deslizar até à beira da superfície onde está sentada, ensina-se a empurrar para baixo com as pernas e os braços, de maneira a inclinar-se para a frente até assumir a posição de pé (Coelho et al., 2017).

As **automobilizações**, são exercícios que podem ser realizados pela própria pessoa, tanto na posição de sentado como deitado. Esta atividade tem como objetivos: “ajudar a tomar consciência da mão afetada como parte integrante do seu corpo; manter o membro superior em padrão anti-espástico, proporcionando a extensão e abdução dos dedos, a extensão do cotovelo e a elevação da escapulo-umeral.” (Menoita et al., 2012, p. 104). O EEER deve ensinar a pessoa a realizar esta atividade, ou seja, colocar o polegar afetado sob o polegar não afetado, depois será a mão afetada que realiza o movimento da outra. Na fase inicial deve ser o EEER a auxiliar a pessoa na elevação da escapulo-umeral, colocando-se sempre do lado afetado e solicita que a pessoa visualize o movimento (Menoita et al., 2012).

A **Facilitação Cruzada** é uma atividade que permite iniciar a atividade bilateral e tem como objetivos: “Reeducar o reflexo postural do lado afetado; facilitar o autocuidado; iniciar as atividades bilaterais; ajudar a integrar o esquema corporal; estimular a sensibilidade postural e preparar para o levante.” (Branco & Santos, 2010, p. 68). A pessoa é posicionada em fowler com uma almofada para apoiar a cabeça e a região cervical até às omoplatas, uma almofada para elevação da anca e de forma a corrigir a rotação externa da coxo-femural e com ligeira flexão do joelho afetado. A atividade consiste em colocar os objetos de uso pessoal do lado afetado e abordar a pessoa pelo lado afetado de forma a que esta, com o lado sã possa alcançar os objetos (Branco & Santos, 2010).

No **Treino de exercícios com bola terapêutica**, a bola terapêutica (ou bola suíça) é um instrumento muito útil na Reabilitação da pessoa com AVC, sendo esta usada para analisar, avaliar e corrigir problemas de equilíbrio. Permite também, fazer um trabalho de controlo postural e força muscular, trabalhar flexibilidade, força resistência, equilíbrio, coordenação e consciência corporal (Menoita et al., 2012). Os principais objetivos e benefícios do treino com bola terapêutica são: reeducação funcional respiratória; otimizar os exercícios musculares/articulares, aumentar o tônus e a força muscular; desenvolver coordenação motora; permitir o treino propriocetivo, estimulação sensorial e tátil; permitir a preparação para a posição ortostática e para a marcha; adquirir, treinar e melhorar o equilíbrio e permitir o alongamento e relaxamento muscular. Na

realização de exercícios com a bola terapêutica deve-se ter em consideração algumas precauções, como sejam, haver uma avaliação física prévia da pessoa, fazer sempre aquecimento antes dos exercícios e alongamentos após os exercícios, ter em consideração os ciclos respiratórios com o controlo da respiração a quando da realização dos exercícios e, ainda, o número de séries e repetições devem ter em conta a tolerância e capacidade da pessoa ao esforço (Coelho et al., 2017).

2.3.4. Treino de Marcha

O treino de marcha na pessoa com AVC tem como objetivos: “readquirir o padrão automático perdido e promover a independência ao nível da locomoção e segurança e um dispêndio de energia razoável.” (Menoita et al., 2012, p. 111).

O treino de marcha só é iniciado após o treino das restantes atividades terapêuticas e quando a pessoa consegue assumir a posição ortostática e manter o equilíbrio de pé, tomar consciência do seu corpo e corrigir posturas incorretas (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

Numa primeira instância, o treino de marcha deve ser apoiado pelo EEER, sendo que este coloca as mãos na bacia da pessoa de forma a manter o suporte pélvico e auxiliando no apoio dos antebraços da pessoa nos seus controlando assim os movimentos da marcha (Menoita et al., 2012).

Antes de iniciar o treino de marcha, existem diversos aspetos a ter em conta de forma a prevenir quedas, como é o caso de garantir o calçado adequado da pessoa com AVC, se o treino é realizado num piso não acidentado, limpo e seco e se não existem barreiras arquitetónicas, como tapetes e obstáculos (Branco & Santos, 2010).

Quando existe maior segurança em relação à pessoa manter a posição ortostática e manter o equilíbrio, durante o treino de marcha, o EEER posiciona-se lateralmente à pessoa do lado afetado, segura a mão lesada, apoiando o braço e mantendo o ombro elevado, o cotovelo, punho e dedos devem estar em supinação e extensão outra mão do enfermeiro cruza as costas da pessoa apoiando a bacia. A marcha inicia-se lentamente, com passos iguais, avançando primeiro o membro afetado e depois o membro são. Se for necessário, o EEER apoia o joelho da pessoa com o seu lateralmente, acompanhando a marcha (Branco & Santos, 2010).

Consoante as limitações físicas decorrentes dos AVC, pode ser necessário o uso de auxiliares de marcha, como bengala, canadianas e tripé, sendo que o EEER pode aconselhar o mais adequado para cada pessoa. No treino de marcha com auxiliares de marcha, o princípio mantém-se, a pessoa segura o auxiliar de marcha com a mão não afetada, primeiro avança o

auxiliar de marcha cerca de 10 a 15cm, avançando de seguida o membro afetado e de seguida o membro não afetado, ficando este ligeiramente mais à frente que o anterior (Branco & Santos, 2010).

2.3.5. Treino de ABVD

Após a pessoa sofrer o AVC depara-se com certas alterações a nível físico e que se podem tornar incapacitantes, impedindo a pessoa de realizar as ABVD. Cabe ao EEER desenvolver estratégias em conjunto com a pessoa, tendo em conta os seus recursos e os objetivos de vida (Branco & Santos, 2010).

No treino do **Autocuidado Higiene**, assim que possível a pessoa deverá deslocar-se à casa-de-banho para realizar os seus cuidados de higiene. Este treino deve ser realizado com o uso de base de chuveiro ou banheira, podendo ser utilizados diversos produtos de apoio, como barras de apoio junto do chuveiro, sanita e lavatório; cadeiras de banheira ou estrado de banheira; cadeira sanitária; esponjas de cabo longo e material antiderrapante (Menoita et al., 2012). A pessoa deve ser estimulada a realizar este autocuidado tendo em conta as suas capacidades, utilizando a máxima funcionalidade possível. A pessoa deverá ser encorajada a lavar o hemicorpo afetado, deverá ter-se disponível um espelho para que a pessoa se possa pentear, barbear e lavar os dentes (Vigia et al., 2017).

No Treino do **Autocuidado Vestuário**, é necessário haver ensino, instruir para o autocuidado e treinar novas estratégias e a utilização de produtos de apoio para este autocuidado, de forma a que as dificuldades sentidas pela pessoa sejam ultrapassadas. Este treino pode ser feito com a pessoa sentada na cama, mas preferencialmente, sentada numa cadeira. A roupa a utilizar para o treino, deverá ser larga, com molas, botões grandes, fecho ou velcro, o soutien deverá ser de abrir à frente e os sapatos com tiras de velcro (Vigia et al., 2017). O hemicorpo afetado é sempre o primeiro a vestir e o último a despir. No treino de vestir uma camisola, coloca-se a peça de roupa no colo da pessoa; desdobra-se com a parte da frente voltada para baixo e o colarinho junto aos joelhos; a pessoa inicia o vestir a manga no membro afetado, puxando até ao ombro e costas, e depois vestir o membro não afetado. Para despir, faz-se o processo inverso, ou seja, ou se inicia pelo lado não afetado ou despe-se a camisola pela cabeça. Para vestir as calças, deverá ensinar-se a pessoa a cruzar o membro afetado sobre o membro não afetado; começa por vestir as calças pelo lado afetado até ao joelho e depois o lado não afetado, puxando as calças para cima. Para calçar as meias e os sapatos, usa-se o mesmo procedimento de vestir as calças (Menoita et al., 2012).

Para efetuar o treino do **Autocuidado Alimentação**, a pessoa deve estar corretamente posicionada, ou seja, deve estar sentada, respeitando o alinhamento corporal e mantendo os

princípios de uma postura correta na posição de sentada. (Vigia et al., 2017). Deverá ser colocada uma mesa de trabalho ou uma superfície de apoio em frente da pessoa, com altura adequada e permitindo o alinhamento do membro superior afetado sobre a mesa. A pessoa deverá ser ensinada e estimulada a alimentar-se da forma mais independente possível, sendo que numa fase inicial o fará com o membro não afetado. A pessoa poderá ser auxiliada a fracionar os alimentos e ensinada e instruída a usar material adaptativo, talheres adaptados e colocar um tapete antiderrapante por baixo do prato (Menoita et al., 2012).

O treino **do Autocuidado Ir ao Sanitário** é realizado na casa-de-banho e recorre-se a barras de apoio junto da sanita (Menoita et al., 2012). O treino da eliminação vesical e intestinal, passa por manter um padrão regular na eliminação e estimular a pessoa para que seja realizado na casa de banho sempre que possível (Vigia et al., 2017).

3. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

3.1. TRABALHOS DE MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Durante o estágio foram apresentados três trabalhos de melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Em primeiro lugar foi elaborado um Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Estudo de Caso (Apêndice II) detalhado para um dos participantes intervenientes no estudo.

Em seguida foi elaborado um folheto informativo (Apêndice III), servindo como lembrete para a aplicação da Escala de GUSS, sendo que ao longo do Estágio foi detetada a necessidade de estar bem evidenciada essa informação. Mais tarde, após a realização desse mesmo folheto, foi elaborado um plano de sessão de formação (Apêndice IV) para apresentação e uma breve contextualização acerca do trabalho realizado.

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL– “CONTRIBUTO DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO NA PESSOA COM DEPENDÊNCIA”

Para apresentação do Projeto de Intervenção, foi realizada uma proposta (Apêndice V) desse mesmo projeto e apresentada ao Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, bem como, também, houve a necessidade de apresentar a declaração de aceitação de orientação do estágio (Anexo I).

O Projeto de Intervenção profissional (Apêndice VI) sobre o Contributo das Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado na Pessoa com Dependência teve como objetivo principal avaliar a efetividade das intervenções do EEER na capacitação da pessoa dependente para o autocuidado. Apesar de o projeto estar centrado em pessoas com dependência no autocuidado, mais tarde, cingiu-se o projeto para pessoas dependentes com AVC pois foi nessa área que se realizou o estágio.

A população-alvo do projeto foi selecionada de forma não aleatória, pois foram incluídas no estudo pessoas dependentes nos autocuidados, admitidas no contexto da prática de cuidados, durante o período de implementação do projeto.

As estratégias de intervenção utilizadas para a realização deste projeto e para a colheita de dados foram feitas através de procedimentos clínicos e da prestação direta de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Foram utilizados instrumentos de colheita de dados já implementados no serviço onde se realizou o estágio durante a implementação do projeto. Após a colheita de dados e identificação de Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação foi feito o planeamento de intervenções de modo a garantir a capacitação da pessoa para o autocuidado, promovendo a sua independência.

Os resultados que se esperavam com a realização deste projeto foi comprovar que a actuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem ação benéfica para melhorar a capacidade funcional de indivíduos com dependência, através do seu planeamento e intervenções. Fundamentar através de resultados que a actuação do EEER deve ser o mais precocemente possível, desde o internamento hospitalar, de forma a capacitar a pessoa para o autocuidado, tornando a pessoa o mais independente possível, preparando a alta. Os resultados obtidos foram sujeitos a procedimentos de análise de natureza descritiva.

A avaliação das intervenções deliniadas contempla a avaliação do estado de consciência, realização do exame neurológico, avaliação do equilíbrio corporal e identificação da dependência

em cada autocuidado. A primeira avaliação foi feita na primeira intervenção, sendo que foram realizadas avaliações antes e após cada intervenção. Todos os registos das sessões de intervenção, foram realizados no instrumento de registos próprios. Os dados foram analisados de forma qualitativa, após intervenções de Enfermagem de Reabilitação. Os dados foram tratados através de comparação de modo a comprovar, através das avaliações efectuadas, o efeito positivo na evolução da pessoa com dependência na capacitação para o autocuidado.

A implementação do projeto de intervenção profissional procurou respeitar o cronograma apresentado. Desta forma, todas as atividades e estratégias planeadas para o respetivo projeto foram desenvolvidas conforme foram projetadas, tendo obtido aprovação por parte do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre (Anexo II).

4.1. METODOLOGIA

“A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população.” (Fortin, 1999b, p. 108)

O objetivo do estudo é avaliar a efetividade das intervenções do EEER na capacitação da pessoa com AVC dependente para o autocuidado.

Foi realizado um estudo descritivo, analisando os dados de forma qualitativa e quantitativa.

A amostra foi selecionada de forma não aleatória, pois foram incluídas no estudo pessoas com AVC dependentes nos autocuidados, admitidas no contexto da prática de cuidados, durante o período em que decorreu o Estágio.

Os dados foram tratados através de comparação de forma a comprovar, através das avaliações efectuadas, o efeito positivo na evolução da pessoa com dependência para a capacitação para o autocuidado.

Os resultados foram divulgados preservando a identidade dos participantes, sendo partilhados apenas com o orientador ao qual se obriga ao sigilo dos dados.

4.1.1. Colheita de Dados

Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de colheita de dados, Escala de Coma de Glasgow, National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), Escala de Barthel, Medida da Independência Funcional (MIF), Escala de Equilíbrio de Berg e Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS).

Cada intervenção contempla a avaliação do estado de consciência, realização do exame neurológico, avaliação do equilíbrio corporal e identificação da dependência em cada autocuidado. A primeira avaliação foi feita na primeira intervenção, sendo que foram realizadas avaliações em cada intervenção. Todos os registos das sessões de intervenção foram realizados no instrumento de registos próprios.

Foi também feita colheita de dados através de entrevista informal aos intervenientes e através de consulta do processo clínico de cada pessoa.

A **Escala de Coma de Glasgow** (Anexo III) é das mais usadas para determinar o estado de consciência, variando em pontuação de 3 a 15. Os indicadores usados nesta escala são a abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. O score final desta escala é a soma das pontuações de cada indicador. Na abertura ocular, a pontuação varia entre 1 e 4, a resposta verbal varia entre pontuações de 1 a 5 e a resposta motora varia entre 1 e 5 (Menoita et al., 2012).

A **Escala NIHSS** (Anexo IV) foi desenvolvida por pesquisadores americanos da University of Cincinnati Stroke Center, sendo uma escala padrão, validada, segura e quantitativa do défice neurológico causado por AVC. É uma escala composta por 11 itens que fazem parte do exame neurológico, o nível de consciência, desvio ocular, parésia facial, linguagem, fala, negligência, função motora e sensitiva dos membros e ataxia. A pontuação desta escala pode variar entre 0 e 42. É uma escala de fácil e rápida aplicação, que permite mensurar a severidade do AVC, tanto no Serviço de Urgência, como em Unidades de AVC e Unidades de Cuidados Intensivos. Esta escala permite verificar alterações na evolução positiva ou negativa do estado neurológico, permitindo também efetuar um prognóstico após o AVC. Existem diversas normas a respeitar na aplicação da escala, deve ser aplicada pela ordem apresentada, sem voltar atrás nos itens e pontuar de acordo com o que se observa, pontuando a primeira tentativa sem ensinar a pessoa aquilo que deve fazer (Moro & Neto, 2018).

A **Escala de Barthel** (Anexo V), é o instrumento que permite avaliar o nível de independência da pessoa na realização das ABVD em 10 itens, comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, marcha, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. A pontuação desta escala varia entre 0 e 100 com intervalos de 5 pontos. Quanto mais baixa for a pontuação mais elevado é o nível de dependência e quanto maior for a pontuação, é maior o nível de independência (Menoita et al., 2012; Vigia et al., 2017).

A **Medida de Independência Funcional (MIF)** (Anexo VI), tem como objetivo avaliar 18 AVD, sendo elas, os autocuidados, transferências, locomoção, controlo de esfínteres, comunicação e cognição social, incluindo a memória, interação social e resolução de problemas.

Os itens são avaliados em pontuações entre 1 e 7, sendo que a pontuação total varia entre 18 e 126. Quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência e quanto maior for a pontuação, maior é o grau de independência (Menoita et al., 2012; Vigia et al., 2017).

A **Escala de Equilíbrio de Berg** (Anexo VII), é composta por 14 itens que avaliam o equilíbrio dinâmico e estático e o risco de queda, sendo que estes itens são direcionados para a capacidade de sentar, ficar de pé, alcançar um objeto, girar 360°, olhar por cima dos ombros, ficar em apoio unipodal e colocar um dos pés sobre um degrau. A pontuação total varia entre 0 e 56 pontos, sendo que cada item possui 5 alternativas com pontuações de 0 a 4 pontos. Quanto menos for a pontuação, maior é o desequilíbrio e quanto maior for a pontuação, melhor é a capacidade de manter o equilíbrio estático e dinâmico (Souza & Santos, 2012).

A **Escala de GUSS** (Anexo VIII), é uma escala que permite identificar distúrbios da deglutição de forma rápida e não invasiva. Permite avaliações separadas da alimentação líquida e da alimentação não líquida, sendo que se inicia pela textura não líquida. Esta escala é composta por duas fases, sendo que a primeira fase é chamada de avaliação indireta da deglutição ou avaliação preliminar e a segunda fase é a chamada avaliação direta da deglutição. A escala deve ser aplicada respeitando a ordem dos itens, pois só é permitido realizar a avaliação direta após aplicar a indireta. A primeira fase ou avaliação indireta é composta por 3 itens, vigília; tosse voluntária e deglutir a saliva. Estes itens são pontuados com 0 ou 1, sendo que o somatório dessa pontuação varia entre 1 e 5, posto isto, a pontuação 5 permite avançar para a avaliação direta. A avaliação direta é composta por 4 itens, deglutição; tosse involuntária; sialorreia; e alteração vocal, sendo que estes itens são pontuados com 0 ou 1, com exceção do item deglutição em que o 0 corresponde à resposta “não”. A avaliação direta é composta por 3 testes realizados em sequência, começando com a textura pastosa, seguida de líquida e por último a sólida, sendo que o somatório das pontuações varia entre 1 e 5. Só obtendo a pontuação máxima de 5, permitindo passar para a avaliação das diferentes texturas. Consoante a pontuação total permite identificar a severidade do risco de disfagia, permitindo ao EEER adequar a dieta (Ferreira, Pierdevara, Ventura, Gracias, Marques & Reis, 2018).

4.1.2. Questões Éticas

O instrumento de registo das intervenções implementadas e das avaliações realizadas não inclui nenhuma informação que permita a identificação das pessoas que constituem a amostra.

Cada pessoa é identificada com letras do alfabeto de forma aleatória, atribuindo essa que é apenas do conhecimento do investigador.

Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e usados exclusivamente para o mesmo, não havendo a identificação de nenhum dos participantes, garantindo assim o

anonimato dos mesmos. Por isso, foi necessária a aprovação do Concelho Técnico-Científico (Anexo II).

Foi elaborado o consentimento informado que foi apresentado aos participantes para a inclusão no projeto (Apêndice VII).

A pessoa foi informada e esclarecida sobre o estudo e a sua finalidade exclusivamente académica, bem como dos seus direitos, respeitando os mesmos em todos os procedimentos realizados. Foram respeitados os princípios éticos em investigação em enfermagem, nomeadamente, o da beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013). Tal como os enunciados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, relativa à investigação com seres humanos e também obtido o seu consentimento verbal (Nunes, 2013).

4.2. RESULTADOS

Os resultados é aquilo que resulta dos factos observados no decorrer da colheita de dados, sendo que esses factos são apresentados e analisados de forma a obter-se uma ligação lógica com o problema de investigação apresentado (Fortin, 1999c). “Apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas.” (Fortin, 1999c, p. 329). Em relação à interpretação dos resultados, implica que o investigador considere todos os aspetos da investigação, ou seja, examinar de forma profunda os resultados tendo em vista o problema de investigação, o quadro de referência, o objetivo da investigação e o conjunto de decisões tomadas na fase empírica (Fortin, 1999). Neste estudo será realizada uma análise descritiva dos resultados, isto é, são destacadas um conjunto de características dos sujeitos e análise do conteúdo dos dados colhidos (Fortin, 1999).

No início do projeto de intervenção profissional, a primeira dificuldade que se identificou e que se foi demonstrando ao longo do Estágio, foi o tempo de internamento, que para algumas das pessoas incluídas foi muito curto, sendo que só foi realizada uma intervenção em alguns dos casos.

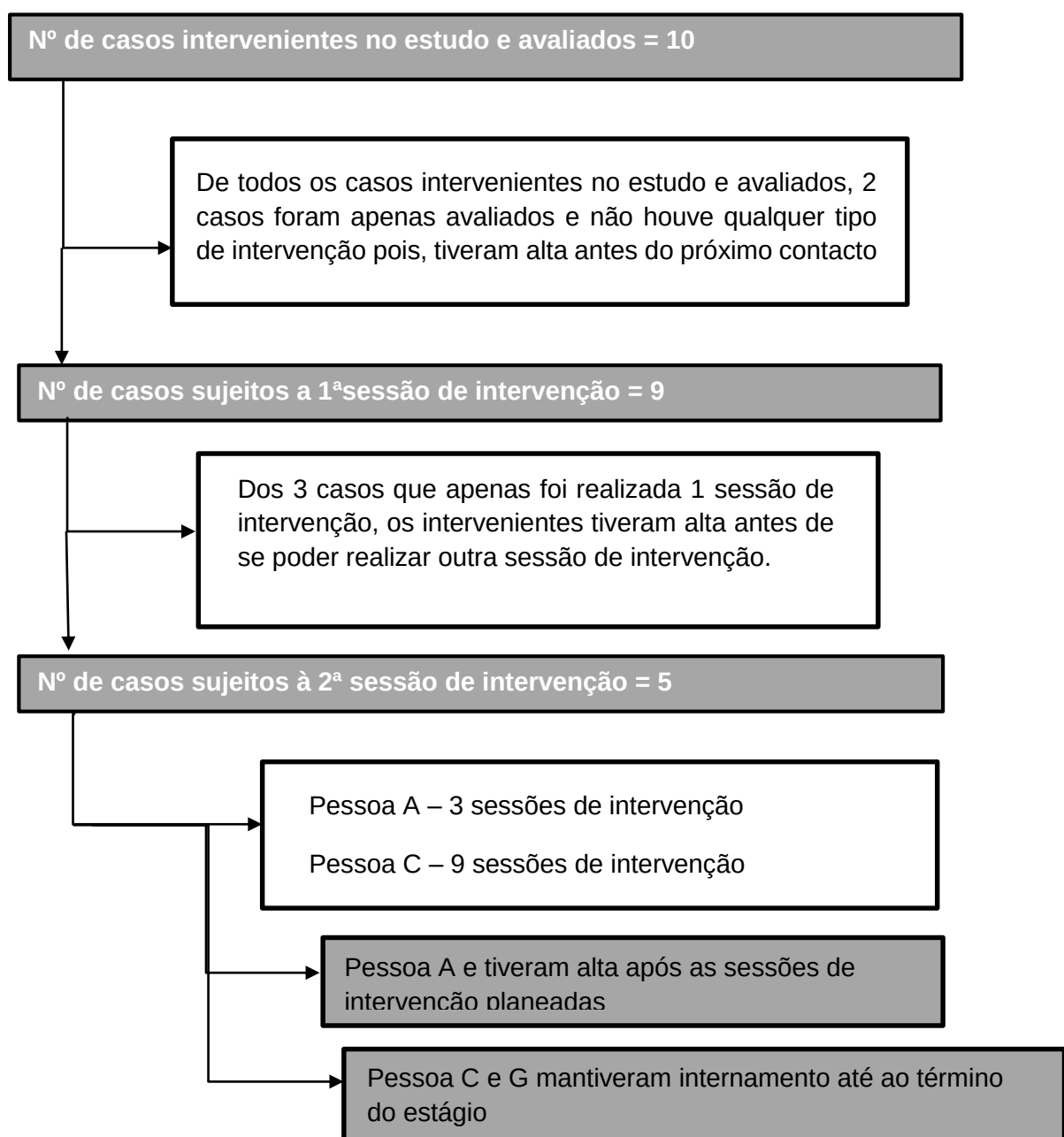
Apesar de se tratar de uma Unidade de AVC, e todas as pessoas admitidas no serviço cumprirem os critérios de inclusão no estudo, deu-se o caso de em algumas situações o internamento ter sido curto, e o facto também de algumas pessoas não estarem estabilizadas hemodinamicamente, não permitiu uma intervenção de Enfermagem de Reabilitação imediata.

Concluído o tempo previsto para a implementação do projeto de intervenção profissional, foram incluídos um total de 10 pessoas, todas elas identificadas com letras do alfabeto de A J, de forma a preservar as suas identidades. Verificou-se a implementação completa do programa

de reabilitação, com a realização de avaliações e colheitas de dados, de exercícios terapêuticos, exercícios de mobilização articular, treino de equilíbrio, treino de marcha e treino de autocuidado, sendo que das 10 pessoas intervenientes, foram realizadas no total, 25 sessões de intervenção no decorrer do período de Estágio.

Com o decorrer do tempo os participantes não foram os mesmos, tinham alta clínica, agravamento do estado clínico e novas admissões. No fluxograma (Gráfico 1) que se segue será demonstrado a intervenção realizada aos participantes durante o estágio.

Gráfico 1 – Fluxograma



De seguida serão apresentados os resultados obtidos durante a realização deste estudo. No quadro 3, abaixo, será apresentado de forma resumida os casos clínicos de cada participante. Nos Apêndices VIII, XIX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI e XVII são apresentados os casos clínicos de forma mais detalhada, que pode ser consultada de modo a facilitar a leitura dos resultados obtidos.

Quadro 3 – Resumo do caso clínico de cada participante

Pessoas	Sexo	Idade	Diagnóstico de admissão		Antecedentes pessoais	Nº de sessões de intervenção realizadas
A	Masculino	58 ^a	AVC	isquémico subagudo	Cardiopatia isquémica com doença de 3 vasos, submetido a colocação de stent; Estenose Aórtica grave, submetida a substituição de válvula aórtica por prótese biológica	3
B	Masculino	62 ^a	AVC	isquémico da ACM direita	HTA; Dislipidémia; Cardiopatia Isquémica, com Enfarte Agudo do Miocárdio em 2015; Fumador ativo e Hábitos etanólicos.	0
C	Masculino	66A	AVC	isquémico sem tradução imagiológica Após agravamento do estado clínico: AVC isquémico vertebro-basilar de etiologia aterosclerótica com complicação	AVC isquémico lacunar da corona radiata; Estenose intracranianas múltiplas (ambas ACM's e ACA direita); HTA; Dislipidémia; Tabagismo; Etilismo; Poliglobulia com flebotomia; Prótese total da anca direita.	9

			hemorrágica angiografia	após		
D	Masculino	50 ^a	AVC isquêmico do hemisfério direito	Fumador ativo; Colite isquêmica; Esteatose hepática; Asma na infância; AVC anterior com déficit da força no MSE; Fratura do MIE	2	
E	Feminino	78 ^a	AVC isquêmico da ACM direita	AVC hemorrágico há 16 anos sem défices; HTA; Dislipidémia; Humor depressivo e Alteração da acuidade visual	3	
F	Feminino	75 ^a	AVC sem tradução imagiológica	HTA; Dislipidémia; Diabetes Melitus tipo II; Cpap noturno; Depressão; Polipose do cólon descendente; Histologia com linfoma do manto e Anemia	1	
G	Masculino	73 ^a	AVC isquêmico da ACM direita	Hernioplastia inguinal direita; Traumatismo toraco-abdominal direito por acidente de trabalho e hábitos alcoólicos	5	
H	Masculino	56 ^a	AVC isquêmico da ACM esquerda	Artrite reumatoide seronegativa e artrite úrica; Vasculite leucocitoblástica; Fibrilhação auricular	1	
I	Feminino	80 ^a	AVC isquêmico sem tradução imagiológica	HTA; Dislipidémia; Diabetes Melitus tipo I; Carcinoma ductal; Abscesso hepático e trombose do ramo esquerdo da veia porta associado a Edema Agudo do Pulmão e lesão renal aguda; Depressão; Demência; Doença renal crónica	1	
J	Feminino	48 ^a	AVC isquêmico sem tradução imagiológica	HTA; Fumador ativo; Ansiedade; Cesariana	0	

Fonte: Própria

Para contabilizar, comparar os resultados e perceber de que modo a atuação do Enfermeiro de Reabilitação influenciou os resultados obtidos, foi elaborado um quadro (Quadro 4), com os scores obtidos em cada um dos instrumentos de avaliação para cada participante, comparando o score da primeira avaliação e o score obtido no final da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação. Os espaços que se encontram sem resultado, são aqueles em que houve apenas uma primeira avaliação, não havendo intervenções de Enfermagem de Reabilitação e a pessoa não foi avaliada em outro momento.

Quadro 4 – Resumo dos dados colhidos através dos instrumentos de avaliação para cada participante

Pessoas	Instrumentos de avaliação																			
	E. C.		NIHSS		E. Barthel		E.E.Berg		MIF		GUSS		E. Oxford							
	Glasgow																			
	1ª	Fim	1ª	Fim	1ª	Fim	1ª	Fim	1ª	Fim	1ª	Fim	MSD		MSE		MID		MIE	
													1ª	Fim	1ª	Fim	1ª	Fim	1ª	Fim
A	15	15	3	3	85	90	48	55	118	140	20	20	4/5	4+/5	5/5	5/5	4/5	4+/5	5/5	5/5
B	14	---	9	---	5	---	NA	---	30	---	11	---	5/5	---	4/5	---	5/5	---	4/5	---
C	15	15	4	4	70	70	30	30	94	96	20	20	4/5	4/5	5/5	5/5	4/5	4/5	5/5	5/5
1																				
C	14	15	13	6	15	55	0	9	24	80	1	14	4/5	4+/5	4/5	4/5	3/5	4+/5	3/5	4/5
2																				
D	15	15	3	3	95	100	55	55	140	140	20	20	5/5	5/5	4/5	4+/5	5/5	5/5	4/5	4/5
E	15	15	8	4	30	45	4	8	68	87	20	20	5/5	5/5	A. O. –	A. O. –	5/5	5/5	4/5	4+/5
															2/5	3/5				

															A. C. – 2/5 A. P. – 0/5 A. D. – 0/5	A. C. – 3/5 A. P. - 0/5 A. D. - 1/5				
F	15	---	6	---	65	---	NA	---	82	---	20	---	5/5	---	4/5	---	5/5	---	4/5	---
G	14	14	9	5	20	45	NA	NA	50	94	20	20	5/5	5/5	2/5	4/5	4/5	5/5	1/5	4/5
H	15	15	3	3	70	80	NA	NA	101	119	20	20	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
I	15	15	7	6	25	35	28	33	63	72	20	20	A. O. – 3/5 A. C. – 3/5 A. P. – 3/5 A. D. – 3/5	A. O. – 4/5 A. C. – 4/5 A. P. - 3/5 A. D. – 3/5	5/5	5/5	4/5	4/5	5/5	5/5
J	15	---	1	---	90	---	NA	---	118	---	20	---	A. O. – 5/5 A. C. – 5/5	---	5/5	---	5/5	---	5/5	---

A. P. –

4/5

A. D. –

4/5

Legenda: NA – Não avaliado; A.O. – Articulação do Ombro; A.C. – Articulação do Cotovelo; A.P. – Articulação do Punho; A.D. – Articulação dos Dedos

Fonte: Própria

De uma maneira geral, pode se verificar uma evolução positiva em todos os participantes na generalidade das escalas avaliadas, após intervenção por parte do Enfermeiro de Reabilitação.

Em alguns espaços pode se verificar a sigla NA (Não Avaliado), ou seja, está presente nos casos em que não houve possibilidade de avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg, ou porque a Pessoa se encontrava totalmente dependente e acamada ou porque, a pessoa não tolerou os exercícios pedidos para avaliação da mesma, não podendo ser considerada válida.

No quadro que se segue (Quadro 5), está evidenciado os Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação que foram identificados para todos os participantes intervenientes ao longo do estudo, sendo que está assinalado com X os diagnósticos nos quais houve intervenção por parte do Enfermeiro de Reabilitação para cada participante. Não foram realizadas sessões de intervenção com a Pessoa B e J, mas ainda assim, como foi elaborado um Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para estes participantes, também está assinalado da mesma forma os diagnósticos identificados.

Quadro 5 – Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação identificados para cada participante

Diagnósticos de Enfermagem de		Pessoas										
	Reabilitação	A	B	C1	C2	D	E	F	G	H	I	J
Autocuidado	Higiene	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
	Vestuário	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
	Ir ao Sanitário		X	X	X		X	X	X	X	X	X
	Comer		X		X		X				X	
	Beber		X		X		X				X	
	Arranjar-se		X		X		X		X	X	X	X
	Parésia	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
	Movimento Muscular	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Equilíbrio Corporal	X		X	X	X	X				X	
	Comunicação		X		X		X	X			X	
	Deglutição		X		X		X					
	Transferir-se			X	X		X	X	X	X	X	
	Andar	X						X			X	X
	Andar com auxiliar de marcha			X	X	X	X		X			
	Défice Sensorial						X					

Fonte: Própria

Ao analisar a informação fornecida pelo quadro acima, pode se verificar que o diagnóstico Movimento Muscular, foi aquele onde se verificou intervenção em todas as pessoas, bem como na generalidade dos autocuidados, foi onde houve mais intervenção por parte do Enfermeiro de Reabilitação nas pessoas intervenientes no estudo.

É também, evidente que na Pessoa D não houve qualquer tipo de intervenção nos autocuidados, por se verificar independência nos mesmos.

A Pessoa E, foi a única onde se identificou o diagnóstico Défice Sensorial, no qual houve intervenções nesse sentido.

4.3. DISCUSSÃO

A enfermagem moderna é uma profissão com uma história com cerca de 300 anos, originária do período de Florence Nightingale, na época da guerra da Crimeia, que teve como resultado milhares de soldados feridos e com sequelas resultantes desses ferimentos (Schoeller et al., 2018).

Sendo assim, a Enfermagem

(...) é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.⁹

Com base na definição da profissão de Enfermagem, podemos verificar que com a realização deste projeto tivemos como objetivo primordial ajudar a pessoa a atingir a sua capacidade funcional máxima, interagindo com os seus cuidadores e envolvendo o meio em que se encontra inserido.

Assim, o profissional de enfermagem detém um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas que lhe permite prestar cuidados de enfermagem, ao indivíduo, família e comunidade, aos vários níveis de prevenção.¹⁰

Cuidados esses, definidos como “(...) as intervenções autónomas ou independentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.”¹¹

Caracterizam-se por haver uma interação entre o enfermeiro e o doente, família e comunidade, estabelecendo uma relação de ajuda, ao utilizar uma metodologia científica, englobando as diferentes formas de atuação, tendo em conta o grau de dependência do utente.¹²

O início desta profissão deu-se essencialmente devido ao cuidado de pessoas feridas e com sequelas desses mesmos ferimentos, sendo que a Enfermagem de Reabilitação é uma especialidade bem mais recente dirigida a pessoas com sequelas de ferimentos, lesões ou doenças crónicas, que devido a tal se encontram incapacitadas de realizar tarefas consideradas comuns do dia-a-dia, com necessidade de reaprender a realizá-las (Schoeller et al., 2018).

⁹ Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996, p. 2960

¹⁰ Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996

¹¹ Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996, p. 2960

¹² Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996

Alguns autores afirmam que a Enfermagem de Reabilitação teve origem nas duas Grandes Guerras Mundiais, pela necessidade que havia de os soldados feridos e deficientes regressassem de novo às batalhas ou às suas casas, tendo como foco de cuidado a deficiência física e perdas funcionais (Schoeller et al., 2018).

No Preâmbulo do Regulamento nº 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019), do Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, a Reabilitação,

(...) enquanto, especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.¹³

A Reabilitação

(...) é uma prática multidisciplinar que se baseia, entre outros, em conhecimentos cientificamente fundamentados. Tem como finalidade assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes ações que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem. A sua prática é exercida por equipas especializadas aptas a utilizar da melhor forma os recursos disponibilizados pelos meios de reeducação funcional, de reinserção social e de reintegração escolar ou profissional (Hesbeen, 2003b, p. 53).

Este autor, defende que a Reabilitação é uma área de prática multidisciplinar que tem como objetivo capacitar a pessoa dependente para ultrapassar obstáculos que geram desvantagem, utilizando estratégias. Mas, outros autores defendem outras ideias, sendo a Reabilitação uma disciplina bastante completa e complexa.

Na perspetiva de outros autores, a Reabilitação é “(...) o diagnóstico e tratamento das respostas dos indivíduos e grupos a problemas de saúde potenciais ou reais relativos a alterações da habilidade funcional e estilo de vida.” (ARN,2000 citado por Hoeman, 2011, p. 1).

A Enfermagem de Reabilitação “(...) é um processo criativo que começa com cuidados preventivos imediatos no estágio inicial do acidente ou da doença. Continúa ao longo da fase restauradora dos cuidados e envolve a adaptação da pessoa como um todo ao novo estilo de vida.” (Stryker, 1997 citado por Hoeman, 2011, p.1).

A Reabilitação deve ser uma área dinâmica, contínua, progressiva, com vista a atingir a capacidade funcional, de forma a reintegrar o indivíduo na sua família e comunidade (Menoita et al., 2012).

¹³ Regulamento nº 392/2019 da OE, 2019, p. 13565

A Reabilitação, não é mais do que um processo no qual estão envolvidos vários intervenientes, como sejam, profissionais de saúde, utentes, famílias e cuidadores. É um processo que permite que o doente desenvolva as capacidades perdidas, sendo uma das variáveis desse processo, o autocuidado, com vista a promover a qualidade de vida da pessoa dependente, aumentando o seu nível de independência para que este se reintegre na sociedade (Pestana, 2017).

Por isso, “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.”¹⁴

Essa experiência permite ao EEER, tomar decisões no âmbito da promoção da saúde, da prevenção de complicações, no tratamento e na reabilitação da pessoa maximizando o seu potencial.¹⁵

O planeamento detalhado das intervenções de Enfermagem de Reabilitação que foi realizado nesta experiência clínica, permitiu verificar que foi possível individualizar os cuidados e atender às necessidades pessoais de cada indivíduo, família e cuidadores, de modo a garantir a máxima autonomia na realização dos autocuidados maximizando e potencializando as suas capacidades funcionais. Foram elaborados Planos de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, implementados e monitorizados para no final das sessões de intervenção obter resultados positivos e de satisfação das pessoas intervenientes no projeto.

O contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a qualidade dos cuidados, centra-se especificamente nos enunciados descritivos de bem-estar e autocuidado e readaptação funcional (Martins, Ribeiro & Silva, 2018).

Neste sentido, os enfermeiros de reabilitação deverão ter em consideração a intervenção na melhoria da acessibilidade e a eliminação de barreiras arquitetónicas quando preparam a pessoa para o regresso a casa (Pereira, Martins, Gomes, Aguilera e Santos, 2018). Assim, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, paralelamente com as entidades competentes, encarar a intervenção na acessibilidade como uma oportunidade de melhorar a promoção da acessibilidade e da inclusão social (Silva, Oliveira, Ribeiro, Prazeres & Ribeiro, 2019).

Sendo que este projeto foi centrado no contexto hospitalar e com pessoas dependentes após AVC, destaca-se aqui o papel primordial do EEER em empoderar as pessoas com AVC para a realização das atividades de vida diária de forma independente tendo em consideração a sua máxima capacidade funcional, iniciando o processo de reabilitação o mais precocemente

¹⁴ Regulamento nº 392/2019 da OE, 2019, p. 13565

¹⁵ Regulamento nº 392/2019 da OE, 2019

possível para um regresso a casa sem limitações, com vista a máxima acessibilidade e inclusão na comunidade.

Os enfermeiros de reabilitação têm um papel importante na recuperação funcional das pessoas com AVC, e o seu foco é prepará-las o mais rápido e melhor possível para o regresso a casa (Ribbers & Burshnik, 2018).

As atividades básicas e instrumentais de vida diária são as mais afetadas na pessoa com AVC, levando à limitação da atividade e restrição da participação da pessoa, neste contexto, o EEER tem uma intervenção importante na capacitação da pessoa através do ensino, instrução e treino de atividades de vida diária (Relhas, Ramos, Figueiredo, Braga, Pestana & Sousa, 2018), por meios dos ensinamentos empoderam-se as pessoas para uma tomada de decisão com autonomia e através do treino das atividades de vida diária promove-se a independência na realização das atividades (Sousa, Martins & Novo, 2020).

De modo a identificar as dependências nas atividades de vida diária foram utilizados instrumentos de avaliação fiáveis e validados, permitindo a identificação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação.

Os instrumentos de avaliação permitem a definição dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação de forma mais precisa e objetiva através dos critérios de diagnóstico, permitindo a implementação de enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem adequadas à situação clínica da pessoa (Silva & Grilo, 2018a).

Apesar de terem sido utilizados os instrumentos implementados na Unidade de AVC onde foi realizada a prática de cuidados, existem também outros instrumentos de avaliação validados, como é o caso do Eating Assessment Tool-10 e o Timed Up and Go Test. O Eating Assessment Tool-10 é um instrumento fiável, válido e com responsividade nas pessoas com AVC com alterações da deglutição (Pozo-Rosado, Gomes, Paula, Antunes & Sousa, 2018). O Timed Up and Go Test pode ser considerado como um instrumento fiável, válido e com responsividade, nas pessoas com AVC residentes na comunidade (Salvado, Raposo, Carneiro, Fonseca & Sousa, 2018). Este último, é um instrumento que permite avaliar o equilíbrio, relacionado com o nível de mobilidade funcional, sendo um teste rápido e simples, avaliando o risco de queda de uma pessoa (Salvado et al., 2018). Apesar de o Timed Up and Go Test, ser um instrumento fiável e muito utilizado na prática de cuidados, neste contexto de ensino clínico foi utilizada a Escala de Equilíbrio de Berg, sendo esta a que se encontra implementada na Unidade de AVC, também permitiu avaliar de forma clara e concreta o risco de queda nas pessoas com AVC.

Os principais fatores associados ao risco de queda em pessoas com AVC são a dificuldade na marcha, o equilíbrio prejudicado, idade superior a 65 anos, mobilidade reduzida, declínio das atividades básicas de vida diária, redução da força na extremidade inferior, lesões no hemisfério

direito e alterações cognitivas. Embora se confirme a natureza multifatorial dos fatores de risco, que requer intervenções abrangentes e multidisciplinares, as alterações na marcha e equilíbrio na pessoa com AVC são os fatores de risco mais apontados na literatura (Horta, Nozes, Paulo, Vilardouro, Marques & Sousa, 2020).

As principais intervenções de enfermagem dirigidas a pessoas com AVC, em fase de reabilitação estão relacionadas com: 1. Reabilitação motora e funcional. 2. Avaliação das funções fisiológicas e prevenção de complicações. 3. Cuidado emocional. 4. Cuidado relacionado com as atividades de vida diária. 5. Cuidados relacionados com a incontinência vesical e ao cateterismo urinário. 6. Prevenção de úlceras. 7. Cuidado oral. 8. Posicionamento correto na cama. 9. Prevenção de quedas (Cavalcante, Nemer Moreira & Ferreira, 2018).

O treino de prevenção de quedas deve ser fornecido durante a hospitalização inicial e após a alta; após a reabilitação, recomenda-se o exercício em casa ou na comunidade (Gittler & Davis, 2018).

Os doentes com AVC devem receber treino de atividades de vida diária tanto no hospital como após a alta hospitalar e devem ser feitas avaliações das alterações da deglutição precocemente, do equilíbrio e das alterações da comunicação (Gittler & Davis, 2018). Num estudo realizado em Portugal, verificou-se que mesmo após a alta os doentes com AVC necessitam de apoio, suporte, orientação, ensinamentos e treino para melhorar os resultados e prevenir complicações, assim como garantir uma transição segura para o regresso a casa (Oliveira, Silva, Sá & Brandão, 2020).

O projeto de intervenção que foi proposto, relaciona-se com a dependência nas atividades de vida diária, sobretudo a nível dos autocuidados, sendo que a sua realização fica afetada após o AVC e por serem tarefas que estão diretamente relacionadas com a intimidade e privacidade da pessoa, e por isso, tornou-se importante a intervenção neste sentido.

O EEER, durante o processo de capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e restrição da participação utiliza o seu conhecimento, capacidades e competências de modo a empoderar a pessoa para a tomada de decisão, maximizando, assim, a sua autonomia beneficiando da aprendizagem de capacidades para que a pessoa se torne mais independente na realização das AVD (Sousa et al., 2020).

Todas as áreas de intervenção que já foram referidas anteriormente, estiveram presentes na construção do projeto de intervenção e posteriormente para a realização deste relatório. Foram realizados treinos motores, cardíacos, respiratórios, a nível do equilíbrio, comunicação, deglutição e, também, a nível do treino das AVD, promovendo o autocuidado, de modo a capacitar a pessoa para uma melhor integração na comunidade, maximizando as suas capacidades funcionais, promovendo a independência.

Uma das áreas que se destacou mais durante a realização deste trabalho, foi no autocuidado Higiene, por ser o autocuidado onde se revelou maiores dependências a nível de todos os participantes.

O papel do EEER durante os cuidados de higiene, está relacionado com a avaliação e intervenção na pessoa tendo em conta a sua dependência, de modo a capacitá-la, promovendo a sua autonomia, funcionalidade e, conseqüentemente a sua qualidade de vida, assim como, agilizando a subcarga dos cuidadores (Fonseca, Martins, Cardoso & Ribeiro, 2020). “Maximizar o potencial da pessoa para o autocuidado pode reduzir custos associados aos cuidados de saúde com diminuição de tempos de internamentos, através de uma reabilitação cada vez mais precoce direcionada às necessidades humanas fundamentais.” (Fonseca et al., 2020, p. 2172).

Os doentes com AVC que tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação ao nível do autocuidado e da mobilidade têm maiores habilidades funcionais na admissão à reabilitação após a alta hospitalar (Hong, Karmarkar, Chan, Andersen, Kuo, Ottenbacher & Reistetter, 2017).

Muitas foram as intervenções de enfermagem realizadas durante o ensino clínico, mas destacou-se aqui, também, as alterações da deglutição, por ser um fator condicionante no bem-estar e satisfação da pessoa.

A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação tem um papel determinante na deteção precoce das alterações da deglutição e por via disso, na prevenção de complicações associadas, permitindo, fomentar uma deglutição em segurança (Góis & Ferreira, 2018).

Um adequado planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação demonstra-se eficaz para reverter as alterações na deglutição dos doentes e concorrem para incrementar a autonomia dos mesmos (Silva & Grilo, 2018b).

O enfermeiro de reabilitação, desempenha um papel central, como parte integrante da equipa interdisciplinar, na monitorização e observação das pessoas com disfagia, tanto durante o internamento hospitalar, como no seu acompanhamento contínuo (Frias, Biléu, Pires, & Marranita, 2015).

A observação e monitorização através da Escala de GUSS, no período em que se realiza as refeições, permite ao EEER, avaliar de forma correta e precisa as alterações da deglutição, tornando-se este um elemento que, no seio da equipa multidisciplinar, desempenha o papel mais importante para a avaliação da disfagia e alterações da deglutição.

Para além de o processo de reabilitação ter que se iniciar o mais precocemente possível, é preciso manter uma atividade regular no que diz respeito à reabilitação, de modo a evitar complicações que possam surgir com a mobilidade reduzida nas pessoas com AVC.

O ciclo de atividade física reduzida que leva à capacidade funcional reduzida e ao risco aumentado de complicações secundárias deve ser interrompido de modo a melhorar a qualidade

de vida do doente com AVC, especialmente o doente com AVC crónico. Numerosas complicações podem ser tratadas simplesmente pela aplicação de exercícios regulares, com resultados variados observados por atividades aeróbicas versus não aeróbicas, e por várias intensidades, em que os doentes com AVC recebem intervenções com base nas suas capacidades e que esses realizem essas atividades regularmente (Burris, 2017).

Os exercícios de orientação para a recuperação implementados por enfermeiros podem melhorar o prognóstico do doente em relação à atividade física e humor (Zhiyan, Nin, Baoyun, Zunke, Qinghong & Lange, 2017).

É preciso ter em consideração o risco de queda nas pessoas com AVC de modo a garantir a segurança durante as intervenções de reabilitação. Para além disso, o EEER detém um conjunto de conhecimentos e competências de modo a dirigir as intervenções de enfermagem, em fase de reabilitação, especificamente a pessoas com AVC.

Durante a implementação do projeto, e como se foi verificando ao longo da elaboração deste relatório, nos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação criados, estiveram sempre presentes o treino cardio-respiratório, bem como a tolerância ao exercício e o respeito pela dor referida pela pessoa durante os exercícios efetuados. Verificou-se, também, que houve uma monitorização dos programas concebidos, bem como, dos resultados obtidos em função dos objetivos definidos para cada pessoa, promovendo estratégias ao nível da prevenção do risco clínico, visto que os programas de reabilitação apenas se iniciaram após estabilização do estado clínico ou quando a própria pessoa demonstrou capacidade e disponibilidade para realizar o programa de reabilitação estabelecido.

Em jeito de sugestão ou estratégia futura, foi aqui pensado e refletido o panorama atual em que vivemos, o de uma pandemia por Covid-19 que afeta a população a nível mundial.

Em Março de 2020, a Ordem dos Enfermeiros publicou orientações para a atuação dos Enfermeiros de Reabilitação durante a pandemia por Covid-19, sendo estas baseadas na reabilitação respiratória com foco na cinesiterapia respiratória clássica, nos posicionamentos terapêuticos e exercícios/terapêuticas de fortalecimento muscular. Em contexto hospitalar e numa fase inicial, os cuidados de reabilitação só devem ser iniciados após estabilização dos sistemas respiratório, cardiovascular e nervoso e devem ser interrompidos quando existem alterações nestes sistemas (OE, 2020).

Em contexto domiciliário, os cuidados de reabilitação durante a pandemia devem centrar-se essencialmente na educação e precauções universais de controlo de infeção, que englobe ensinamentos relacionados com o ciclo ativo da respiração, cuidados a ter com as secreções traqueobrônquicas e técnicas de controlo da respiração. Deve também incentivar-se o doente a manter a

atividade física no domicílio com exercícios simples privilegiando o treino aeróbio e anaeróbio e o doente deve também fazer uma correta gestão da ansiedade (OE, 2020).

Estas recomendações publicadas pela Ordem dos Enfermeiros, são uma boa solução para evitar o internamento hospitalar em casos de Covid-19 mais simples, e até mesmo após alta hospitalar para manter os cuidados no domicílio, fazendo um ensino à distância dirigido á comunidade, através de plataformas digitais.

O EEER deve, também, manter o acompanhamento no domicílio para avaliar se o ensino realizado surte efeitos positivos e até mesmo como forma de esclarecimento de dúvidas (OE, 2020).

Neste sentido, deve-se ter em atenção as competências digitais dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros de reabilitação, de modo a elaborar programas de telereabilitação, como forma de estratégia de comunicação à distância e, assim, proteger os mais vulneráveis (Sousa, 2020).

A pandemia por Covid-19 veio despertar alguns desafios e oportunidades para a realidade da reabilitação, sendo que os profissionais de saúde e essencialmente os enfermeiros de reabilitação detêm um papel primordial na implementação de planos de enfermagem de reabilitação de modo a garantir o distanciamento físico mas mantendo a comunicação com a comunidade para a manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida, minimizando assim o risco de infeção (Sousa, 2020).

Como foi referido anteriormente, este trabalho foi elaborado tendo por base duas teorias, a Teoria do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis, tendo o mesmo contribuído para reforçar as ideias orientadas por estes autores. A pessoa quando transita do estado de saúde para o estado de doença, passa por um processo de aceitação e de constante mudança, levando por vezes a incapacidades e dependências, sobretudo a nível dos autocuidados, tornando-se assim o treino e capacitação proporcionados pelas competências exercidas pelo Enfermeiro de Reabilitação, uma mais valia para a independência no autocuidado, levando a uma transição saúde-doença bem sucedida e segura, com a finalidade de ajudar a tornar a nova situação ultrapassável pela pessoa com dependência.

A prática de Enfermagem exercida pelo Enfermeiro de Reabilitação, deve ser realizada de forma organizada, estruturada, clara e concisa. O modo como foi realizada a colheita de dados, utilizando os instrumentos de avaliação, o registo sistematizado que foi feito dos dados colhidos, avaliação desses mesmos dados e a forma como foram apresentados os resultados, através de tabelas e gráficos, permite uma melhor leitura do trabalho realizado. Posto isto, se o Enfermeiro de Reabilitação investir numa prática de forma organizada e planear as suas intervenções e

avaliar os resultados obtidos comparando com os resultados esperados, o seu trabalho durante a prática de cuidados, torna-se mais explícito, fiável e válido.

A realização deste projeto também permitiu verificar algumas limitações, ou seja, diretamente relacionadas com a amostra, visto esta ser seleccionada de forma não aleatória, sendo que os participantes foram seleccionados de forma conveniente para o investigador e ainda por ser uma amostra reduzida. O facto de a amostra ser reduzida limitou para que houvesse uma maior variedade na identificação de diagnósticos de enfermagem, pois podia ter-se obtido resultados com diagnósticos mais específicos. O facto de o tempo de estágio ter sido curto, não permitiu ao investigador um acompanhamento mais prolongado e detalhado da amostra, de modo a obter resultados num prazo mais longo. Com a realização deste trabalho, permitiu perceber que deveriam ser feitos estudos experimentais com amostras mais robustas sobre a dependência nos autocuidados durante o internamento e no acompanhamento após a alta e a forma que a atuação do Enfermeiro de Reabilitação contribui para a capacitação e independência das pessoas com dependência nos autocuidados.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Neste capítulo é apresentada uma análise reflexiva sobre as atividades realizadas de modo a adquirir as competências estabelecidas para o curso e da área de especialidade. Para exercer a profissão de Enfermagem é fundamental demonstrar um conjunto de competências, essencialmente:

(...) refletir sobre o próprio trabalho; monitorizar a qualidade dos serviços prestados; detetar potenciais problemas especificar os níveis exigíveis em cada uma das fases formativas e de responsabilidade no exercício da profissão; ser um marco de referência dos sistemas de avaliação e de titulação; ser um gestor de competência; ter maior mobilidade e flexibilidade intraprofissional; facilitar a definição dos objetivos formativos para as organizações de ensino; orientar a formação contínua e estruturar as carreiras profissionais nas organizações, de acordo com o seu nível de competência (Pestana, 2017, p. 48).

Assim, competência, pode definir-se como “a capacidade de organizar os seus recursos de prestador de cuidados numa dada situação profissional.” (Hesbeen, 2003a, p. 125).

A aquisição de competências não se faz apenas na escola, mas também no local de trabalho, por isso as situações que ocorrem no trabalho são um ponto de partida para uma reflexão crítica sobre a experiência adquirida (Silva & Silva, 2016).

Sendo assim, as competências que foram desenvolvidas no decurso do estágio final corresponderam às expectativas, por terem sido locais com diferentes atuações, por serem duas áreas muito distintas, uma em contexto de AVC e outra em ortotraumatologia e por apresentarem conceitos e variedades na prestação de cuidados, permitindo fomentar e aprofundar os conhecimentos nessas mesmas áreas.

Durante o estágio foram adquiridas competências definidas pelas unidades curriculares Estágio Final e Relatório de Estágio, competências essas que estão inerentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e no Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de Setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, para a obtenção do grau de Mestre.

5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº 140/2019 da OE (2019), publicado em Diário da República, II série – nº26, de 6 de Fevereiro de 2019, o “(...) 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.”¹⁶

Ainda, segundo o mesmo regulamento, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estão relacionadas com a educação, orientação, aconselhamento, liderança, capacidade de decodificar e investigar informação pertinente que lhe permite melhorar de forma contínua a prática de enfermagem.¹⁷

Ainda o mesmo Regulamento, define competências específicas para cada área de especialidade, embora existam competências aplicáveis e inerentes a todas as especialidades.

A aquisição de competências especializadas, confere ao enfermeiro especialista conhecimentos, capacidades e habilidades e tendo em conta as necessidades de saúde do grupo-alvo, permitindo-lhe atuar em diferentes contextos de vida e nos diferentes níveis de prevenção.¹⁸

Assim, pode se definir como competências comuns, as competências

(...) partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória.¹⁹

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são constituídas por quatro domínios, Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, Domínio da melhoria da qualidade, Domínio da gestão dos cuidados, Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.²⁰

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio, o enfermeiro deve demonstrar, durante a sua atuação, profissionalismo nomeadamente no âmbito das questões éticas e legais, tendo por base a deontologia profissional e respeitando os direitos humanos durante a prestação de cuidados na prática clínica. No decorrer do Estágio Final imperou o respeito pela privacidade, anonimado e dignidade das pessoas intervenientes no estudo, bem como, de outras pessoas aos quais foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação. A responsabilidade profissional este presente durante

¹⁶ Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019, p. 4744

¹⁷ Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019

¹⁸ Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019

¹⁹ Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019, p. 4745

²⁰ Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019

os dois contextos de estágio, no que diz respeito à assiduidade e pontualidade, bem como, na prestação de cuidados de forma responsável e teoricamente fundamentada.

Conforme descrito na Deontologia Profissional de Enfermagem, no artigo 78º, durante os estágios realizados, de modo a estabelecer uma relação profissional com as pessoas, foram respeitados os valores universais da igualdade; da liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015b).

Segundo o Artigo 81º presente na Deontologia Profissional de Enfermagem, foram respeitados os valores humanos tendo em consideração, o cuidar sem qualquer discriminação, salvaguardar os direitos da pessoa, promovendo a independência e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, colaborar na reinserção social das pessoas com deficiência, não fazer juízos de valor e respeitar opções políticas, culturais, morais e religiosas (OE, 2015b).

Foram também respeitados os Artigo 82º, dos direitos à vida e qualidade de vida e o Artigo 83º, do direito ao cuidado. Relativamente ao primeiro, foi sempre atribuído de forma igual valor à vida a todos os intervenientes, bem como a sua integridade bio-psico-social, cultural e espiritual e respeitando sempre o conceito de qualidade de vida de cada pessoa envolvendo a família e cuidadores. No segundo artigo referido, foram prestados os cuidados a tempo, respeitando a equipa multidisciplinar e trabalhando em colaboração com os mesmos, possibilitando, também, ao indivíduo a liberdade de escolha e ação, assegurando a continuidade dos cuidados ao efetuar registos de forma clara das observações e intervenções efetuadas (OE, 2015b).

Outro aspeto também muito importante neste domínio é o dever de informar, presente no Artigo 84º da Deontologia Profissional de Enfermagem, que diz que o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família relativamente aos cuidados de enfermagem prestados, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, respeitar o pedido de informação por parte do indivíduo no que diz respeito aos cuidados de enfermagem e informar a pessoa acerca dos recursos a que tem acesso e como os pode obter (OE, 2015b). Este artigo foi respeitado na medida em que, durante os estágios foram sempre explicados todos os procedimentos e intervenções que iam ser realizados e esclarecidas todas as dúvidas da pessoa e família, bem como, foi disponibilizado o consentimento informado (Apêndice VII) como já foi anteriormente referido. Concretamente, na Unidade de AVC, na qual foi realizado o projeto de intervenção, foi explicado aos participantes no que consistia o estudo e se consentiam a recolha de dados de forma anónima.

Ainda segundo a Deontologia Profissional de Enfermagem, foram tidos em consideração os Artigos 85º do dever do sigilo, Artigo 86º do direito pela intimidade, Artigo 89º da humanização

dos cuidados (OE, 2015b). Durante os estágios e a própria investigação foi sempre respeitado o anonimato das pessoa e confidencialidade dos dados fornecidos e consultados pelo investigador, bem como, o respeito pela intimidade e privacidade da pessoa, sendo que, durante a prestação de cuidados, foi sempre resguardada de outras pessoas e/ou profissionais por meio de cortinas ou fechando a porta e não expondo a sua intimidade para terceiros. O último artigo aqui referido, foi respeitado na medida em que, durante a prestação de cuidados foi sempre dada a atenção única à pessoa a quem se prestava cuidados, criando um ambiente propício ao desenvolvimento das suas capacidades.

Foram também tidos em conta todos os procedimentos éticos de atuação e de investigação, presentes na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo, com total aceitação livre e esclarecida através do consentimento informado e consentimento verbal da pessoa e/ou família.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

É neste domínio de competência que o enfermeiro especialista pode contribuir para a observância dos padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, sendo estes, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011b).

Para a prática da profissão de Enfermagem é fundamental, o enfermeiro, apresentar um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos, mas também investir no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Conforme descrito no Artigo 88º, da excelência do exercício da Deontologia Profissional de Enfermagem, na sua atuação profissional, o enfermeiro assume o dever da excelência do exercício. Por isso, deve avaliar o seu trabalho reconhecendo falhas que requerem mudanças de atitude, deve adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades específicas da pessoa, manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos, assegurar condições de trabalho que permitem exercer a profissão com dignidade e autonomia comunicando às entidades competentes os défices que prejudiquem a qualidade dos cuidados, assegurar a continuidade dos cuidados das atividades por si delegadas assumindo a responsabilidade pelas mesmas e por fim, privar-se de exercer funções sob influências de substâncias causadoras de perturbações das faculdades físicas e mentais (OE, 2015b). Analisando o artigo aqui referido, este domínio de competência foi adquirido no sentido em que, durante os estágios foi-se mantendo a atualização dos conhecimentos, por meio de pesquisa quando surgiam dúvidas nas situações que tinha que atuar, foi também sendo avaliado todo o trabalho realizado e ao

reconhecer falhas na sua atuação e de discutir esse assunto com os enfermeiros orientadores e professor, foram feitas mudanças na forma de atuação. Os cuidados prestados foram sempre adequados às especificações de cada pessoa, por meio de elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizados e adaptados à pessoa. Ao efetuar registos claros e com informação pertinente permitiu assim a continuidade dos cuidados.

Como exemplo, da aquisição de competências neste domínio, é o caso do estágio no serviço de Ortopedia, por ser uma área muito específica, foi necessário rever alguns conceitos e especificar a atuação do EEER para aquela prática de cuidados e pela individualidade das situações e diferentes formas de reagir das pessoas. No estágio da UAVC, houve a necessidade de pesquisar e estudar conceitos que não estavam tão claros e perceber como o tipo de lesão cerebral e área afetada, pode ter influência nas sequelas causadas e como isso afeta a independência da pessoa.

Pode aqui também ser referido o artigo 5º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), os enfermeiros utilizam uma metodologia científica que permite identificar problemas de saúde na pessoa, família grupos e comunidade, recolhe dados e avalia de forma pertinente formulando diagnósticos de enfermagem, elabora e realiza planos para a prestação de cuidados de enfermagem, executa de forma correta e adequada os cuidados, e no fim, avalia os cuidados de enfermagem prestados e reformula as intervenções.²¹ Todo este processo aqui descrito foi realizado durante os estágios, o que permitiu obter informação detalhada acerca da pessoa e suas necessidades, ao identificar os problemas específicos de cada pessoa e planejar as intervenções para maximizar as suas capacidades, permitindo assim, uma qualidade de cuidados prestados e excelência do exercício profissional.

Durante o estágio na UAVC foi proposto a realização de um trabalho de melhoria, por isso foi realizado o folheto informativo acerca da aplicação da Escala de GUSS e implementado no serviço, após realização de uma sessão de formação, que permitiu ajudar os profissionais na sua atuação e assim, melhorar a qualidade dos cuidados.

Relativamente ao último ponto deste domínio, cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, durante os estágios foi sempre tido em conta o risco de queda e avaliado segundo os parâmetros estabelecidos para cada instituição, criando também um ambiente seguro para a pessoa e profissional. Para este caso em concreto, pode se salientar o estágio no serviço de Ortopedia, ou seja, durante a reabilitação na área da ortopedia é essencial destacar o treino de marcha, por isso este quando era realizado tinha sempre que se ter em consideração o risco de queda, adequar o auxiliar de marcha e verificar as condições de segurança, se o piso não estava escorregadio, se não existiam obstáculos no percurso e se o material adaptativo se encontrava

²¹ Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996

em bom estado para ser utilizado e adaptar à pessoa. No caso do estágio na UAVC, também se tinha em conta o risco de queda, ou seja, pelo facto de as pessoas permanecerem com monitorização cardíaca e terapêutica endovenosa, antes de efetuar qualquer intervenção era necessário verificar se os fios não impediam a realização dessas mesmas tarefas e se não representavam risco de queda, bem como, o estado do piso para o treino de marcha e todos os aspetos, como no estágio anterior, foram tidos em consideração.

Domínio da gestão dos cuidados

Relativamente a este domínio, os cuidados foram geridos tendo em conta os limites de atuação do enfermeiro especialista entre a equipa multidisciplinar, respeitando sempre as outras profissões. Durante os estágios foi permitido tomar decisões no que diz respeito aos cuidados a serem prestados após discussão com os enfermeiros orientadores.

Posto isto, foram adquiridas competências no domínio da gestão dos cuidados, no sentido em que o enfermeiro especialista faz o plano para a prestação dos cuidados e tem de garantir a continuidade dos cuidados, tomando assim o papel de líder na equipa multidisciplinar.

Como exemplo, durante o estágio no serviço de Ortopedia, o enfermeiro de reabilitação tem um papel primordial na decisão de realizar o levante à pessoa após intervenção cirúrgica, tornando-se responsável e elaborando um plano para manter a continuidade dos cuidados após levante. No estágio na UAVC, foi também assumido um papel na gestão de cuidados, no sentido em que ao avaliar a pessoa e verificar alterações da deglutição e disfagia, foram dadas indicações no sentido de alterar consistências da alimentação para evitar episódios de disfagia. Bem como, ao verificar resultados positivos com as intervenções realizadas, durante a pesagem de turno e dos registos de enfermagem efetuados, foram referidos os resultados obtidos, permitindo uma continuidade dos cuidados.

No que diz respeito à gestão dos recursos, foi sempre tido em conta as necessidades e carências dos serviços sem pôr em causa a qualidade dos cuidados prestados, ou seja, adaptou-se os recursos existentes nos serviços às necessidades das pessoas para poderem receber os melhores cuidados.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Durante a prática clínica, foram evidenciados conhecimentos técnicos e científicos fundamentando sempre com assertividade as intervenções realizadas.

Apesar de ser enfermeira de cuidados gerais, foi mantida a consciência da posição enquanto estudante, mantendo sempre o respeito pela equipa dos contextos onde se realizou a prática clínica.

A evidência científica esteve sempre presente durante o desenvolvimento de atividades no decorrer da prática clínica, sendo que os conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente, durante as aulas teóricas, foram aprofundados pela prática e através da construção e realização do projeto de intervenção profissional.

No decorrer do estágio na UAVC foi elaborado um estudo de caso de um participante, tendo por base o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação que foi realizado de forma individualizada para essa pessoa. Com a realização do estudo de caso foi submetido um artigo científico, que aguarda aprovação de publicação.

No estágio no serviço de Ortopedia, também foi adquirida esta competência no sentido em que foi cumprido o proposto de fazer um acompanhamento detalhado de uma pessoa que iria ser submetida a prótese do joelho, com o intuito de recolher dados acerca da pessoa, perceber o porquê de ser intervencionada, quais as suas limitações e expectativas após a cirurgia; preparar a pessoa para a cirurgia no que diz respeito a intervenções relacionadas com a respiração de modo a tornar o intra e pós operatório mais facilmente ultrapassáveis; fazer um acompanhamento no intraoperatório, observando a cirurgia e perceber a funcionalidade e as estruturas envolvidas na prótese do joelho; realizar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação para o pós-operatório, capacitando a pessoa para a realização das atividades. Esta atividade proposta permitiu perceber a importância do papel do enfermeiro de reabilitação neste contexto e desenvolver essas aprendizagens úteis para um futuro na prática de cuidados.

No estágio que decorreu na UAVC foi, ainda, realizado um folheto informativo (Apêndice II) e consequentemente o plano de sessão de formação (Apêndice III) de explanação desse mesmo folheto, o qual demonstrou competências enquanto agente dinamizador de formação em contexto de trabalho.

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Embora, exista um conjunto de competências inerentes a todos os enfermeiros especialistas, incidimos no Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Posto isto, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, são:

- a) Cuida das pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência,

limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.²²

Analisando as competências específicas do EEER, na primeira, “Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.”²³, sendo que as pessoas com necessidades especiais, neste caso consideramos a pessoa com AVC e o contexto hospitalar, nomeadamente a Unidade de AVC é o contexto da prática de cuidados. Ao desenvolver os diversos itens, esta competência é composta por quatro unidades de competência incluindo os seus critérios de avaliação, sendo as seguintes unidades: “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidados nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório da elimina e da sexualidade; Avalia os resultados das intervenções planeadas.”²⁴

Descodificando as unidades correspondentes à primeira competência, percebemos que com a realização deste trabalho, foi possível avaliar de forma pormenorizada a funcionalidade de cada participante, identificando alterações e limitações, de modo a elaborar planos de intervenção apropriados e individualizados a cada pessoa, maximizando as suas capacidades com o objetivo de promover o autocuidado ao implementar intervenções planeadas e reeducar as funções tendo em conta os diferentes níveis de atuação, e por último, avaliando os resultados obtidos após a realização das intervenções planeadas, como foi descrito no capítulo anterior. Esta primeira competência aqui descrita diz respeito ao Processo de Reabilitação (Santos, 2017).

A Segunda competência do EEER, “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.”, tem como unidade de competência: “Elabora e implementa programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.”²⁵ Esta competência diz respeito às intervenções que foram previamente planeadas, ou seja, ensinios à pessoa e/ou cuidador no que diz respeito a técnicas específicas do autocuidado, realizar treinos de AVD, usando produtos de apoio, promover ambientes seguros de forma a eliminar fatores de risco ambientais, identificando

²² Regulamento nº 392/2019 da OE, 2019, p. 13566

²³ Regulamento nº 392/2019 da OE, 2019, p. 13566

²⁴ Regulamento nº 392/2019 da OE, 2019, p. 13566, 13567

²⁵ Regulamento nº 392/2019 da OE, 2019, p. 13567

barreiras arquitetônicas, e por fim, capacitar e empoderar a pessoa e educar a comunidade para a inclusão da pessoa com incapacidade na comunidade.

Neste sentido, a capacitar é torna-se num processo multidimensional, envolvendo conhecimento, decisão e ação e o empoderamento relaciona-se como o conhecimento e autonomia na tomada de decisão. A atuação dos enfermeiros de reabilitação enfoca no empoderamento e capacitação tendo por base o conhecimento nesta área de saber (Sousa et al., 2020).

Por isso, como estudante da especialidade de reabilitação, no decorrer das práticas clínicas, tanto na UAVC como no serviço de Ortopedia, foi possível reforçar o papel dos enfermeiros de reabilitação no empoderamento e capacitação das pessoas para o autocuidado, bem como, desenvolver competências específicas nesse sentido.

No que diz respeito à terceira e última competência, “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.” Esta, detêm duas unidades de competência: “Concebe e implementa planos de treino motor, cardíaco e respiratório; Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.”²⁶ Esta competência vem no seguimento anterior, ou seja, é preciso associar o treino, motor, cardíaco e respiratório aos restantes treinos, tendo em atenção a capacidade e tolerância da pessoa.

5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Para a obtenção do grau de Mestre é necessário: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentando os conhecimentos e permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; saber aplicar os conhecimentos e 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; 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; ser capaz de comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios obtidos, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem dúvidas; competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.²⁷

A aquisição de competências de mestre resulta do desenvolvimento das competências comuns dos enfermeiros especialistas e das competências específicas da área de especialização. As pesquisas efetuadas durante a prática clínica sendo baseada na evidência

²⁶ Regulamento nº 392/2019 da OE, 2019, p. 13567, 13568

²⁷ Decreto-Lei nº 115/2013 do Ministério da Educação e Ciência, 2013

científica, foi primordial para sustentar e aprofundar conhecimentos para a melhor prática dos cuidados específicos.

Ao desenvolver um projeto de investigação, permitiu adquirir outra das competências de mestre, ou seja, a sua construção, implementação e os resultados obtidos com a sua realização, contribuiu para o desenvolvimento da investigação na área de especialização e acima de tudo levantar novas questões de investigação, apontando novos caminhos para se investigar em enfermagem de reabilitação.

A reflexão realizada acerca daquilo que se ia desenvolvendo ao longo dos estágios, permitiu identificar problemas e limitações de modo a encontrar soluções para essas mesmas situações, sendo que se demonstrou importante para validar conhecimentos.

Durante a prática clínica, também, permitiu adquirir outra competência, a capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios à equipa multidisciplinar de uma forma clara, ou seja, a implementação do projeto permitiu demonstrar os resultados obtidos através das intervenções realizadas e concluir a importância do papel que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação detém como membro constituinte da equipa multidisciplinar.

A elaboração deste relatório, na qual é feita uma apresentação dos resultados obtidos ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção, também permite demonstrar as competências adquiridas, o trabalho que foi desenvolvido e os resultados alcançados. Foi, também, elaborado um artigo científico tendo por base um estudo de caso, que aguarda publicação, que permitiu também aprofundar conhecimentos e comunicar resultados obtidos através das intervenções do EEER.

Relativamente ao último ponto aqui descrito para a obtenção do grau de mestre, a atuação durante os estágios na prestação de cuidados à pessoa, demonstrou deter um conjunto de conhecimentos, o que permitiu adquirir competências permitindo uma aprendizagem ao longo da vida.

Sendo assim, pode se concluir que as competências de mestre foram adquiridas através das atividades desenvolvidas respeitando o ciclo de estudos da qual faz parte as unidades curriculares Estágio Final e Relatório de Estágio.

CONCLUSÃO

A profissão de Enfermagem exige uma constante atualização e formação no sentido de aprofundar conhecimentos existentes e adquirir novos saberes.

A atualização e necessidade de formação especializada levou a ingressar no curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Reabilitação.

O Estágio Final disponha de um conjunto de objetivos, dos quais se considera que foram alcançados. Conforme foi descrito na análise reflexiva das competências de forma detalhada e também com a descrição do projeto de intervenção, no decorrer dos estágios as pessoas foram avaliadas em termos de funcionalidade para ser possível diagnosticar alterações e limitações da atividade, foram implementados programas de reabilitação empoderando e capacitando, desenvolvendo programas de treino de AVD, com vista a maximização da autonomia, independência na realização das AVD e consequente melhorar a qualidade de vida.

Com a elaboração de planos de cuidados individualizados permitiu diagnosticar, planejar, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC e à pessoa com problemas ortopédicos e ortotraumatológico.

Este relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio, sendo que se pode concluir que foram alcançados os objetivos preconizados para esta unidade curricular.

Demonstrou-se a capacidade de reflexão crítica sobre as práticas, fazendo uma análise reflexiva das competências adquiridas ao longo do Estágio Final.

Com a elaboração do enquadramento teórico neste relatório, verifica-se que todo o trabalho desenvolvido e escolhas que predominaram durante a prática clínica, foram fundamentados com base na teorização e na evidência científica.

Outro dos objetivos estabelecidos para esta unidade curricular, foi a realização de um projeto de intervenção profissional, neste caso com o intuito de perceber o “Contributo das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação para o autocuidado na pessoa com dependência”, que com a sua implementação e como foi descrito neste relatório, se obtiveram resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Com a elaboração do projeto de intervenção profissional foi possível perceber a forma de atuação dos enfermeiros de reabilitação em contexto de Unidade de AVC, bem como, a forma como foi elaborado o projeto pode melhorar o modo de atuação dos enfermeiros de reabilitação e assim, permitir uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O fator limitador para a elaboração do projeto de intervenção foi o tamanho reduzido da amostra, o qual permitiu alcançar os resultados esperados mas com limitações nos diagnósticos identificados e no acompanhamento mais prolongado da amostra para obter melhores resultados e num prazo mais alargado.

A maior dificuldade encontrada durante o Estágio Final foi a gestão do tempo, ou seja, conciliar os horários de estágio com os horários de trabalho, bem como, ter decorrido num espaço de tempo muito curto, o qual não permitiu a seleção de uma amostra mais robusta e do seu acompanhamento para uma implementação do projeto mais detalhada.

A maior dificuldade na aprendizagem foi assimilar os conhecimentos que foram necessários adquirir, mas com pesquisa, estudo e apoio dos enfermeiros orientadores e professor, foi possível assimilar esses conhecimentos estabelecendo relação com a prática da prestação de cuidados.

Por isso, é importante continuar a investigação na área da enfermagem de reabilitação com vista a aumentar o nível de evidência e alcançar metas para uma produção de cuidados no sentido de melhorar a qualidade dos mesmos e consequentemente a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association [APA] (2012). *Manual de publicação da APA* (6.^a edição). Porto Alegre, Brasil: Penso Editora
- Barata, L.F. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A importância da Formação Contínua in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (123-135). Loures, Lusodidática
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Burris J. E. (2017). Stroke Rehabilitation: Current American Stroke Association Guidelines, Care, and Implications for Practice. *Missouri medicine*, 114 (1), 40–43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6143585/>
- Cavalcante, T. F., Nemer, A. P. L., Moreira, R. P., & Ferreira, J. E. D. S. M. (2018). Nursing interventions to the patient with stroke in rehabilitation. *Journal of Nursing UFPE on line*, 12 (5), 1430-1436. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230533p1430-1436-2018>
- Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (227-251). Loures, Lusodidática
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I Série A, nº 205. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>
- Decreto-Lei nº 115/2013 do Ministério da Educação e Ciência (2013). Diário da República: I Série, nº 151. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/498487/details/normal?q=Decreto-Lei+n%C2%BA%20115%2F2013>

Decreto-Lei nº 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Diário da República: I Série, nº 176. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq

Despacho nº 054/2011 da Direção-Geral da Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Despacho nº 015/2017 da Direção-Geral da Saúde (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>

Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J. & Reis, M. (2018) Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência, série IV* (16), 85-94. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17090>

Fonseca, E. F., da Silva Martins, M. M. P., Cardoso, M. F. P. T., & Ribeiro, M. I. B. (2020). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de higiene: uma intervenção para autonomia. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 6 (1), 2083 - 2091. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/429

Fortin, M.F. (1999a). Comunicação dos Resultados in Fortin, M. F. (Eds.) *O Processo de Investigação da conceção à realização*. (339-347). Loures: Lusociência

Fortin, M.F. (1999b). Os objetivos da Investigação e as suas Questões ou Hipóteses in Fortin, M. F. (Eds.) *O Processo de Investigação da conceção à realização*. (99-110). Loures: Lusociência

Fortin, M.F. (1999c). Apresentação e interpretação dos Resultados in Fortin, M. F. (Eds.) *O Processo de Investigação da conceção à realização*. (329-338). Loures: Lusociência

- Frias, A., Biléu, C. E., Pires, M. T., & Marranita, S. M. (2015). Disfagia no doente após acidente Vascular Cerebral: Consequências e Intervenção do Enfermeiro. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 1 (3), 388. http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/79
- Gittler, M., & Davis, A. M. (2018). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. *Jama*, 319 (8), 820-821. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525>
- Góis, S.V.C. & Ferreira, R.F. (2018). Avaliação Precoce da Deglutição à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4 (2). 1461-1477. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/275
- Hesbeen, W. (2003a). Formação e Reabilitação in Hesbeen, W. (Eds.) *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. (115-134). Loures: Lusociência
- Hesbeen, W. (2003b). A Missão da Reabilitação in Hesbeen, W. (Eds.) *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. (27-54). Loures: Lusociência
- Hoeman, S. P. (2011). História, Controvérsias e Tendências in Hoeman S., P. (Eds.) *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ªEdição). (1-13). Loures: Lusodidacta
- Hoeman, S. P., Liszner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária in Hoeman S., P. (Eds.) *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ªEdição). (1-13). Loures: Lusodidacta
- Hong, I., Karmarkar, A., Chan, W., Andersen, C., Kuo, Y., Ottenbacher, K. J. & Reistetter, T. (2017). Descriptive comparisons between patients with stroke in inpatient and skilled nursing rehabilitation. *Innovation in Aging*, 1 (Suppl 1), 258. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6243772/>
- Horta, M.ÂR., Nozes, A.J., Paulo, C., Vilardouro, M.E., Marques, J.M. & Sousa, L.M.M. (2020). Fatores de risco de queda na pessoa com Acidente Vascular Cerebral. *Revista*

Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3 (1), 14-20. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERv3n1.pdf>

INE (2020). *População residente (nº) por local de residência*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0

INE (2020). *Taxa de mortalidade por 100 000 habitantes por local de residência e por Doenças Cerebrovasculares*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0

Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral in Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (465-474). Loures, Lusodidática

Martins, M. M.; Martins, A. C. & Martins, A. R. (2017). Reeducação Familiar/Social – Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (67-76). Loures, Lusodidática

Martins, M.M., Ribeiro, O. & Silva, J. V. (2018). O contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (1), 22-29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>

Menoita, E., Pão-Alvo, I., Sousa, L. & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. 1ª edição. Loures: Lusociência

Moro, C. & Neto O. (2018). Módulo III – Escalas de Avaliação. Disponível em: <http://acaoavc.org.br/admin/wp-content/uploads/2018/01/13.-Apostila-Pacto-AVC-M%C3%B3dulo-03.pdf>

- Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Oliveira, A., Silva, A., Sá, N. & Brandão, S. (2020). Consulta de enfermagem de reabilitação ao doente pós evento cerebrovascular: que desvios encontrados ao plano delineado à alta pelo enfermeiro de reabilitação? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1), 5-13. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERv3n1.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2020). Orientações – Covid-19: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para pessoas com Covid-19, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.aper.pt/Ficheiros/Covid19/mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o-orienta%C3%A7%C3%B5es-covid-19%20\(1\).pdf](https://www.aper.pt/Ficheiros/Covid19/mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o-orienta%C3%A7%C3%B5es-covid-19%20(1).pdf)
- Parecer nº 12/2011 da Ordem dos Enfermeiros (2011). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiar_AVD.pdf

- Pereira, R.S.S., Martins, M.M., Gomes, B., Aguilera, J.A.L., & Santos, J. (2018). A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção da Acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (2), 66-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538>
- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (47-56). Loures, Lusodidática
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda
- Petronilho, F.; Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (3-14). Loures, Lusodidática
- Pontes, M. M. (2017). Doença Crónica in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (487-500). Loures, Lusodidática
- Portaria nº 82/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República: I Série, nº 71/2014. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/25343991/details/maximized>
- Pozo-Rosado, J.L., Gomes, A.A.S.R., Paula, A.C.A.B., Antunes, A.S.L. & Sousa, L.M.M. (2018). Escala Eating Assessment Tool 10 na pessoa com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (2). 14-19. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERV1N2.pdf>
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, nº 26. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/119236195/details/maximized?parte_filter=33&dreId=119190226
- Regulamento nº 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, nº 85. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

- Reis, G., Bule, M.J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (57-63). Loures, Lusodidática
- Relhas, L.C.A., Ramos, R.F.P., Figueiredo, A.C.L., Braga, A.I.G.D.S., Pestana, H.C.F.C. & Sousa, L.M.M. (2018). Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde para Acidente Vascular Cerebral. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (2). 26-32. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERV1N2.pdf>
- Ribbers, G., & Bushnik, T. (2018). Recovery after a Stroke. In Buijck, B. & Ribbers, G. (Eds.). *He Challenges of Nursing Stroke Management in Rehabilitation Centres*. (29-33). Springer, Cham
- Salvado, H. J. F., Raposo, S. C. F., Carneiro, A. I., Fonseca, P. M. S., & Sousa, L. M. M. (2018). Timed up and go test na pessoa com acidente vascular cerebral residente na comunidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (1), 62-68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.08.4389>
- Santos, L. L. (2017). O Processo de Reabilitação in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (15-23). Loures, Lusodidática
- Schoeller, S., Martins, M., Ribeiro, I., Lima, D., Padilha, M., & Gomes, B. (2018). Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (1), 17-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.01.4388>
- Silva, P.C.L. & Grilo, E.N. (2018a). Reeducação funcional da pessoa com deglutição comprometida: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (2). 49-59. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERV1N2.pdf>
- Silva, P.C.L & Grilo, E.N. (2018b). Deglutição Comprometida: Uma Abordagem de Enfermagem de Reabilitação. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4 (3). 1498-1517. Disponível em: <file:///C:/Users/inest/Downloads/267-1311-1-PB.pdf>

- Silva, C.F., Oliveira, F.D.B., Ribeiro, M.P., Prazeres, V.M.P. & Ribeiro, O.M.P.L. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2 (2), 20-26. Disponível em: <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/RPERv2n2.pdf>
- Silva, D.M. & Silva, E.M.V.B. (2016). Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. *Millenium, Journal of Education, Technologies and Health*, 30, 103-119. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/445/1/Ensino%20cl%c3%adnico.pdf>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC] (2017). *Guia das Unidades de AVC*. Porto, Raiox-Produção de Conteúdos
- Sousa, L.M.M. (2020). Telereabilitação em tempos de Covid-19: Um desafio ou uma Oportunidade? *Revista Investigação em Enfermagem, Série II* (32), 7-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344168054_Telereabilitacao_em_tempos_de_COVID_19_Um_desafio_ou_uma_oportunidade
- Sousa, L., Martins, M. & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1). 64-69. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERv3n1.pdf>
- Souza, A. & Santos, G. (2012). Sensibilidade da Escala de Equilíbrio de Berg em indivíduos com osteoartrite. *Revista de Educação Física*, 18 (2), 307-318. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/motriz/v18n2/v18n2a11.pdf>
- Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (351-363). Loures, Lusodidática
- World Health Organization (2002). *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid: WHO. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Zhiyan, H., Nin, L., Baoyun, C., Zunke, G., Qinghong, W., & Lange, F. (2017). Rehabilitation Nursing for Cerebral Stroke Patients within a Suitable Recovery Empty Period. *Iranian journal of public health*, 46 (2), 180–185. Disponível em: <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/9046>

Apêndices

Apêndice I – Caracterização do Hospital do Grupo I e Serviço de Ortopedia

Caracterização do Hospital do Grupo I e Serviço de Ortopedia

O estágio realizado na área da ortotraumatologia teve lugar num Hospital do Grupo I na região do Alentejo. Os hospitais do grupo I obedece às seguintes características:

i. Área de influência direta para as valências existentes entre 75.000 e 500.000 habitantes, sem área de influência indireta; ii. Valências médicas e cirúrgicas de, medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imunohemoterapia e medicina física e de reabilitação; iii. Outras valências, nomeadamente, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia, gastrentologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, infecciologia, nefrologia, reumatologia e medicina nuclear são incluídas no Grupo I, de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas; iv. Não exerce as valências de genética médica, farmacologia clínica, imuno-alergologia, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica, reconstrutiva e estática, cirurgia cartiotorácica, cirurgia maxilofacial, cirurgia pediátrica e neurorradiologia.²⁸

O serviço de Ortopedia onde se realizou o estágio dispõe de 18 camas e de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, sendo 2 destes EEER, assistentes operacionais, assistente social, técnicos de diagnóstico e terapêutica, funcionários administrativos e assistente religioso.

Este serviço contempla casos de ortotraumatologia e cirurgia de revisão programadas, como prótese do joelho, artroscopia do joelho e prótese da anca.

O serviço de Ortopedia dispõe, ainda, de uma valência relativamente recente, a hospitalização domiciliária, isto é, um modelo de assistência clínica alternativo ao internamento hospitalar. Esta valência dispõe de 5 camas com acompanhamento diário por um enfermeiro e um fisioterapeuta. A pessoa é assistida em casa por uma equipa multidisciplinar responsável por prestar cuidados em contexto domiciliário tendo em consideração as necessidades da pessoa e exigências da situação. A equipa multidisciplinar é constituída por elementos que prestam cuidados no serviço de ortopedia, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêutico, assistente social e administrativo. Para a prestação destes cuidados é necessária a presença de um cuidador informal, assegurando a articulação entre a pessoa e a equipa da hospitalização domiciliária. A criação desta valência permite a diminuição do tempo de internamento hospitalar, adaptando a pessoa mais precocemente ao seu contexto domiciliário.

²⁸ Portaria nº 82/2014 do Ministério da Saúde, 2014, p. 2365

Os objetivos para o estágio neste contexto foram: Aprofundar conhecimentos na área de Ortopedia; Prestar cuidados especializados de reabilitação a pessoas dependentes em contexto de ortotraumatologia e cirurgia de revisão programada; Perceber o papel da intervenção da equipa de hospitalização domiciliária; Perceber o papel do EEER no pré e pós operatório.

Apêndice II – **Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Estudo de Caso**



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente(s): Prof Doutor Luís Sousa

PLANO DE CUIDADOS

Autor(es):

Inês Trindade nº 12815

OUTUBRO

2019

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente(s): Prof Doutor Luís Sousa

PLANO DE CUIDADOS

Autor(es):

Inês Trindade nº 12815

OUTUBRO

2019

Plano de Cuidados

Abreviaturas e Siglas

ACM – Artéria Cerebral Média
ABVD – Atividade Básica de Vida Diária
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividade de Vida Diária
CR – Cadeira de Rodas
HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora
HTA – Hipertensão arterial
MID – Membro Inferior Direito
MIE – Membro Inferior Esquerdo
MSD – Membro superior direito
MSE – Membro Superior Esquerdo
UAVC – Unidade de AVC

Plano de Cuidados

ÍNDICE

	Pág.
1 – AVALIAÇÃO INICIAL.....	4
1.1 – AVALIAÇÃO SUBJETIVA E OBJETIVA.....	4
2 – OBJETIVOS DA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC.....	11
3 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	12
4 – NOTAS DE EVOLUÇÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

Plano de Cuidados

Nome: M.G.A

Idade – 78A

Género –Feminino

Diagnóstico – AVC isquémico da ACM direita

Antecedentes pessoais – AVC hemorrágico há 16 anos sem défices; HTA; Dislipidémia;

Humor depressivo e Alteração da acuidade visual

1 – AVALIAÇÃO INICIAL

Realizada colheita de dados, baseada no Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney, publicado em 1976. Este modelo foi seguido para realizar a avaliação inicial, através de entrevista informal ao próprio utente e consulta do processo clínico.

INFORMAÇÃO BIOGRÁFICA

Doente com 78A de idade do sexo feminino, independente em todas as Atividades de Vida Diária (AVD's). Reside com o marido e são apoiados pela filha-.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Recorre ao Serviço de Urgência do HESE, por assimetria facial e dificuldade na articulação das palavras. Ativada Via Verde AVC

Tem como diagnóstico de admissão, AVC isquémico sem tradução imagiológica. Admitida na UAVC 24 horas após.

1.1 - AVALIAÇÃO SUBJETIVA E OBJETIVA

- **Manutenção de um ambiente seguro:** A utente encontra-se desperta, orientada nos três domínios (tempo, espaço e pessoa), escala de Coma de Glasgow 15 (abertura ocular espontânea – 4; resposta verbal orientada – 5; obedece a comandos – 6), avaliação que se manteve no final da intervenção. Segundo a Escala de Morse, apresenta médio risco de

Plano de Cuidados

queda, com score de 35 pontos (Antecedentes de Queda – 0; Presença de diagnóstico secundário – 15; Auxílio na deambulação – 0; Terapia endovenosa – 20; Estado mental – 0).

Sem alergias conhecidas (alimentares/medicamentosas).

- **Comunicação:** A utente comunica, embora apresente discurso disártrico, com alterações na função da laringe, mas perceptível. Com discurso coerente tanto com familiares como profissionais de saúde e outros doentes. Doente calma, comunicativa e assertiva. Apresenta boa capacidade de escutar e comunicar.

- **Respiração:** O padrão respiratório é de predomínio toraco-abdominal. Murmúrio vesicular presente em todos os terços pulmonares e sem ruídos adventícios. Frequência respiratória – 20 ciclos/minuto e oximetria periférica 96-98%. Pele e mucosa labial normocorada.

Não apresenta dispneia, sem sinais de dificuldade respiratória e sem cansaço. Sem necessidade de oxigenioterapia.

Apresenta escassos acessos de tosse seca esporádicos. Sem expetoração ou sinal de presença de secreções.

- **Alimentação:** Cumpre dieta geral hipossalina. Não apresenta alergias alimentares, nem intolerâncias. Usa prótese superior. Apresenta parésia facial central esquerda, com diminuição da sensibilidade tátil na face esquerda. É necessário verificar a presença de restos de alimentos na bochecha esquerda. Necessita de ajuda (para cortar) no autocuidado, com score 5 na Escala de Barthel.

- **Eliminação:** Apresenta continência vesical e intestinal. No leito recorre a arrastadeira, mas quando se desloca ao sanitário, elimina no sanitário. Na Escala de Barthel apresenta score 10 na ABVD Eliminação Vesical e score 10 na Eliminação Intestinal.

- **Higiene pessoal e vestuário:** Dependente em grau elevado. Higiene pessoal realizada no turno da manhã, no duche. É realizada a higiene pessoal, o banho e vestuário por um profissional de saúde.

- **Controlo da temperatura corporal:** Pele e mucosas normocorada. Integridade cutânea mantida, pele hidratada. Apirética, avaliada diariamente temperatura timpânica.

- **Mobilidade:** Apresenta hemiparesia esquerda, com força muscular (Escala de Oxford) grau 2/5 no movimento de abdução, adução e de flexão na articulação do ombro e grau 2/5

Plano de Cuidados

no movimento de flexão e extensão na articulação do cotovelo. Tem grau 0/5 em todos os movimentos da articulação do punho e dos dedos da mão esquerda. Grau 4/5 em todas as articulações e movimentos do MIE. Apresenta força muscular grau 5/5 no MSD e MID. Apresenta ataxia na prova dedo-nariz à esquerda. Com score 0 nos autocuidados transferência leito-CR, mobilidade e escadas na Escala de Barthel.

- **Trabalho e lazer:** Utente sem atividade profissional, reformada e se atividades de lazer.
- **Expressão da sexualidade:** Não avaliado, não se demonstra relevante para o programa de reabilitação.
- **Sono:** Utente não faz terapêutica indutora do sono. Sem alterações do padrão de sono.

Parâmetros vitais avaliados e registados:

Monitorização de parâmetros vitais			
	1ª intervenção	2ª intervenção	3ª intervenção
Tensão arterial	151/88 mmHg	132/99 mmHg	131/65 mmHg
Frequência Cardíaca	68 bpm	76bpm	61bpm
Frequência Respiratória	20 ciclos/minuto	18 ciclos/minuto	19 ciclos/minuto
Oximetria	97% (ao ar ambiente)	97% (ao ar ambiente)	96% (ao ar ambiente)
Temperatura corporal	36°C	36°C	36,3°C
Dor	0	0	0

Avaliação de Escalas:

Escala de Coma de Glasgow					
Variáveis		Pontuação	1ª intervenção	2ª intervenção	3ª intervenção
Abertura Ocular	Espontânea	4	X	X	X
	A voz	3			
	À Dor	2			
	Nenhuma	1			
Resposta Verbal	Orientada	5	X	X	X
	Confusa	4			

Plano de Cuidados

	Palavras inapropriadas	3			
	Palavras incompreensivas	2			
	Nenhuma	1			
Resposta motora	Obedece comandos	6	X	X	X
	Localiza Dor	5			
	Movimento de retirada	4			
	Flexão anormal	3			
	Extensão anormal	2			
	Nenhuma	1			
Score			15	15	15

Escala de NIHSS			
	1ª intervenção	2ª intervenção	3ª intervenção
1 a. Nível de Consciência	0	0	0
1 b. NDC Questões	0	0	0
1 c. NDC Ordens	0	0	0
2. Melhor Olhar Conjugado	0	0	0
3. Campos Visuais	0	0	0
4. Parésia Facial	1	1	1
5. Força Muscular dos Membros Superiores	3	2	2
6. Força Muscular dos Membros Inferiores	1	0	0
7. Ataxia de Membros	1	1	1
8. Sensibilidade	1	0	0
9. Melhor Linguagem	0	0	0
10. Disartria	1	1	0
11. Extinção e Desatenção (antigo neglet)	0	0	0

Plano de Cuidados

SCORE	8	5	4
--------------	----------	----------	----------

Escala de Barthel			
	1ª intervenção	2ª intervenção	3ª intervenção
Intestino	10	10	10
Bexiga	10	10	10
Higiene Pessoal	0	0	5
Uso da Sanita	0	0	5
Alimentação	5	5	5
Transferência Leito-CR	0	5	5
Mobilidade	0	10	10
Vestir	5	5	5
Escadas	0	0	0
Banho	0	0	0
SCORE	30	45	55

Escala de Equilíbrio de Berg			
	1ª intervenção	2ª intervenção	3ª intervenção
1 – Posição sentada para posição em pé	0	1	1
2 – Permanecer em pé sem apoio	0	0	0
3 – Permanecer sentado sem apoio nas costas	3	4	4
4 – Posição em pé para posição sentada	0	2	2
5 – Transferências	1	1	1
6 – Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	0	0	0
7 – Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	0	0

Plano de Cuidados

8 – Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé	0	0	0
9 – Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	0	0	0
10 – Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros enquanto permanece em pé	0	0	0
11 – Girar 360°	0	0	0
12 – Posicionar os pés alternadamente no degrau enquanto permanece em pé sem apoio	0	0	0
Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	0	0
Permanecer em pé sobre uma perna	0	0	0
SCORE	4	8	8

Medida de Independência Funcional – M.I.F			
Dimensões	1ª intervenção	2ª intervenção	3ª intervenção
Autocuidados			
A – Alimentação	2	3	3
B – Higiene Pessoal	2	3	4
C – Banho (Lavar Corpo)	2	3	4
D – Vestir metade superior	2	4	4
E – Vestir metade inferior	2	2	2
F – Utilização da sanita	2	2	2
Controlo de Esfíncteres			
G – Bexiga	7	7	7
H – Intestino	7	7	7
Mobilidade: Transferências			
I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	3	4

Plano de Cuidados

J – Sanita		1	3	4
K – Banheira, Duche		1	3	3
Locomoção				
L – Marcha/ Cadeira de Rodas	M	1	1	1
	C	1	1	1
M – Escadas	M	1	1	1
	C	1	1	1
Comunicação				
N – Compreensão	V	7	7	7
	NV	7	7	7
O – Expressão	V	6	7	7
	NV	6	7	7
Cognição Social				
P – Interação Social		2	5	7
Q – Resolução dos Problemas		2	5	7
R – Memória		7	7	7
Total		70	89	97

Legenda: M- Marcha; C – Cadeira de rodas; V – Verbal; NV – Não Verbal

Escala da força muscular Oxford				
Segmentos articulares e articulações	Movimento	1ª intervenção	2ª intervenção	3ª intervenção
Membro superior direito (MSD)	Todos os movimentos	5/5	5/5	5/5
Membro inferior direito (MID)	Todos os movimentos	5/5	5/5	5/5
Membro Inferior Esquerdo (MIE)	Todos os movimentos	4/5	4/5	4+/5
Membro Superior Esquerdo (MSE) – Articulação do ombro	Abdução Adução Flexão Extensão	2/5	2/5	3/5
MSE – articulação do cotovelo	Flexão Extensão	2/5	2/5	3/5

Plano de Cuidados

MSE – articulação do punho	Flexão Extensão Supinação Pronação	0/5	0/5	0/5
MSE – articulação dos dedos	Flexão Extensão	0/5	0/5	1/5

Escala de GUSS (GuggingSwallowingScreen)			
	1ª intervenção	2ª intervenção	3ª intervenção
Investigação preliminar	5/5	5/5	5/5
Teste de deglutição	15/15	15/15	15/15
Total	20	20	20

2 – OBJETIVOS DA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC

- Promover a readaptação funcional da pessoa
- Capacitar a pessoa para o autocuidado
- Capacitar o cuidador informal para o cuidado da pessoa dependente
- Fornecer técnicas adaptativas à pessoa para adaptação ao ambiente, promovendo o regresso a casa de forma mais independente possível

(Menoita, Sousa, Pão.Alvo e Marques-Vieira, 2012)

Plano de Cuidados

3 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E AVALIAÇÃO¹

O programa de Reabilitação só se iniciou após estabilização hemodinâmica da doente, por hipertensão no início do internamento, e após indicação médica de realizar levante com meias elásticas.

Foram identificados os seguintes diagnósticos e consequentemente as intervenções planeadas para esses mesmos diagnósticos, com fim a alcançar os objetivos traçados e resultados esperados.

¹ Diagnósticos, Intervenções e Avaliação das Intervenções descritos em Ordem dos Enfermeiros (2015) Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação


POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
 Escola Superior de Saúde


IPS
 Instituto Politécnico de Saúde
 Escola Superior de Saúde


UNIVERSIDADE DE ÉVORA
 Escola Superior de Enfermagem
 São João del-Rei


Instituto Politécnico de Saúde
 Escola Superior de Saúde


UNIVERSIDADE DE ÉVORA
 Escola Superior de Enfermagem
 São João del-Rei


Instituto Politécnico de Saúde
 Escola Superior de Saúde


UNIVERSIDADE DE ÉVORA
 Escola Superior de Enfermagem
 São João del-Rei


Instituto Politécnico de Saúde
 Escola Superior de Saúde


UNIVERSIDADE DE ÉVORA
 Escola Superior de Enfermagem
 São João del-Rei

Plano de Cuidados

Data			
1ª intervenção a 3ª intervenção		Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Foco: Deglutição			
Diagnóstico:	Dimensão		
Deglutição Comprometida	Deglutição	- Avaliar capacidade de deglutição - Monitorizar deglutição através da Escala de GUSS– avaliar alterações do estado de consciência, qualidade da voz, articulação das palavras, deglutição da própria saliva, presença de sialorreia, reflexo da tosse presente, movimento da língua e dos lábios, controlo postural da cabeça, reflexo de vômito e simetria facial - Monitorizar deglutição através a escala de GUSS - Executar técnica de deglutição - Gerir e Planear dieta – Ter em consideração as necessidades nutricionais, a consistência adequada para a deglutição eficaz e as preferências e gostos da pessoa - Posicionar a pessoa - Supervisionar a deglutição	Avaliar na próxima intervenção e sempre que houver alterações do padrão de deglutição
	Conhecimento	- Ensinar sobre exercícios de deglutição - Ensinar sobre técnicas de deglutição (técnica de consistência adaptada, Técnica postural [flexão anterior do pescoço, rotação da cabeça para o lado afetado, flexão anterior do	- Avaliar conhecimento sobre exercícios de deglutição – desconhece exercícios de deglutição - Avaliar conhecimento sobre técnicas de deglutição (Desconhece as causas da deglutição alterada, técnica

Plano de Cuidados

		pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado, inclinação posterior da cabeça] e técnica sensorial) - Providenciar material educativo	de consistência adaptada, técnica sensorial compensatória da deglutição e técnica postural compensatória da deglutição - Tem potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição
Aprendizagem de capacidades		- Instruir sobre exercícios de deglutição - Instruir sobre técnicas de deglutição - Treinar técnica de deglutição - Treinar exercícios de deglutição	- Avaliar capacidade para executar exercícios de deglutição - Tem potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas de deglutição

Data		Intervenções de Enfermagem	Avaliação
1ª intervenção a 3ª intervenção			
Foco: Défice sensorial			
Diagnóstico: Défice sensorial na hemiface esquerda (sensibilidade tátil na hemiface esquerda diminuída)	Dimensão		
	Défice sensorial	- Aplicar calor - Aplicar frio - Executar estimulação sensitiva - Estimular percepção sensorial - Executar técnica de massagem	Avaliar sensibilidade na próxima avaliação na 2ª intervenção

Plano de Cuidados

		- Incentivar a execução de exercício muscular e articular (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior – 5 repetições, 3 séries) - Informar sobre técnica de adaptação - Orientar o uso de técnica de adaptação	
	Conhecimento	- Ensinar sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial - Providenciar material educativo	- Avaliar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial - Tem potencial para melhor o conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial
	Aprendizagem de capacidades	- Instruir sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial - Treinar estratégias adaptativas ao défice sensorial	- Avaliar capacidade para usar estratégias adaptativas ao défice sensorial - Tem potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas adaptativas ao défice sensorial

Data			
1ª intervenção a 3ª intervenção			
Foco:			
Comunicação			
Diagnóstico:	Dimensão		
Comunicação comprometida, em grau reduzido	Comunicação	- Incentivar pessoa a comunicar - Executar técnica do treino do discurso	- Avaliar capacidade para comunicar: • Disartria com alterações da função da laringe, avaliada por leitura de palavras na Escala NIHSS • Discurso perceptível, comunica eficazmente

			• Compreende a comunicação verbal e não verbal • Consegue manter uma conversa presencial ou remotamente
Conhecimento	- Ensinar sobre técnicas de treino do discurso		- Sem necessidade de uso de dispositivo auxiliar - Avaliar conhecimento sobre técnicas de treino de discurso - Tem potencial para melhor o conhecimento sobre técnicas de treino de discurso
Aprendizagem de capacidades	- Instruir sobre técnicas de treino do discurso - Treinar técnicas de treino do discurso - Incentivar a pessoa a comunicar		- Avaliar capacidade para usar técnicas de treino do discurso - Tem potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas de treino do discurso

Data		Intervenções de Enfermagem	Avaliação
1ª intervenção a 3ª intervenção			
Foco: Movimento Muscular			
Diagnóstico:	Dimensão		
Movimento muscular diminuído (MSE e MIE)	Movimento muscular	- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo na articulação do punho esquerdo e dos dedos da mão esquerda - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo e ativo-assistido na articulação do ombro e do cotovelo esquerdo - Executar técnica de exercício muscular ativo-resistido no MIE	- Avaliação da Escala de força muscular Oxford, consultar página 8 (Diminuição do movimento muscular no hemicorpo esquerdo e mobiliza ativamente o hemicorpo direito) - Avaliar e registar força muscular dos seguimentos articulares e articulações em cada intervenção

Plano de Cuidados

		- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos - Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Supervisionar o movimento muscular	
	Conhecimento	- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular - Providenciar material educativo	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular - Tem potencial para melhor o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular
	Aprendizagem de capacidades	- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (especificadas no ponto anterior) - Treinar técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Tem potencial para melhorar a capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular

Data			
1ª intervenção a 3ª intervenção			
Foco: Autocuidado Comer		Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Diagnóstico:	Dimensão		
Autocuidado comer comprometido, em grau moderado	Conhecimento	- Ensinar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado comer (como por exemplo, talheres com cabo adaptado, pratos com ventosa para segurar na mesa, copos com tampa de bica) - Providenciar material educativo	- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado comer – Conhecimento não demonstrado
	Aprendizagem de capacidades	- Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado comer	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado comer – É capaz de:

Plano de Cuidados

		- Treinar uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado comer	- Colocar os alimentos na boca - Usa utensílios - Coloca os alimentos nos utensílios - Leva os alimentos à boca com os utensílios - Conclui uma refeição
	Prestador de Cuidados	- Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado comer	- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado comer - Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado comer

Data			
1ª intervenção a 3ª intervenção		Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Foco: Autocuidado Higiene			
Diagnóstico:	Dimensão		
Autocuidado Higiene comprometido, em grau elevado	Conhecimento	- Ensinar sobre adaptação do domicílio para o autocuidado higiene (acessibilidade à casa de banho, se tem banheira ou duche e necessidade de colocação de barras de poio) - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado higiene (para usar banheira ou duche, a necessidade de usar cadeira giratória, ou cadeira de duche)	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado higiene – Não demonstra conhecimento acerca de: - Necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado higiene - Barreiras arquitetónicas para o autocuidado higiene - Tem potencial para melhorar o conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio
	Aprendizagem de capacidades	- Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene:

Plano de Cuidados

		- Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado higiene	- Lava regularmente as mãos - Lava a zona superior do corpo - Seca meta superior do corpo
	Prestador de Cuidados	- Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado higiene - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado higiene	- Tem potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado higiene - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado higiene

Data			
1ª intervenção a 3ª intervenção		Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Foco: Autocuidado Ir ao Sanitário			
Diagnóstico:	Dimensão		
Autocuidado Ir ao Sanitário comprometido, em grau elevado	Conhecimento	- Ensinar sobre adaptação do domicílio para o autocuidado Ir ao Sanitário (por exemplo, necessidade de colocar barras de apoio na parede ao pé da sanita) - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado ir ao sanitário (por exemplo, necessidade de uso de alteador de sanita)	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado Ir ao Sanitário – Não demonstra conhecimento acerca de: - Necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado - Barreiras arquitetónicas para o autocuidado - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado Ir ao Sanitário – Conhecimento não demonstrado

Plano de Cuidados

			- Tem potencial para melhorar o conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio, do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
	Aprendizagem de capacidades	- Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado Ir ao Sanitário - Instruir sobre técnica de adaptação para o autocuidado Ir ao Sanitário - Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado Ir ao Sanitário - Treinar técnica de adaptação para autocuidado Ir ao Sanitário	1ª intervenção - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado Ir ao Sanitário: • Tem potencial para melhorar a capacidade de usar o dispositivo auxiliar (alteador de sanita) 3ª intervenção - Capacidade para usar dispositivo auxiliar melhorada - Capacidade para usar técnica de adaptação melhorada • Despe a roupa da parte inferior • Posiciona-se na sanita • Faz a higiene íntima após eliminação • Ergue-se da sanita • Veste a roupa Realiza estas tarefas ainda com alguma dificuldade e lentificação, com apoio de outra pessoa e nas barras de apoio mas melhorada em relação à 1ª intervenção
	Prestador de Cuidados	- Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado Ir ao Sanitário - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado Ir ao Sanitário	- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado Ir ao Sanitário - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado Ir ao Sanitário

Plano de Cuidados

Data			
1ª intervenção a			
3ª intervenção			
Foco: Autocuidado Vestuário		Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Diagnóstico:	Dimensão		
Autocuidado Vestuário comprometido, em grau elevado	Conhecimento	- Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado Vestuário (por exemplo, necessidade de uso de pinças para apanhar as peças de roupa, calçadeira de sapatos e calçadeira de meias) - Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado vestuário (por exemplo, sapatos com velcro e fáceis de calçar, usar camisolas fechadas e calças de elástico, sem botões e fechos) - Vestir peças de roupa fechadas: Colocar a camisola com a parte detrás para cima e a gola para a frente; Com a mão sã pegar na manga do lado afetado e enfia-a no braço parético; Vestir a segunda manga e eleva-as alternadamente até aos ombros; Com a mão sã, segura na gola da camisola, passa-a pela cabeça e faz desliza-la ao longo do tronco. Despir peças de roupa fechadas: Agarrar com a mão sã na parte detrás da gola e tira-a passando-a pela cabeça e inclinar o corpo para a frente; terminar despindo o membro sã e depois o parético. Vestir as calças: Ficar deitada na cama; Dobrar o joelho não afetado, mantendo o pé apoiado na cama; Fazer força para baixo na cama, para elevar a anca. Usar a mão e o braço não afetados para puxar as calças para cima e apertá-las	- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado Vestuário - Conhecimento não demonstrado - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado Vestuário - Conhecimento não demonstrado - Tem potencial para melhorar o conhecimento acerca do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
	Aprendizagem de capacidades	- Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado Vestuário	1ª intervenção - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado Vestuário:

Plano de Cuidados

		- Instruir sobre técnica de adaptação para o autocuidado Vestuário - Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado Vestuário - Treinar técnica de adaptação para autocuidado Vestuário	• Tem potencial para melhorar a capacidade de usar o dispositivo auxiliar - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado 3ª intervenção - Capacidade para usar dispositivo auxiliar melhorada - Capacidade para usar técnica de adaptação melhorada • Despe e veste as roupas da parte superior do corpo • Após colocação das calças até aos joelhos e ao pôr-se de pé, consegue puxar as calças até à cintura • Seleciona as roupas adequadas ao ambiente Realiza estas tarefas ainda com alguma dificuldade e lentificação, com apoio de outra pessoa e nas barras de apoio mas melhorada em relação à 1ª intervenção
Prestador de Cuidados		- Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado Vestuário	- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado

Data		Intervenções de Enfermagem	Avaliação
1ª intervenção a 3ª intervenção			
Foco: Equilíbrio Corporal			
	Dimensão		

Plano de Cuidados

Diagnóstico: Equilíbrio Corporal comprometido (Equilíbrio dinâmico sentado ausente, equilíbrio dinâmico e estático em pé ausente e apresenta dismetria dedo-nariz)	Equilíbrio Corporal	- Aplicar dispositivo auxiliar (usar as calças da própria pessoa ou cinto de transferência) - Estimular a manter equilíbrio corporal (Correção Postural) – pode se usar espelho quadriculado - Executar técnica de treino de equilíbrio - Alternância de carga nos membros superiores, alternância de carga nos membros inferiores, Exercícios de coordenação de movimentos e Facilitação cruzada) - Orientar na técnica de treino de equilíbrio	- Avaliar Equilíbrio Corporal - Equilíbrio dinâmico sentado ausente, equilíbrio dinâmico e estático em pé ausente - Monitorizar Equilíbrio Corporal através da Escala de Equilíbrio de Berg
	Conhecimento	- Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal – Desconhece exercícios de equilíbrio estático e exercícios de equilíbrio dinâmico - Tem potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal
	Aprendizagem de capacidades	- Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal - Treinar técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal - Tem potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal

Data		Intervenções de Enfermagem	Avaliação
1ª intervenção a			
3ª intervenção			
Foco: Transferir-se	Dimensão		

Diagnóstico: Transferir-se comprometido em grau elevado	Conhecimento	- Ensinar sobre adaptação do domicílio para Transferir-se (por exemplo, necessidade de colocar barras de apoio) - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para Transferir-se (próprias calças da pessoa ou cinto de transferência) - Ensinar sobre técnica de adaptação para Transferir-se	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para Transferir-se – Não demonstra conhecimento acerca de: • Necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado • Barreiras arquitetônicas para o autocuidado - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado Transferir-se – Conhecimento não demonstrado - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se - Tem potencial para melhorar o conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio, do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
	Aprendizagem de capacidades	- Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para Transferir-se - Instruir sobre técnica de adaptação para Transferir-se - Treinar uso de dispositivo auxiliar para Transferir-se - Treinar técnica de adaptação para Transferir-se	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para Transferir-se – Potencial para melhorar a capacidade demonstrado - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação – Potencial para melhorar a capacidade demonstrado
	Prestador de Cuidados	- Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para Transferir-se - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para Transferir-se (pode usar as próprias calças da pessoa, ou cinto de transferência)	- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar

4 - NOTAS DE EVOLUÇÃO

1ª intervenção

Utente calma, consciente e orientada. Escala de Coma de Glasgow com score 15. Realizado exame neurológico segundo escala NIHSS, com score 8. Apresenta parésia facial central esquerda, com diminuição da sensibilidade na face esquerda. Apresenta hemiparésia esquerda, com força muscular grau 3/5 no braço e grau 0/5 na mão grau 4/5 no MIE. Apresenta força muscular grau 5/5 no MSD e MID. Realizadas mobilizações passivas na mão, ativas-assistidas no MSE e ativas-resistidas no MIE.

Apresenta ataxia na prova dedo-nariz. Apresenta ligeira disartria, mas com discurso perceptível.

Foi realizado treino de AVD's, no banho, vestir e despir, uso do sanitário, transferências cama-cadeira e alimentação, com boa colaboração da utente.

2ª intervenção

Utente calma, consciente e orientada. Escala de Coma de Glasgow com score 15. Realizado exame neurológico segundo escala NIHSS, com score 5. Apresenta parésia facial central esquerda. Apresenta hemiparésia esquerda, com força muscular grau 3/5 no braço e grau 0/5 na mão e grau 4/5 no MIE. Apresenta força muscular grau 5/5 no MSD e MID. Realizadas mobilizações passivas na mão, ativas-assistidas e ativas-resistidas no MSE

Apresenta ataxia na prova dedo-nariz à direita. Apresenta ligeira disartria, mas com discurso perceptível.

Foi realizado treino de AVD's, no banho, treino de vestuário, uso do sanitário, transferências cama-cadeira e alimentação, com boa colaboração da utente.

3ª intervenção

Utente calma, consciente e orientada. Escala de Coma de Glasgow com score 15. Realizado exame neurológico segundo escala NIHSS, com score 4. Apresenta parésia facial central esquerda. Apresenta hemiparésia esquerda, com força muscular grau 3/5 no braço e grau 1/5 na mão e grau 4+/5 no MIE. Apresenta força muscular grau 5/5 no MSD e MID.

Apresenta ataxia na prova dedo-nariz à direita. Discurso fluente e perceptível.

Foi realizado treino de AVD's, no banho, treino de vestuário, uso do sanitário, transferências cama-cadeira, com boa colaboração da utente.

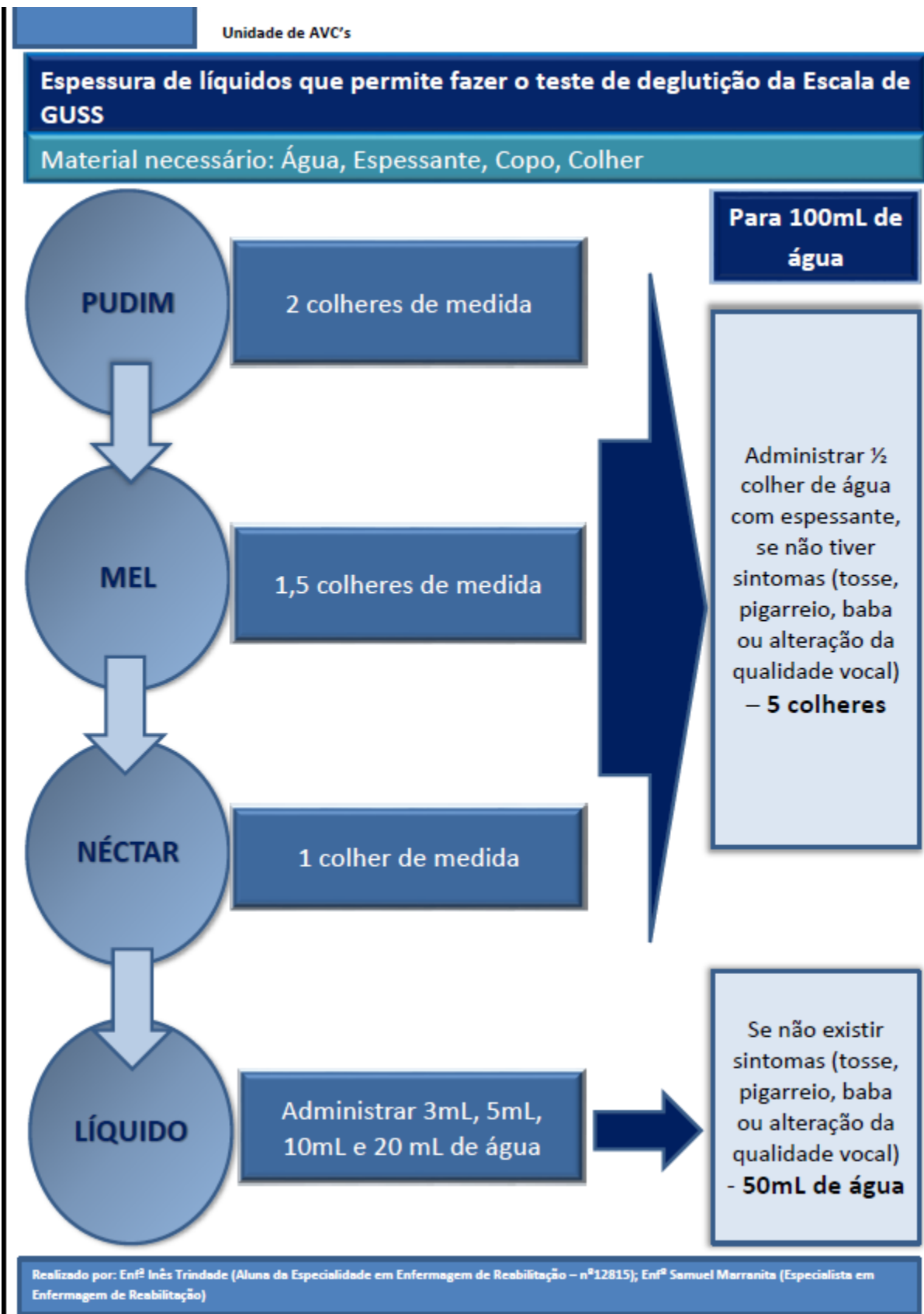
Plano de Cuidados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Menoita, E., Pão-Alvo, I., Sousa, L., Marques-Vieira, C. (2014) *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. 1ª edição. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2015) *Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Apêndice III – **Folheto informativo**



Apêndice IV – **Plano de Sessão de Formação**

Plano da Sessão de Formação

Data: 14/11/2019

Horário: 14h

Duração da sessão: 15 min.

Tema: Aplicação da Escala de GUSS (quantidade e espessura dos líquidos)

Público – Alvo/ Destinatários: Enfermeiros do Serviço Especialidades Médicas e UAVC's do Hospital [REDACTED]

Preletor: Inês Trindade

Objetivos:

- Aprofundar os conhecimentos acerca da aplicação da Escala de GUSS;
- Conhecer folheto explicativo da aplicação da Escala de GUSS e a utilização de espessante.

	Conteúdos	Metodologias e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico Pedagógicos	Critérios e Instrumentos de Avaliação	Duração
Introdução	- Apresentação dos preletores; - Apresentação do tema.	Método Expositivo:	Folheto		2 min
Desenvolvimento	- Aplicação da Escala de GUSS - Apresentação do Folheto	Método Expositivo Método Demonstrativo	Folheto Escala de GUSS Copo Espessante Colher		8 min
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas	Método Expositivo	Folheto	- Questões	5 min

Apêndice V – **Proposta de Projeto de Estágio**

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESCOLA

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SA)

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

5. PROPOSTA

6. TÍTULO DO TRABALHO

ESS-SA-58-Rev.D

Contribution of The Nurse's Interventions Specialist in Nursing Rehabilitation in Training for Self-Care of Persons with Dependence

7. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)

Nome: Luís Manuel Mota de Sousa

Universidade/Instituição: Universidade de Évora

N.º Identificação Civil: 10203259 Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: CC

Telef.: 962665853 E-mail: lmms@uevora.pt ID ORCID: 0000-0002-9708-5690

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

8. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO

Área Disciplinar (Área FOS) (ver Anexo 1): Ciências da Saúde

Palavras-chave (5 palavras): Enfermagem, Reabilitação, Capacitação, Autocuidado, Independência

Apêndice VI – **Projeto de Intervenção Profissional**



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: 2019 / 2020

1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)

A Reabilitação é uma área de prática multidisciplinar que tem como objetivo capacitar a pessoa dependente para ultrapassar obstáculos que geram desvantagem, utilizando estratégias. (Hesbeen, 2001). Com a mudança de paradigma, a desvantagem passou a denominar-se, restrição da participação (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004)

A Reabilitação deve ser uma área dinâmica, contínua, progressiva, com vista a atingir a capacidade funcional, de forma a reintegrar o indivíduo na sua família e comunidade. (Menoita, Sousa, Pão-Alvo e Marques-Vieira, 2012)

A Reabilitação não é mais do que um processo no qual estão envolvidos vários intervenientes, como sejam, profissionais de saúde, utentes, famílias e cuidadores. É um processo que permite que o doente desenvolva as capacidades perdidas, sendo uma das variáveis desse processo, o autocuidado, com vista a promover a qualidade de vida da pessoa dependente, aumentando o seu nível de independência para que este se reintegre na sociedade. (Santos, 2017)

Após o surgimento de uma doença, a pessoa encontra-se num estado de incapacidade adquirida, ou seja, essa mesma incapacidade que não existia antes, impossibilita a pessoa de realizar as suas tarefas do dia-a-dia e de estar integrada na sua vida social, familiar e profissional. Por isso, é neste contexto, que é tão importante a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). (Menoita, et al., 2012)

Nesta fase, o EEER tem como papel muito importante, juntamente com a pessoa e a sua família, o planeamento do regresso a casa, de forma a que a pessoa consiga realizar as suas Atividades de Vida Diária da forma mais independente. Por isso, o EEER planeia intervenções de Enfermagem de Reabilitação, de forma a capacitar a pessoa para o autocuidado, ajustando à capacidade funcional da pessoa, permitindo a sua independência. (Menoita, et al., 2012)

A presente proposta de trabalho de projeto visa a caracterização de Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros em 2015 no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e utilizando a linguagem CIPE (Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem). Identificando diagnósticos nos casos de pessoa com dependência, este projeto, terá como finalidade comprovar os benefícios que as intervenções desenvolvidas pelo EEER, têm na capacitação da pessoa dependente para o autocuidado.

Para a realização da Unidade Curricular Estágio Final e para a implementação do projeto no contexto da prática de cuidados, solicitou-se autorização ao Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora e à Enfermeira Chefe da Unidade de AVC.

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

Objetivos: Avaliar a efetividade das intervenções do EEER na capacitação da pessoa dependente para o autocuidado.

População-Alvo: A amostra será selecionada de forma conveniente para o investigador, pois serão incluídas no estudo pessoas dependentes nos autocuidados, admitidas no contexto da prática de cuidados, durante o período de implementação do projeto.

Estratégias de Intervenção: Este projeto e a recolha de dados para a realização do mesmo é feita através de procedimentos clínicos e da prestação direta de cuidados de enfermagem de reabilitação. Serão utilizados instrumentos de recolha de dados já implementados no serviço onde se realiza o estágio durante a implementação do projeto. Após a recolha de dados e identificação de Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação será feito o planeamento de intervenções de forma a garantir a capacitação da pessoa para o autocuidado, promovendo a sua independência.

Resultados Esperados: Comprovar que a actuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem ação benéfica para melhorar a capacidade funcional de indivíduos com dependência, através do seu planeamento e intervenções. Fundamentar através de resultados que a actuação do EEER deve ser o mais precocemente possível, desde o internamento hospitalar, de forma a capacitar a pessoa para o autocuidado, tornando a pessoa o mais independente possível, preparando a alta. Os resultados obtidos serão sujeitos a procedimentos de análise de natureza descritiva.

Avaliação: Cada intervenção contempla a avaliação do estado de consciência, realização do exame neurológico, avaliação do equilíbrio corporal e identificação da dependência em cada autocuidado. A primeira avaliação será feita na primeira intervenção, sendo que serão realizadas avaliações em cada intervenção. Todos os registos das sessões de intervenção, serão realizados no instrumento de registos próprios. Os dados serão analisados de forma qualitativa, após intervenções de enfermagem de reabilitação. Os dados serão tratados através de comparação de forma a comprovar, através das avaliações efectuadas, o efeito positivo na evolução da pessoa com dependência a capacitação para o autocuidado.

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES																		
Atividades	Estágio Final (Semanas)																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Revisão Bibliográfica																		
Elaboração do Projeto																		
Apresentação do Projeto ao Supervisor e Orientadores																		
Implementação do Projeto no contexto da prática de cuidados																		
Análise dos resultados																		
Apresentação dos resultados ao Supervisor e aos Orientadores																		
Realização do Relatório																		

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)

Castro, P., Martins, M., Couto, G. e Reis, M. (2018). *Terapia por caixa de espelho e autonomia no autocuidado após acidente vascular cerebral: programa de intervenção*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV-nº17. Abril/Maio/Junho (pág. 95-106)

Ferreira, M. (2014). *Doente com AVC: ganhos na qualidade de vida após intervenção do enfermeiro de reabilitação*. - Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo- Escola Superior de Saúde para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Viana do Castelo

Hesbeen, W. (2011). *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures, Lusociência

Lima, A. (2015). *A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade* – Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde de Viano do Castelo

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC - Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures, Lusodidática

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.

Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, Lisboa

Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M. e Molina, J. (2018). *Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na aptidão funcional de idosos institucionalizados*. Revista de Enfermagem Referência, Série IV-nº8. Janeiro, Fevereiro, Março. (pág. 55-63)

Ricardo, R. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação* - Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de

Reabilitação, Bragança

Santos, L. L. (2017) O Processo de Reabilitação in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (pág. 15-23). Loures, Lusodidática

Apêndice VII - **Consentimento informado dos participantes para inclusão no projeto**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAR EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Título do Estudo: Contributo das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação para o autocuidado da pessoa com dependência

Enquadramento: Mestrado em Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde com especialização em Enfermagem de Reabilitação – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Orientador: Professor Doutor Luís Sousa.

Explicação do Estudo: O objetivo do estudo é avaliar a efetividade das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa dependente para o autocuidado. Contempla avaliação do estado de dependência da pessoa e implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação durante o período de internamento.

Confidencialidade e anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e usados exclusivamente para o mesmo, não havendo a identificação de nenhum dos participantes, garantindo assim o anonimato dos mesmos. Caso o participante deseje abandonar o estudo durante o período de investigação, não sofrerá de qualquer consequência.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica.

Investigador: Inês Sofia Serrote Trindade

Assinatura

Data

____/____/____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando de que serão apenas utilizados para esta investigação e nas garantidas da confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura

Data

____/____/____

Se não for o próprio a assinar (por incapacidade)

Grau de relação com o participante: _____

Assinatura

Data

____/____/____

(Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e o outro exemplar para a pessoa que consente)

Apêndice VIII – **Caso clínico da Pessoa A**

PESSOA A

Pessoa do sexo masculino, com 58 anos de idade, raça caucasiana, vive com a esposa, sendo previamente independente na realização de todas as AVD e a exercer a sua atividade profissional. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital por hemiparesia direita com 3 dias de evolução, sendo transferido para a Unidade de AVC do mesmo hospital 24 horas após a sua admissão no SU. Tem como diagnóstico de admissão na Unidade, AVC isquémico subagudo. Tem como antecedentes pessoais: Cardiopatia isquêmica com doença de 3 vasos, submetido a colocação de stent; Estenose Aórtica grave, submetida a substituição de válvula aórtica por prótese biológica. Desconhece alergias e/ou intolerâncias medicamentosas e/ou alimentares.

Foi transferido para a Unidade de AVC para estabilização do estado clínico, Monitorização Cardiorrespiratória (MCR) realização de meios complementares de diagnóstico (análises, Ecodoppler, Ecocardiograma e Ressonância Magnética) e cumprir plano de reabilitação, que incidiu essencialmente na recuperação da força muscular do hemicorpo direito, no equilíbrio e marcha.

Foram aplicados os instrumentos de colheita de dados protocolados na Unidade de AVC e foram identificados os focos de enfermagem de reabilitação e planeadas intervenções, com um total de 3 sessões de intervenção.

No quadro abaixo (Quadro 6), estão apresentados de forma resumida os registos efetuados dos instrumentos de colheita de dados na primeira e última avaliações da Pessoa A.

Quadro 6 – Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa A

Instrumentos de Avaliação	Score 1ª Avaliação	Score Última Avaliação
Escala de Coma de Glasgow	15	15
Escala de NIHSS	3	3
Índice de Barthel	85	90
Escala de Equilíbrio de Berg	48	55
MIF	118	140
Escala de GUSS	20	20
Escala de Oxford		
MSD		
- articulação do ombro	4/5	4+/5

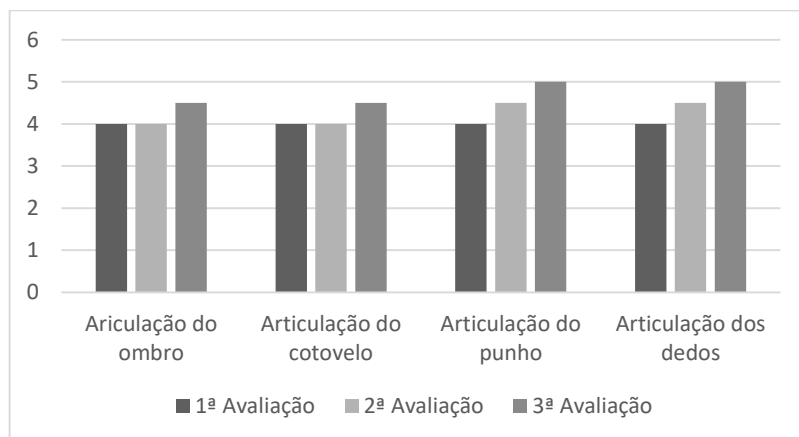
- articulação do cotovelo	4/5	4+/5
- articulação do punho	4/5	4+/5
- articulação dos dedos	4/5	4+/5
MSE		
- articulação do ombro	5/5	5/5
- articulação do cotovelo	5/5	5/5
- articulação do punho	5/5	5/5
- articulação dos dedos	5/5	5/5
MID		
- articulação coxo-femural	4/5	4+/5
- articulação do joelho	4/5	4+/5
- articulação tibio-társica	4/5	4+/5
MIE		
- articulação coxo-femural	5/5	5/5
- articulação do joelho	5/5	5/5
- articulação tibio-társica	5/5	5/5

Fonte: Própria

Interpretando os dados fornecidos pelos instrumentos de avaliação, foi elaborado um plano de Reeducação Funcional para o Autocuidado Higiene e Autocuidado Vestuário, visto terem sido os diagnósticos identificados como sendo os que afetavam a independência da Pessoa A.

Nos gráficos (Gráfico 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8) e quadros (Quadro 7, 8 e 9) que se seguem, está representado detalhadamente o registo de todos os instrumentos de avaliação, bem como a evolução dos scores ao longo das intervenções.

Gráfico 2 – Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa A

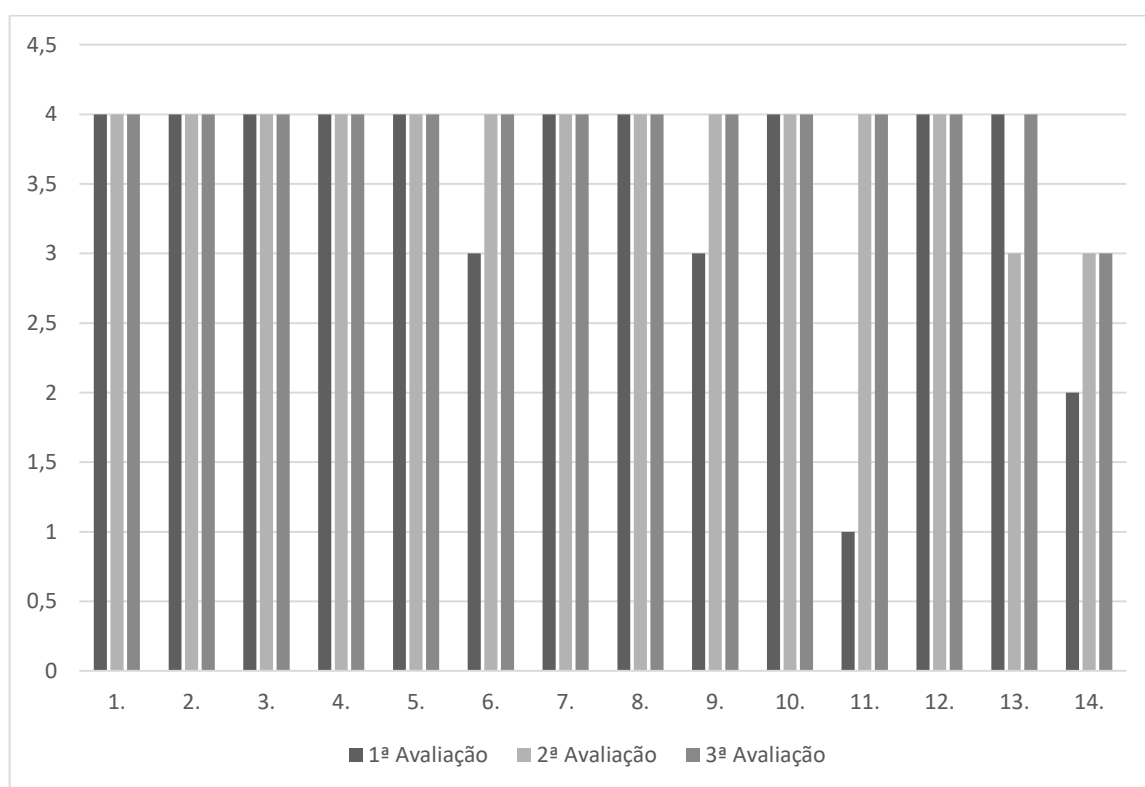


Fonte: Própria

Quadro 7 – Primeira avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa A

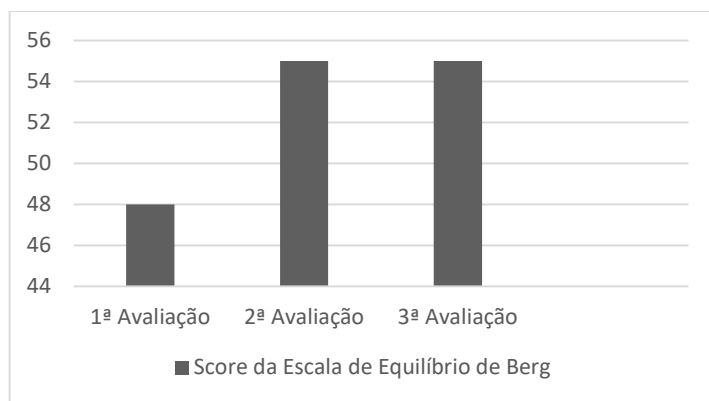
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1. Posição sentada para posição em pé	4
2. Permanecer em pé sem apoio	4
3. Permanecer sentado mas sem apoio nas costas	4
4. Posição em pé para posição sentada	4
5. Transferências	4
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	3
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	4
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	4
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	3
10. Virar-se o olhar para trás por cima dos ombros	4
11. Girar 360°	1
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	4
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	3
14. Permanecer em pé sobre uma perna	2

Gráfico 3 – Evolução do score de cada item da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa A



Fonte: Própria

Gráfico 4 – Evolução do score total da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa A



Fonte: Própria

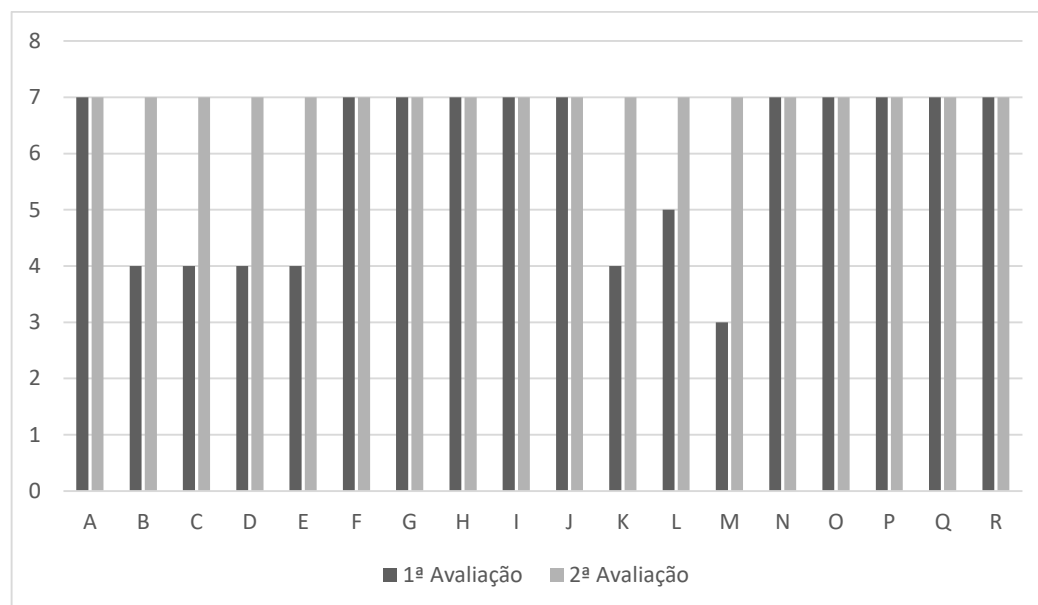
Quadro 8 – Primeira avaliação da MIF da Pessoa A

Dimensões	Itens		Pontuação (1-7)
Autocuidados	A – Alimentação		7
	B – Higiene Pessoal		4
	C – Banho (Lavar o corpo)		4
	D – Vestir a metade superior		4
	E – Vestir metade inferior		4
	F – Utilização da sanita		7
Controlo de Esfíncteres	G – Bexiga		7
	H – Intestino		7
Mobilidade: Transferências	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas (CR)		7
	J – Sanita		7
	K – Banheira, Duche		4
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	M	5
		C	
	M – Escadas	M	3
		C	
Comunicação	N - Compreensão	V	7
		NV	7
	O - Expressão	V	7
		NV	7
Cognição Social	P – Interação Social		7
	Q – Resolução dos problemas		7
	R – Memória		7

Legenda: M – Marcha; C – Cadeira de Rodas; V – Verbal; Não Verbal

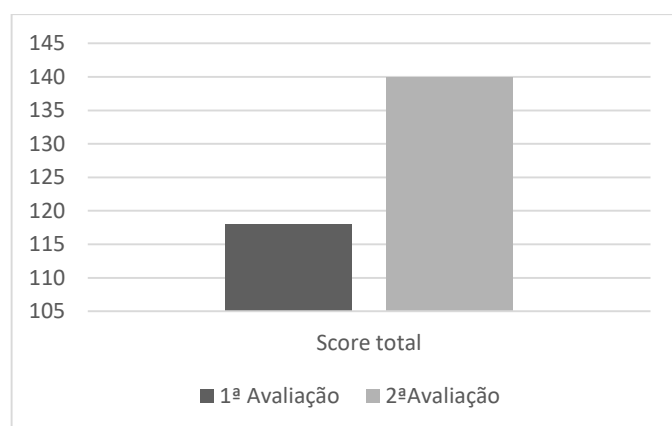
Fonte: Própria

Gráfico 5 – Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa A



Fonte: Própria

Gráfico 6 – Evolução no score total da avaliação da MIF da Pessoa A



Fonte: Própria

Quadro 9 – Primeira avaliação da Escala de Barthel da Pessoa A

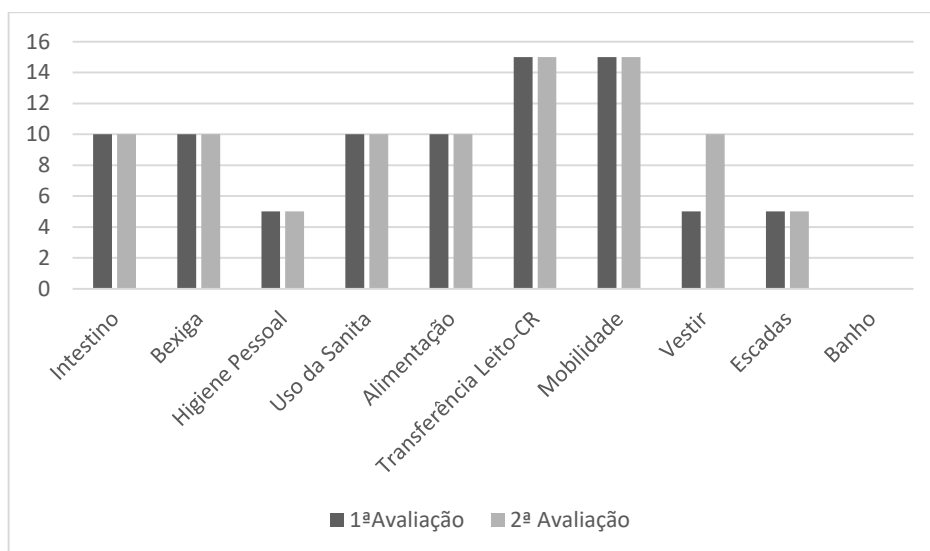
Itens	Score
Intestino	10
Bexiga	10
Higiene Pessoal	5

Uso da Sanita	10
Alimentação	10
Transferência Leito-CR	15
Mobilidade	15
Vestir	5
Escadas	5
Banho	0

Fonte: Própria

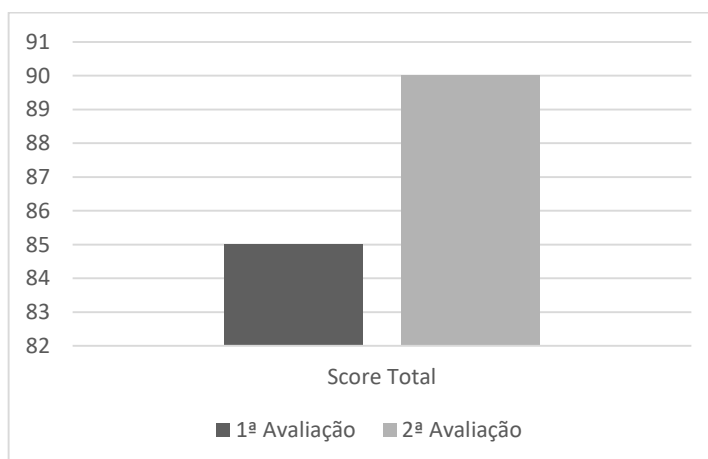
Gráfico 7 – Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa

A



Fonte: Própria

Gráfico 8 – Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa A



Fonte: Própria

Ao interpretar os resultados fornecidos, foram identificados Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação e foi elaborado um Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa A (Quadro 10).

Quadro 10 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa A

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem		
		Conhecimento	Aprendizagem	Intervenções
Autocuidado	Autocuidado Higiene comprometido, em grau reduzido	- Avaliar conhecimento e capacidade para melhorar conhecimento - Não demonstrou conhecimento, mas apresentava potencial para melhorar o conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio - Ensinar sobre adaptação do domicílio (acessibilidade à casa de banho, se tem banheira ou duche e necessidade de colocação de barras de poio) - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (para usar banheira ou duche, a necessidade de usar cadeira giratória, ou cadeira de duche)	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir acerca do uso de dispositivo auxiliar	- Treinar técnica de uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Vestuário comprometido, em grau reduzido	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento - Não demonstrou conhecimento, mas apresentou	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar

		potencial para melhorar o conhecimento acerca do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Ensinar sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação		
Parésia	Parésia facial central direita presente – apagamento do sulco naso labial, desvio da comisura labial, diminuição dos movimentos musculares da face e diminuição da movimentação dos lábios	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular – Não demonstrou conhecimento acerca das técnicas, mas demonstrou potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular – demonstra capacidade - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Providenciar espelho quadriculado - Treinar técnicas de exercício muscular e articular passivo (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior, realizando 5 repetições em 3 séries) - Aplicar frio - Executar técnica de massagem - Vigiar parésia - Supervisionar a pessoa no mastigar
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído (MSD e MID)	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento - Não demonstrou ter conhecimento acerca das técnicas de exercício muscular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Instruir e ensinar acerca de técnicas de exercício	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Executar/treinar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-

		e articular, mas demonstrou potencial para melhorar o conhecimento acerca de técnicas de exercício muscular e articular - Ensinar acerca de técnicas de exercício muscular e articular e técnica de mobilizações isométricas com recurso a bola suíça	muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido - Instruir acerca da técnica de mobilizações isométricas com recurso a bola suíça	resistido no MSD, com recurso a peso de 0,5Kg - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido no MID - Treinar técnica de mobilizações isométricas com recurso a bola suíça - Treinar exercícios de motricidade fina - Supervisionar o movimento muscular
Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal comprometido	- Avaliar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio corporal – Não demonstrou conhecimento acerca da técnica de treino de equilíbrio corporal - Ensinar sobre técnica de treino de equilíbrio corporal	- Avaliar a capacidade para usar técnica de treino de equilíbrio corporal – Demonstra capacidade para o uso da técnica de treino de equilíbrio corporal - Instruir sobre técnica de treino de equilíbrio corporal	- Estimular a manter equilíbrio corporal (Correção Postural) – pode se usar espelho quadriculado - Treinar técnica de treino de equilíbrio (alternância de carga nos membros superiores, alternância de carga nos membros inferiores, exercícios de coordenação de movimentos, apoio unipedal e contorno de obstáculos - Orientar na técnica de treino de equilíbrio
Andar	Andar comprometido	- Avaliar conhecimento e capacidade para melhorar o conhecimento – A pessoa	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para Andar- demonstra	- Treinar técnica de adaptação para andar e subir e descer escadas

demonstrou conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio e identificou barreiras arquitetónicas no domicílio (escadas)
- Ensinar acerca de outras barreiras arquitetónicas (tapetes, móveis que podem ser considerados obstáculos e corredores estreitos com móveis apertados)

potencial para executar a técnica
- Instruir sobre técnica de adaptação para Andar (passadas eficazes e a diferentes ritmos e uso de calçado apropriado)

Apêndice IX – **Caso clínico da Pessoa B**

PESSOA B

Pessoa do sexo masculino, com 62 anos de idade, raça caucasiana. Recorreu ao SU do Hospital com quadro clínico com cerca de 1 hora de evolução, caracterizado por diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo e disartria, sendo Ativada a Via Verde AVC. Foi transferido para a Unidade de AVC do mesmo hospital com diagnóstico de admissão na Unidade, AVC isquémico da ACM direita. Foi submetido a trombólise. Tem como antecedentes pessoais: HTA; Dislipidemia; Cardiopatia Isquêmica, com Enfarte Agudo do Miocárdio em 2015; Fumador ativo e Hábitos etanólicos. Desconhece-se alergias e/ou intolerâncias medicamentosas e/ou alimentares.

Foi transferido para a Unidade de AVC para estabilização do estado clínico, MCR, realização de meios complementares de diagnóstico (análises, Ecodoppler, Ecocardiograma e Ressonância Magnética) e cumprir plano de reabilitação.

No quadro abaixo (Quadro 11), estão apresentados de forma resumida os registros efetuados dos instrumentos de colheita de dados na avaliação da Pessoa B.

Quadro 11 – Registro dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa B

Instrumentos de Avaliação	Score 1ª Avaliação
Escala de Coma de Glasgow	14
Escala de NIHSS	9
Índice de Barthel	5
Escala de Equilíbrio de Berg	Não Avaliado (NA)
MIF	30
Escala de GUSS	11
Escala de Oxford	
MSD	
- articulação do ombro	5/5
- articulação do cotovelo	5/5
- articulação do punho	5/5
- articulação dos dedos	5/5
MSE	
- articulação do ombro	4/5
- articulação do cotovelo	4/5
- articulação do punho	4/5
- articulação dos dedos	4/5

MID	
- articulação coxo-femural	5/5
- articulação do joelho	5/5
- articulação tibio-társica	5/5
MIE	
- articulação coxo-femural	4/5
- articulação do joelho	4/5
- articulação tibio-társica	4/5

Fonte: Própria

No caso da Pessoa B permitiu apenas que fosse realizada a primeira avaliação, não se efetuando sessões de intervenção, por não ter havido mais contactos com esta pessoa. É também importante referir o facto de a pessoa se apresentar confusa e com dificuldade em cumprir ordens, dificultando o processo de Reabilitação.

No Quadro 12 encontra-se representada a primeira avaliação da MIF da Pessoa B.

Quadro 12 – Primeira Avaliação da MIF da Pessoa B

Dimensões	Itens		Pontuação (1-7)
Autocuidados	A – Alimentação		1
	B – Higiene Pessoal		1
	C – Banho (Lavar o corpo)		1
	D – Vestir a metade superior		1
	E – Vestir metade inferior		1
	F – Utilização da sanita		1
Controlo de Esfíncteres	G – Bexiga		1
	H – Intestino		1
Mobilidade: Transferências	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas (CR)		1
	J – Sanita		1
	K – Banheira, Duche		1
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	M	
		C	1
	M – Escadas	M	
		C	1
Comunicação	N – Compreensão	V	3
		NV	3

	O – Expressão	V	3
		NV	3
Cognição Social	P – Interação Social		1
	Q – Resolução dos problemas		1
	R – Memória		3

Legenda: M – Marcha; C – Cadeira de Rodas; V – Verbal; Não Verbal

Fonte: Própria

Foi realizada a avaliação da Escala de Barthel, que permitiu, também, identificar os focos de intervenção. No quadro 13, encontra-se evidenciada a primeira avaliação realizada da Escala de Barthel da Pessoa B.

Quadro 13 – Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa B

Itens	Score
Intestino	0
Bexiga	0
Higiene Pessoal	0
Uso da Sanita	0
Alimentação	0
Transferência Leito-CR	0
Mobilidade	5
Vestir	0
Escadas	0
Banho	0

Fonte: Própria

Ao analisar os dados fornecidos pelas avaliações das Escalas acima referidas, verifica-se dependência em grau elevado em todos os Autocuidados.

Embora não tenha havido intervenções, ainda assim, identificaram-se os seguintes Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, e foi elaborado um Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Quadro 14).

Quadro 14 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa B

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem
-------------	---------------------------	---

Autocuidado		Conhecimento	Aprendizagem	Intervenções
	Autocuidado Higiene comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e sobre o uso de dispositivo auxiliar – Não demonstrou qualquer tipo de conhecimento, nem potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir acerca do uso de dispositivo auxiliar	- Executar/Treinar técnica de uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Vestuário comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento acerca do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação- Não demonstrou conhecimento, nem potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Executar/Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado, Arranjar-se comprometido em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e sobre o uso de dispositivo auxiliar – Não demonstrou qualquer tipo de conhecimento, nem potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Executar/Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Ir ao Sanitário	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, sobre o uso de dispositivo auxiliar e sobre técnica de adaptação – Não demonstrou qualquer tipo de conhecimento, nem potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Executar/Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar

	Autocuidado Comer comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento acerca do uso de dispositivo auxiliar - Não demonstrou conhecimento, nem potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar	- Executar/Treinar o uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Beber comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento acerca do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Não demonstrou conhecimento, nem potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Executar/Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
Parésia	Parésia facial central esquerda presente – apagamento do sulco naso labial, desvio da comisura labial, diminuição dos movimentos musculares da face e diminuição da movimentação dos lábios	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular – Não demonstrou conhecimento acerca das técnicas, nem potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular – não demonstrou capacidade - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Providenciar espelho quadriculado - Treinar técnicas de exercício muscular e articular (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior, realizando 5 repetições em 3 séries)
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído (MSE e MIE)	- Avaliar conhecimento e capacidade para melhorar o conhecimento -	- Instruir e ensinar acerca de técnicas de exercício muscular e	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford

		Não demonstrou ter conhecimento acerca das técnicas de exercício muscular e articular, nem potencial para melhorar o conhecimento - Ensinar acerca de técnicas de exercício muscular e articular	articular ativo-assistido e ativo-resistido	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido no MSE e MIE - Supervisionar o movimento muscular
Comunicação	Comunicação comprometida – Não consegue manter uma conversa presencial, apresenta discurso incoerente	- Avaliar conhecimento acerca de dispositivo auxiliar – Não demonstrou conhecimento acerca de dispositivo auxiliar (sistemas de comunicação por objetos ou imagens, ou por escrita), nem potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre dispositivo auxiliar de comunicação	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar de comunicação e potencial para melhorar a capacidade de usar o dispositivo auxiliar – Não demonstrou capacidade para usar o dispositivo auxiliar, nem potencial para melhorar - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para comunicar	- Incentivar pessoa a comunicar - Executar técnica de treino do discurso - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para comunicar
Deglutição	Deglutição comprometida – Score na Escala de GUSS 11, indica semissólidos tolerados e líquidos não tolerados (Disfagia moderada, com risco de aspiração)	- Avaliar conhecimento sobre exercícios de deglutição e técnica de deglutição – Não demonstrou conhecimento, nem potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre exercícios de deglutição e técnicas de deglutição	- Avaliar a capacidade para usar técnicas de adaptação e executar exercícios de deglutição – Não demonstrou capacidade técnicas de adaptação, nem executar exercícios de deglutição - Instruir sobre exercícios de deglutição e técnicas de deglutição	- Treinar técnica de deglutição e exercícios de deglutição - Administrar líquidos com recurso a espessante de acordo com a consistência tolerada

Apêndice X – **Caso clínico da Pessoa C**

PESSOA C

Pessoa do sexo masculino, com 66 anos de idade, raça caucasiana, vive com a esposa, reformado, sendo previamente independente na realização de todas as AVD e que fazia caminhadas de cerca de 1 hora por dia e o restante tempo do seu dia estava em casa e passava muito tempo deitado e sem qualquer estimulação.

Recorreu ao Centro de Saúde da sua área de residência, por queda, após quadro de início súbito de astenia generalizada, sobretudo a nível dos MI's, referindo também agravamento das sequelas de AVC anterior (diminuição da força muscular do MID mais agravado), referindo, também, a fala mais lenta e arrastada.

Foi transferido para o SU do Hospital. Tem como diagnóstico de admissão: AVC isquémico sem tradução imagiológica. Tem como antecedentes pessoais: AVC isquémico lacunar da corona radiata; Estenose intracranianas múltiplas (ambas ACM's e ACA direita); HTA; Dislipidémia; Tabagismo; Etilismo; Poliglobulia com flebotomia; Prótese total da anca direita.

Foi transferido para a Unidade de AVC para estabilização do estado clínico, MCR, realização de meios complementares de diagnóstico (análises, Ecodoppler, Ecocardiograma e Ressonância Magnética) e cumprir plano de reabilitação.

Cerca de 5 dias após internamento na UAVC, pessoa foi transferida para Hospital de referência, por ter agravado o estado clínico e possível realização de angiografia, regressando novamente após 5 dias. Teve como diagnóstico de admissão: AVC isquémico vertebro-basilar de etiologia aterosclerótica com complicação hemorrágica após angiografia. Cumpriu mesmo protocolo anterior e iniciou programa de reabilitação.

No caso da Pessoa C, por ter havido alteração do estado clínico, e por ser mais fácil de apresentar e analisar os dados, estes serão apresentado como, 1º internamento e 2º internamento.

No quando abaixo (Quadro 15), estão apresentados de forma resumida os registos efetuados dos instrumentos de colheita de dados na primeira avaliação e última avaliação de ambos os internamentos da Pessoa C.

Quadro 15 – Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa C

Instrumentos de Avaliação	Score 1º internamento		Score 2º internamento	
	1ª	Última	1ª	Última
	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação
Escala de Coma de Glasgow	15	15	14	15
Escala de NIHSS	4	4	13	6

Índice de Barthel	70	70	15	55
Escala de Equilíbrio de Berg	30	30	0	9
MIF	94	96	24	80
Escala de GUSS	20	20	1	14
Escala de Oxford				
MSD				
- articulação do ombro	4/5	4/5	4/5	4+/5
- articulação do cotovelo	4/5	4/5	4/5	4+/5
- articulação do punho	4/5	4/5	4/5	4+/5
- articulação dos dedos	4/5	4/5	4/5	4+/5
MSE				
- articulação do ombro	5/5	5/5	4/5	4/5
- articulação do cotovelo	5/5	5/5	4/5	4/5
- articulação do punho	5/5	5/5	4/5	4/5
- articulação dos dedos	5/5	5/5	4/5	4/5
MID				
- articulação coxo-femural	4/5	4/5	3/5	4+/5
- articulação do joelho	4/5	4/5	3/5	4+/5
- articulação tibio-társica	4/5	4/5	3/5	4+/5
MIE				
- articulação coxo-femural	5/5	5/5	3/5	4/5
- articulação do joelho	5/5	5/5	3/5	4/5
- articulação tibio-társica	5/5	5/5	3/5	4/5

Fonte: Própria

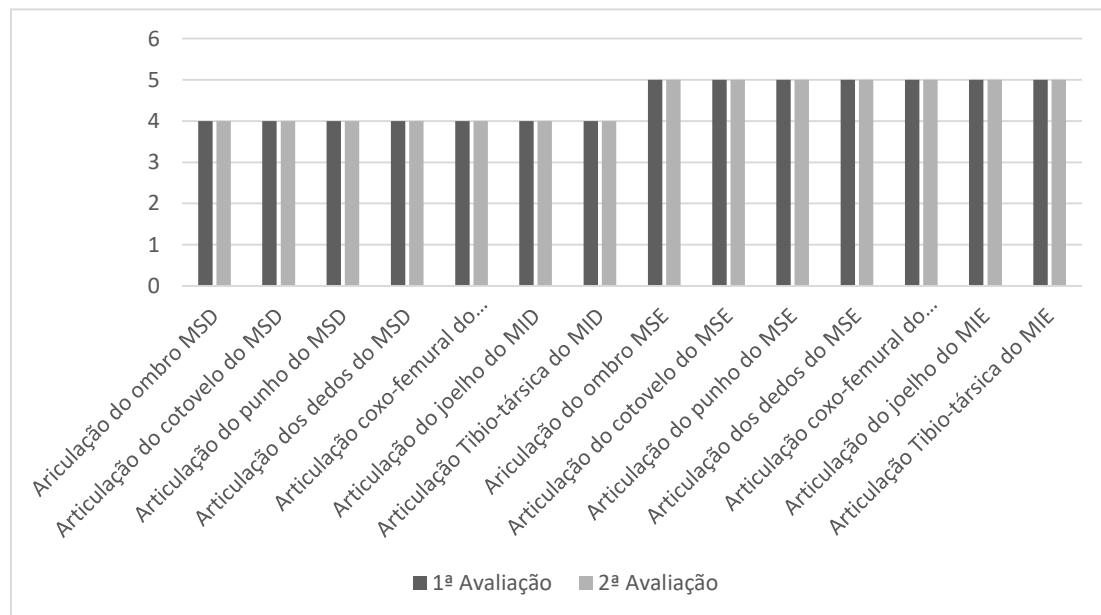
Pelo facto de a Pessoa C ter tido 2 internamentos foram identificados diferentes focos de intervenção de Enfermagem de Reabilitação com necessidade de elaborar Planos de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para cada um dos internamentos.

A parésia facial manteve-se ao longo do internamento e das sessões de intervenção, mantendo-se também no 2º internamento, mas desta vez, Parésia facial central esquerda., com apagamento do sulco naso labial e desvio da comissura labial.

Apresentou diminuição do movimento muscular a nível do MSD e MID, no primeiro internamento e mais acentuado nos MSE e MIE no segundo internamento.

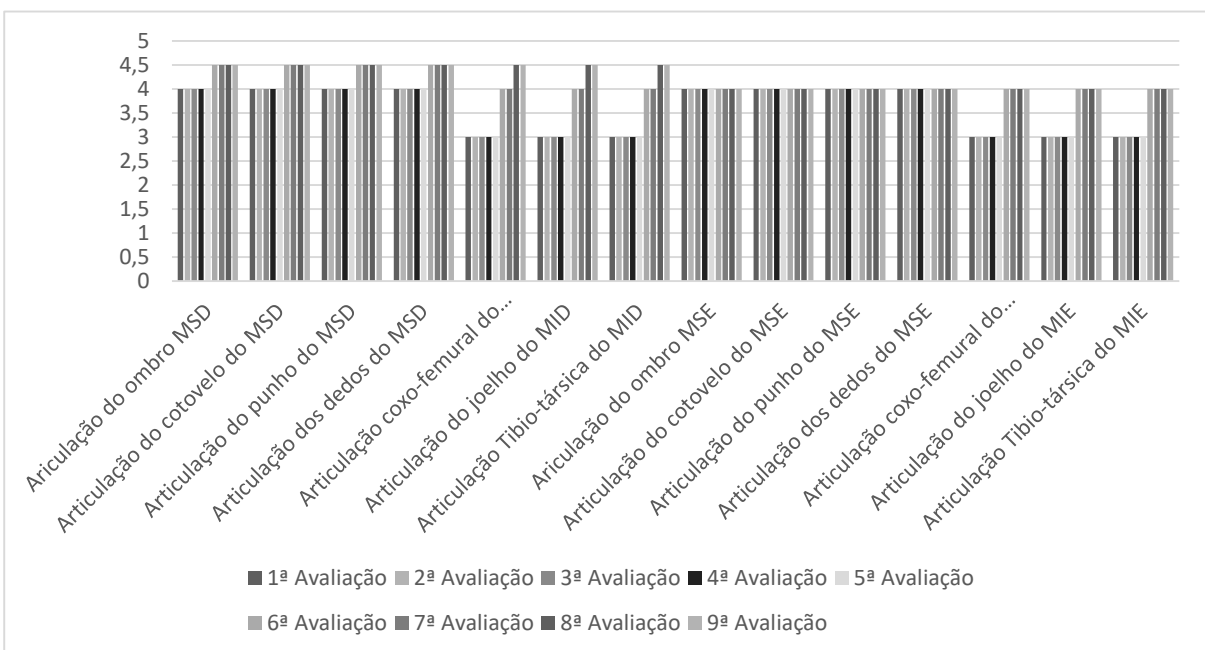
Nos gráficos (Gráfico 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17) e quadros (Quadro 16, 17 e 18), que se seguem encontra-se o registo de cada instrumento de avaliação, bem como, os resultados obtidos e comparações dos scores desses mesmos instrumentos.

Gráfico 9 – Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa C no 1º internamento



Fonte: Própria

Gráfico 10 – Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa C no 2º internamento



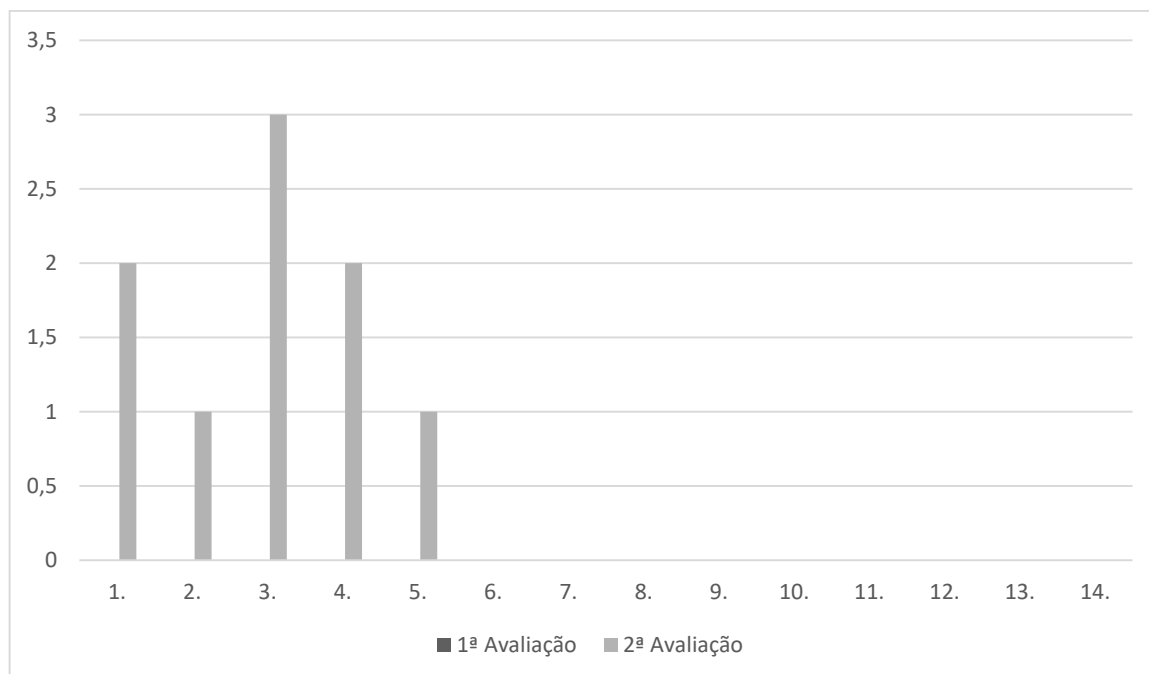
Fonte: Própria

Quadro 16 – Primeira avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa C

Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
	1º Internamento	2º Internamento
1. Posição sentada para posição em pé	4	0
2. Permanecer em pé sem apoio	4	0
3. Permanecer sentado mas sem apoio nas costas	4	0
4. Posição em pé para posição sentada	4	0
5. Transferências	4	0
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	3	0
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	4	0
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	4	0
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	3	0
10. Virar-se o olhar para trás por cima dos ombros	4	0
11. Girar 360º	1	0
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	4	0
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	3	0
14. Permanecer em pé sobre uma perna	2	0

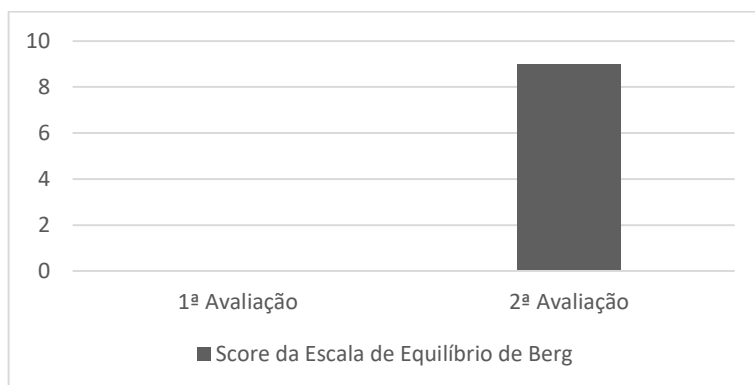
Fonte: Própria

Gráfico 11 – Evolução do score de cada item da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa C no 2º Internamento



Fonte: Própria

Gráfico 12 – Evolução do score total da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa C no 2º Internamento



Fonte: Própria

Quadro 17 – Primeira Avaliação da MIF da Pessoa C

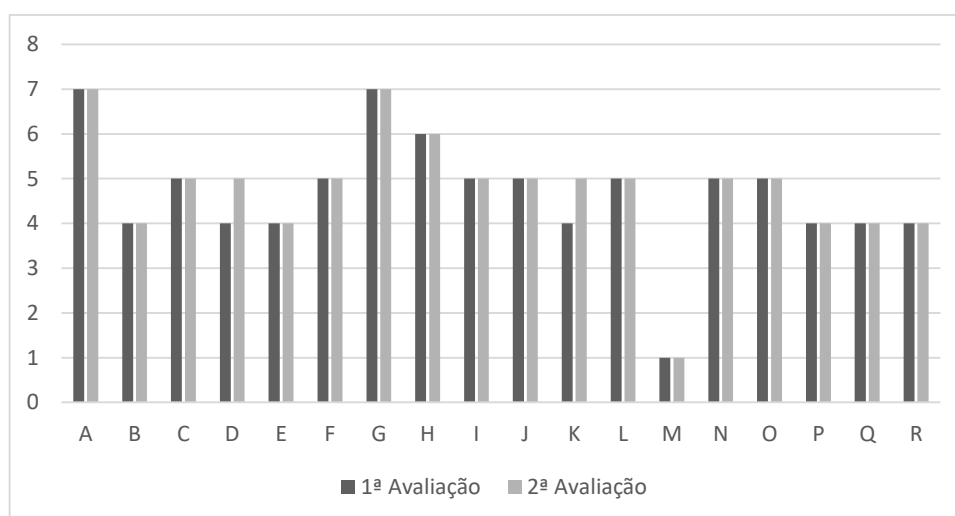
Dimensões	Itens	Pontuação (1-7)	
		1º Internamento	2º Internamento
Autocuidados	A – Alimentação	7	1
	B – Higiene Pessoal	4	1
	C – Banho (Lavar o corpo)	5	1
	D – Vestir a metade superior	4	1
	E – Vestir metade inferior	4	1
	F – Utilização da sanita	5	1
Controlo de Esfíncteres	G – Bexiga	7	3
	H – Intestino	6	3
Mobilidade: Transferências	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas (CR)	5	1
	J – Sanita	5	1
	K – Banheira, Duche	4	1
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	M	5
		C	1
	M – Escadas	M	1
		C	1
Comunicação	N – Compreensão	V	5
		NV	1
	O – Expressão	V	5

		NV	5	1
Cognição Social	P – Interação Social		4	1
	Q – Resolução dos problemas		4	1
	R – Memória		4	1

Legenda: M – Marcha; C – Cadeira de Rodas; V – Verbal; Não Verbal

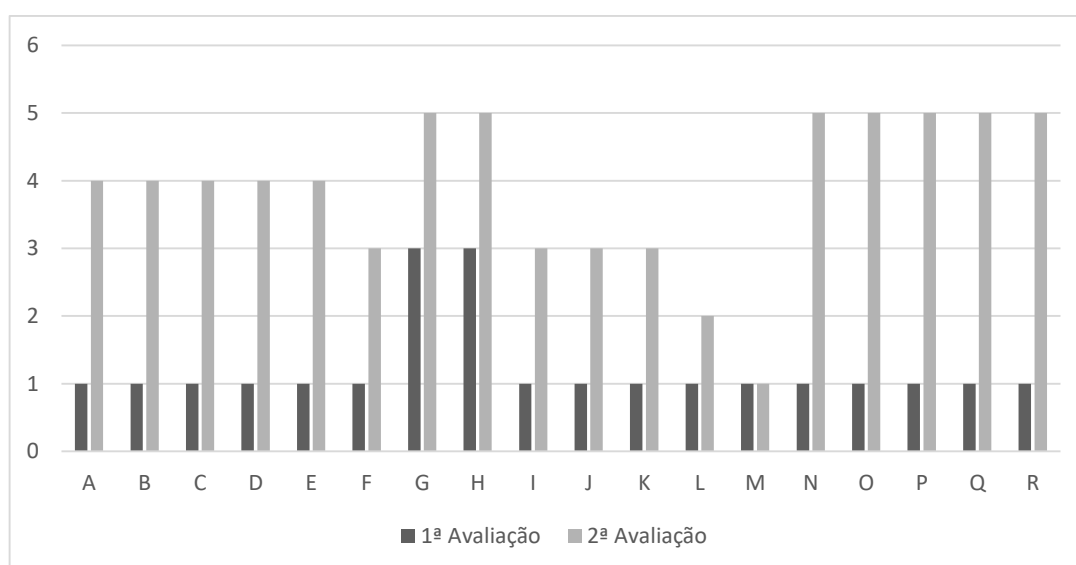
Fonte: Própria

Gráfico 13 – Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa C no 1º Internamento



Fonte: Própria

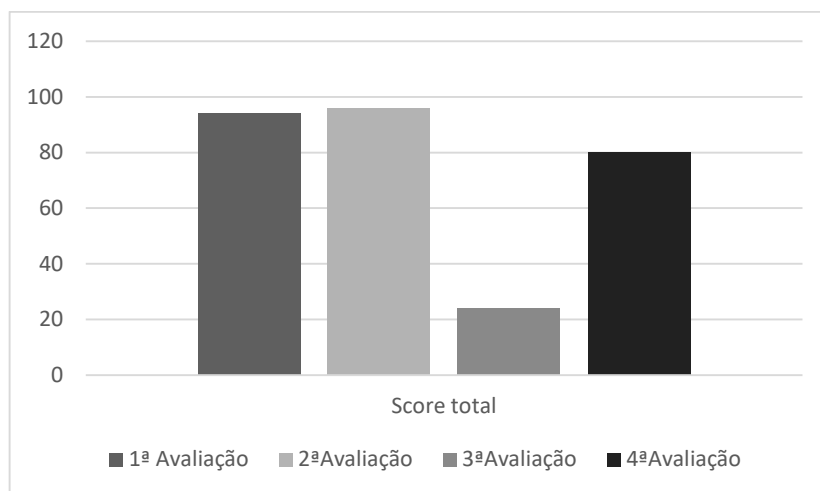
Gráfico 14 – Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa C no 2º Internamento



Fonte: Própria

No Gráfico 15 está demonstrado a evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa C.

Gráfico 15 – Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa C



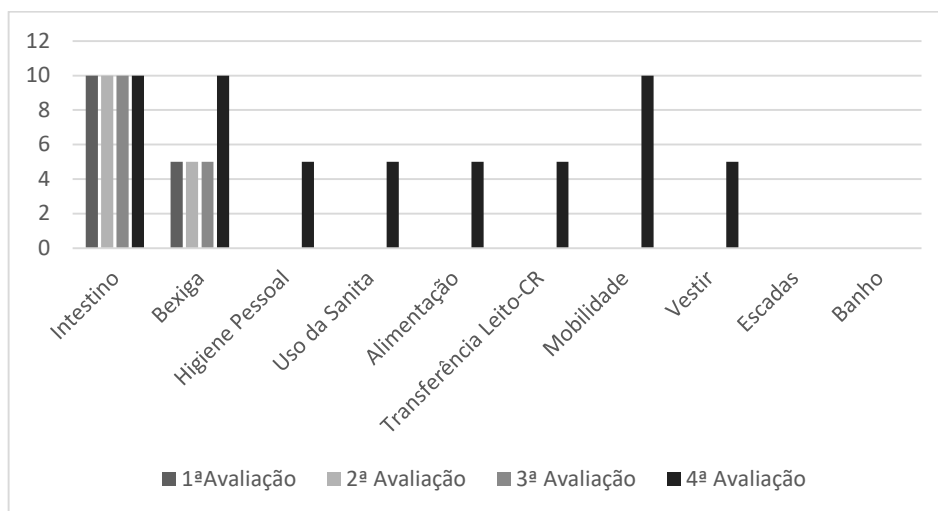
Fonte: Própria

Quadro 18 – Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa C

Itens	Score	
	1º Internamento	2º Internamento
Intestino	10	10
Bexiga	10	5
Higiene Pessoal	5	0
Uso da Sanita	5	0
Alimentação	10	0
Transferência Leito-CR	10	0
Mobilidade	10	0
Vestir	5	0
Escadas	0	0
Banho	5	0

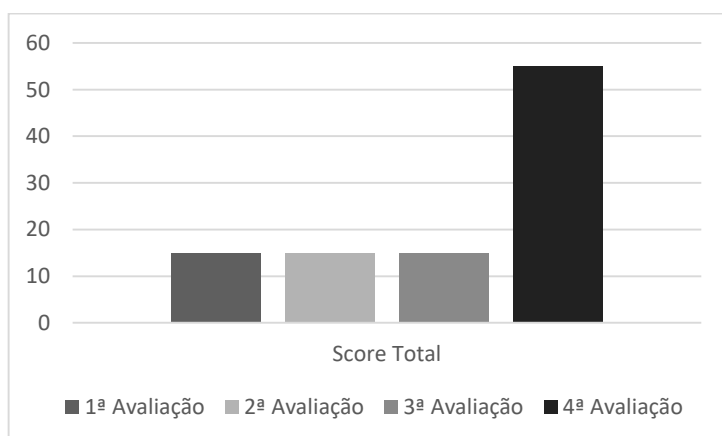
Fonte: Própria

Gráfico 16 – Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa C no 2º Internamento



Fonte: Própria

Gráfico 17 – Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa C no 2º Internamento



Fonte: Própria

Nos quadros abaixo, Quadro 19 e Quadro 20, pode se observar os planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa C, no 1º e 2º internamentos, respectivamente.

Quadro 19 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa C no 1º internamento

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem		
		Conhecimento	Aprendizagem	Intervenções

Autocuidado	Autocuidado Higiene comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento e capacidade para melhorar conhecimento - Não demonstrou conhecimento, mas apresentava potencial para melhorar o conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio - Ensinar sobre adaptação do domicílio (acessibilidade à casa de banho, se tem banheira ou duche e necessidade de colocação de barras de poio) - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (para usar banheira ou duche, a necessidade de usar cadeira giratória, ou cadeira de duche)	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir acerca do uso de dispositivo auxiliar	- Treinar técnica de uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Vestuário comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento - Não demonstrou conhecimento, mas apresentou potencial para melhorar o conhecimento acerca do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Ensinar sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar

	Autocuidado Ir Ao Sanitário comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, sobre o uso de dispositivo auxiliar e sobre técnica de adaptação – Não demonstrou qualquer tipo de conhecimento, mas demonstrou potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Executar/Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
Parésia	Parésia facial central direita presente – apagamento do sulco naso labial, desvio da comisura labial, diminuição dos movimentos musculares da face e diminuição da movimentação dos lábios	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular – Não demonstrou conhecimento acerca das técnicas, mas demonstrou potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular – demonstra capacidade para executar as técnicas - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Providenciar espelho quadriculado - Treinar técnicas de exercício muscular e articular passivo (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior, realizando 5 repetições em 3 séries) - Aplicar frio - Executar técnica de massagem - Vigiar parésia - Supervisionar a pessoa no mastigar
Transferir-se	Transferir-se comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, sobre o uso de dispositivo auxiliar e sobre técnica de	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e para usar técnica de adaptação – Demonstra	- Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação

		adaptação – Não demonstrou ter conhecimento, mas com potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre o uso de dispositivo auxiliar, sobre necessidade de adaptação do domicílio e sobre técnica de adaptação	capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação (usa adequadamente) - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e uso de técnica de adaptação	
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído (MSD e MID)	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento - Não demonstrou ter conhecimento acerca das técnicas de exercício muscular e articular, mas demonstrou potencial para melhorar o conhecimento acerca de técnicas de exercício muscular e articular - Ensinar acerca de técnicas de exercício muscular e articular	- Instruir e ensinar acerca de técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido - Instruir acerca do uso de exercícios de motricidade fina	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido no MSD, com recurso a peso inicialmente de 250g para mais tarde progredir para 0,5Kg - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido no MID - Executar/Treinar exercícios de motricidade fina - Supervisionar o movimento muscular
Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal comprometido	- Avaliar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio corporal – Não demonstrou conhecimento acerca da técnica de treino de equilíbrio corporal,	- Avaliar a capacidade para usar técnica de treino de equilíbrio corporal – Demonstra capacidade para o uso da técnica de treino de equilíbrio corporal	- Estimular a manter equilíbrio corporal (Correção Postural) - Executar/treinar técnica de treino de equilíbrio corporal (alternância de carga nos

		mas demonstrou potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre técnica de treino de equilíbrio corporal	- Instruir sobre técnica de treino de equilíbrio corporal	membros superiores, alternância de carga nos membros inferiores, exercícios de coordenação de movimentos, apoio unipedal e contorno de obstáculos) - Orientar na técnica de treino de equilíbrio
Andar com Auxiliar de Marcha	Andar com Auxiliar de Marcha comprometido	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e sobre auxiliar de marcha – Não demonstrou conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio, nem acerca do auxiliar de marcha (andarilho estático) - Ensinar acerca da necessidade de adaptação do domicílio (barreiras arquitetônicas, como escadas, tapetes, móveis que podem ser considerados obstáculos e corredores estreitos com móveis apertados)	-Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha – demonstra potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha	- Treinar a andar com auxiliar de marcha (começar com pequenas distâncias e se a pessoa tolerar, aumentar a distância progressivamente e uso de calçado apropriado)

Quadro 20 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa C no 2º internamento

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem
--------------------	----------------------------------	--

Autocuidado		Conhecimento	Aprendizagem	Intervenções
	Autocuidado Higiene comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento acerca de dispositivo auxiliar – demonstrou conhecimento devido a internamento anterior	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar – não demonstra capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir acerca do uso de dispositivo auxiliar	- Executar/ Treinar técnica de uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Vestuário comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento acerca de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação – demonstrou conhecimento devido a internamento anterior	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação – não demonstra capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Executar/ Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Ir Ao Sanitário comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, sobre o uso de dispositivo auxiliar e sobre técnica de adaptação – conhecimento adquirido no internamento anterior	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Executar/Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo
	Autocuidado, Arranjar-se comprometido em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e sobre o uso de dispositivo auxiliar – Não demonstrou qualquer tipo de conhecimento, mas demonstra potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação – demonstra potencial para melhorar essa capacidade - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Executar/Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar

	Autocuidado Comer comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento acerca do uso de dispositivo auxiliar - Não demonstrou conhecimento, mas tem potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar – não tem capacidade para usar dispositivo auxiliar, mas demonstra potencial para melhorar essa capacidade - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar	- Executar/Treinar o uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Beber comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento acerca do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Não demonstrou conhecimento, mas demonstrou potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação – não tem capacidade, mas demonstrou potencial para melhorar essa capacidade - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Executar/Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
Deglutição	Deglutição comprometida – Score na Escala de GUSS 1, indica semissólidos não tolerados e líquidos (Disfagia severa, com alto risco de aspiração) – alimentado e hidratado através de sonda nasogástrica (SNG)	- Avaliar conhecimento sobre exercícios de deglutição e técnica de deglutição – Não demonstrou conhecimento, mas com potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre exercícios de deglutição e técnicas de deglutição	- Avaliar a capacidade para usar técnicas de deglutição e executar exercícios de deglutição – Não demonstrou capacidade para executar técnicas de deglutição, nem executar exercícios de deglutição - Instruir sobre exercícios de deglutição e técnicas de deglutição	- Executar/Treinar técnica de deglutição - consistência adaptada, técnica postural (flexão anterior do pescoço, rotação da cabeça para o lado afetado, flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado e inclinação posterior da cabeça), técnica sensorial e exercícios de deglutição

Parésia	Parésia facial central esquerda presente – apagamento do sulco naso labial, desvio da comissura labial, diminuição dos movimentos musculares da face e diminuição da movimentação dos lábios	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular – conhecimento adquirido em internamento anterior	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular – demonstra capacidade para executar as técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Providenciar espelho quadriculado - Treinar técnicas de exercício muscular e articular passivo (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior, realizando 5 repetições em 3 séries) - Aplicar frio - Executar técnica de massagem - Vigiar parésia - Supervisionar a pessoa no mastigar
Transferir-se	Transferir-se comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, sobre o uso de dispositivo auxiliar e sobre técnica de adaptação – Não demonstrou ter conhecimento, mas com potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre o uso de dispositivo auxiliar, sobre necessidade de adaptação do domicílio e sobre técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e para usar técnica de adaptação – Demonstra capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação (usa adequadamente) - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e uso de técnica de adaptação	- Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação

Movimento muscular	Movimento muscular diminuído (MSE e MIE/MSD e MID)	- Avaliar conhecimento acerca de técnicas de exercício muscular e articular – conhecimento adquirido em internamento anterior	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular – demonstra capacidade para executar as técnicas - Instruir acerca de técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido - Instruir acerca do uso de exercícios de motricidade fina - Instruir acerca de exercícios terapêuticos no leito	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido no MSE e MSD, com recurso a peso inicialmente de 250g para mais tarde progredir para 0,5Kg - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido no MID e MIE - Executar/Treinar exercícios de motricidade fina - Executar/Treinar exercícios terapêuticos no leito (ponte e rolamento) - Supervisionar o movimento muscular
Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal comprometido	- Avaliar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio corporal – conhecimento adquirido em internamento anterior	- Avaliar a capacidade para usar técnica de treino de equilíbrio corporal – Demonstra capacidade para o uso da técnica de treino de equilíbrio corporal - Instruir sobre técnica de treino de equilíbrio corporal	- Estimular a manter equilíbrio corporal (Correção Postural) - Executar/treinar técnica de treino de equilíbrio corporal (alternância de carga nos membros superiores, alternância de carga nos membros inferiores, exercícios de

				coordenação de movimentos, apoio unipedal e contorno de obstáculos e facilitação cruzada) - Orientar na técnica de treino de equilíbrio
Andar com Auxiliar de Marcha	Andar com Auxiliar de Marcha comprometido	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e sobre auxiliar de marcha – Não demonstrou conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio, nem acerca do auxiliar de marcha (andarilho estático) - Ensinar acerca da necessidade de adaptação do domicílio (barreiras arquitetônicas, como escadas, tapetes, móveis que podem ser considerados obstáculos e corredores estreitos com móveis apertados)	-Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha – demonstra potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha	- Treinar a andar com auxiliar de marcha (começar com pequenas distâncias e se a pessoa tolerar, aumentar a distância progressivamente e uso de calçado apropriado)
Comunicação	Comunicação comprometida – Disartria com voz arrastada em algumas palavras	- Avaliar conhecimento acerca de dispositivo auxiliar – Não demonstrou conhecimento acerca de dispositivo auxiliar (sistemas de comunicação por objetos ou imagens, ou por escrita), mas	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar de comunicação e potencial para melhorar a capacidade de usar o dispositivo auxiliar – apresentou capacidade para usar o dispositivo	- Incentivar pessoa a comunicar - Executar técnica de treino do discurso - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para comunicar

apresentou
potencial para
melhorar esse
conhecimento
- Ensinar sobre
dispositivo auxiliar
de comunicação

auxiliar e
potencial para
melhorar o uso de
dispositivo auxiliar
- Instruir sobre o
uso de dispositivo
auxiliar para
comunicar

Apêndice XI – **Caso clínico da Pessoa D**

PESSOA D

Pessoa do sexo masculino, com 50 anos de idade, raça caucasiana, divorciado, reside com o filho e nora, sendo previamente independente na realização de todas as AVD e a exercer a sua atividade profissional. Recorreu ao Centro de Saúde da área de residência, por diminuição da força e da sensibilidade do hemicorpo esquerdo, sobretudo a nível do membro superior, assimetria da face e desequilíbrio. Foi encaminhado ao SU do Hospital e com 2 horas de evolução foi ativada Via Verde AVC, tendo sido efetuada Trombólise, sendo transferido para a Unidade de AVC do mesmo hospital 24 horas após a sua admissão no SU. Tem como diagnóstico de admissão na Unidade de AVC, AVC isquémico do hemisfério direito, provavelmente dos pequenos vasos. Tem como antecedentes pessoais: Fumador ativo, Colite isquémica, Esteatose hepática, Asma na infância, AVC anterior com défice da força no MSE, Fratura do MIE.

Foi transferido para a Unidade de AVC para estabilização do estado clínico, Monitorização Cardiorrespiratória (MCR) realização de meios complementares de diagnóstico (análises, Ecodoppler, Ecocardiograma e Ressonância Magnética) e cumprir plano de reabilitação, que incidiu essencialmente na recuperação da força muscular do hemicorpo esquerdo, no treino de equilíbrio e marcha e subir e descer escadas.

Foram aplicados os instrumentos de colheita de dados protocolados na Unidade de AVC e foram identificados os focos de enfermagem de reabilitação e planeadas intervenções, com um total de 2 sessões de intervenção.

No quadro abaixo (Quadro 21), estão apresentados de forma resumida os registos efetuados dos instrumentos de colheita de dados na primeira e última avaliações da Pessoa D.

Quadro 21 – Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa D

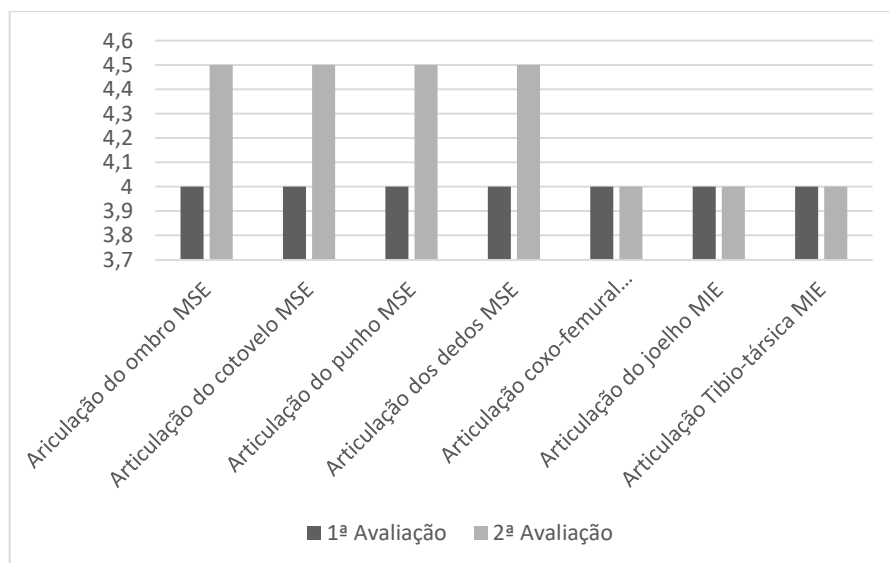
Instrumentos de Avaliação	Score 1ª Avaliação	Score Última Avaliação
Escala de Coma de Glasgow	15	15
Escala de NIHSS	3	3
Índice de Barthel	95	100
Escala de Equilíbrio de Berg	55	55
MIF	140	140
Escala de GUSS	20	20
Escala de Oxford		
MSD		
- articulação do ombro	5/5	5/5
- articulação do cotovelo	5/5	5/5

- articulação do punho	5/5	5/5
- articulação dos dedos	5/5	5/5
MSE		
- articulação do ombro	4/5	4+/5
- articulação do cotovelo	4/5	4+/5
- articulação do punho	4/5	4+/5
- articulação dos dedos	4/5	4+/5
MID		
- articulação coxo-femural	5/5	5/5
- articulação do joelho	5/5	5/5
- articulação tibio-társica	5/5	5/5
MIE		
- articulação coxo-femural	4/5	4/5
- articulação do joelho	4/5	4/5
- articulação tibio-társica	4/5	4/5

Fonte: Própria

Nos gráficos (Gráfico 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24) e quadros (Quadro 22, 23 e 24), abaixo representados, estão todas as avaliações efetuadas com os instrumentos de colheita de dados e suas comparações através de gráficos de evolução dos scores desde a primeira avaliação até à última avaliação desses mesmos instrumentos.

Gráfico 18 – Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa D



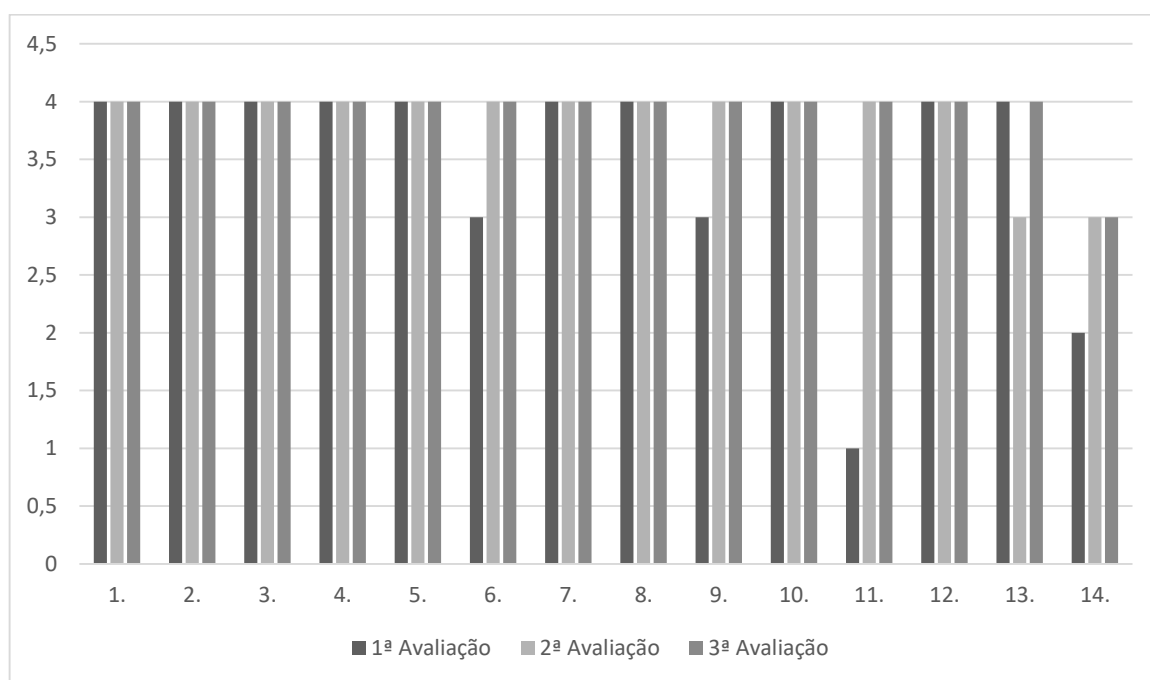
Fonte: Própria

Quadro 22 – Primeira avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa D

Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1. Posição sentada para posição em pé	4
2. Permanecer em pé sem apoio	4
3. Permanecer sentado mas sem apoio nas costas	4
4. Posição em pé para posição sentada	4
5. Transferências	4
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	4
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	4
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	4
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	4
10. Virar-se o olhar para trás por cima dos ombros	4
11. Girar 360°	4
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	4
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	3
14. Permanecer em pé sobre uma perna	4

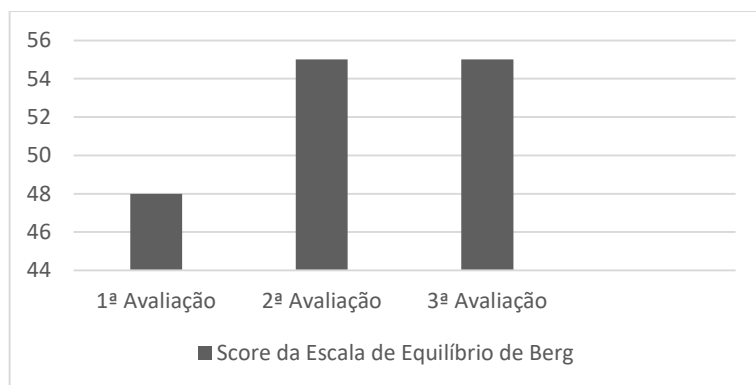
Fonte: Própria

Gráfico 19 – Evolução do score de cada item da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa D



Fonte: Própria

Gráfico 20 – Evolução do score total da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa D



Fonte: Própria

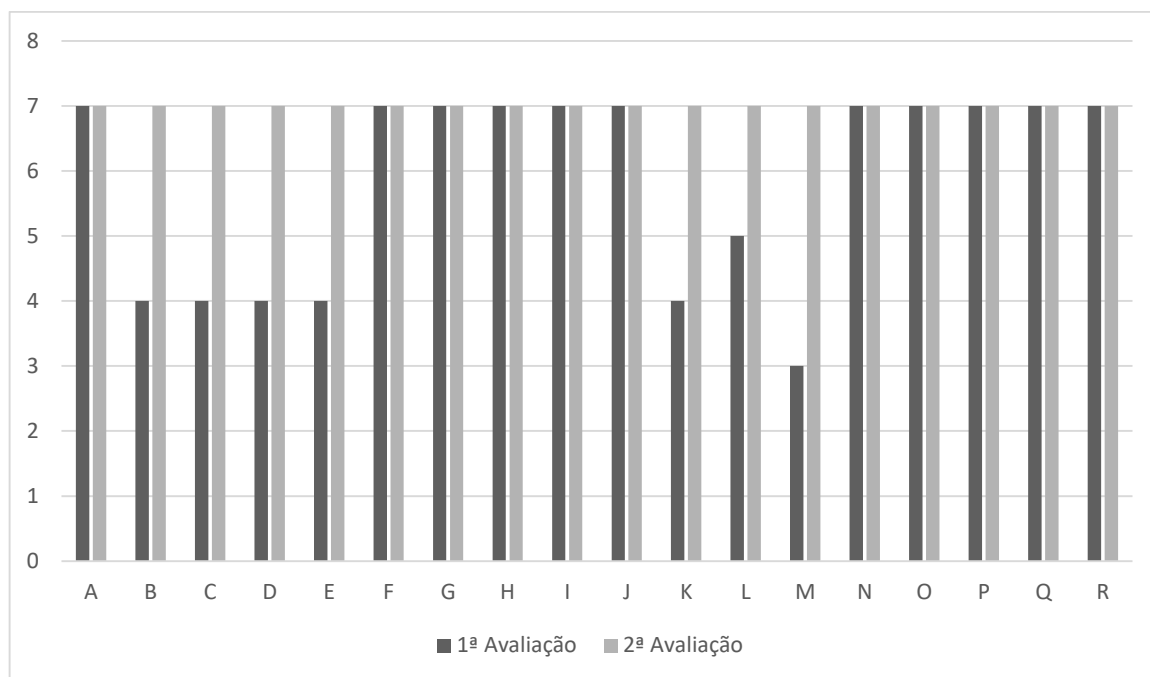
Quadro 23 – Primeira Avaliação da MIF da Pessoa D

Dimensões	Itens		Pontuação (1-7)
Autocuidados	A – Alimentação		7
	B – Higiene Pessoal		7
	C – Banho (Lavar o corpo)		7
	D – Vestir a metade superior		7
	E – Vestir metade inferior		7
	F – Utilização da sanita		7
Controlo de Esfíncteres	G – Bexiga		7
	H – Intestino		7
Mobilidade: Transferências	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas (CR)		7
	J – Sanita		7
	K – Banheira, Duche		7
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	M	7
		C	
	M – Escadas	M	7
		C	
Comunicação	N – Compreensão	V	7
		NV	7
	O – Expressão	V	7
		NV	7
Cognição Social	P – Interação Social		7
	Q – Resolução dos problemas		7
	R – Memória		7

Legenda: M – Marcha; C – Cadeira de Rodas; V – Verbal; Não Verbal

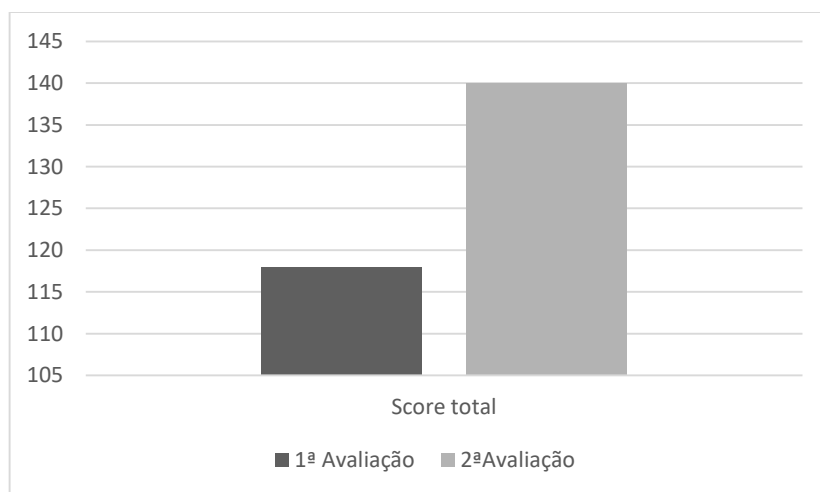
Fonte: Própria

Gráfico 21 – Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa D



Fonte: Própria

Gráfico 22 – Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa D



Fonte: Própria

Quadro 24 – Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa D

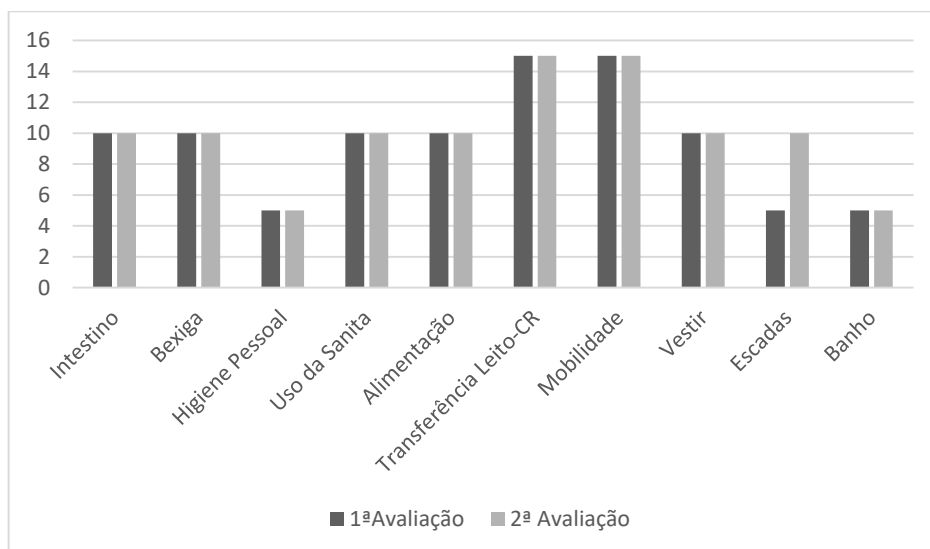
Itens	Score
Intestino	10

Bexiga	10
Higiene Pessoal	5
Uso da Sanita	10
Alimentação	10
Transferência Leito-CR	15
Mobilidade	15
Vestir	10
Escadas	5
Banho	5

Fonte: Própria

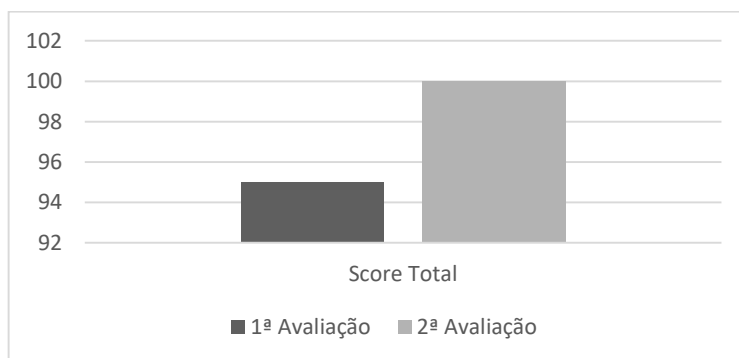
Gráfico 23 – Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa

D



Fonte: Própria

Gráfico 24 – Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa D



Fonte: Própria

Com base nos diagnósticos identificados e nas alterações verificadas através das avaliações efetuada, foi elaborado um Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa D (Quadro 25).

Quadro 25 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa D

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem		
		Conhecimento	Aprendizagem	Intervenções
Parésia	Parésia facial central esquerda presente – apagamento do sulco naso labial, desvio da comisura labial, diminuição dos movimentos musculares da face e diminuição da movimentação dos lábios	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular – Não demonstrou conhecimento acerca das técnicas, mas demonstrou potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular – demonstra capacidade para executar as técnicas - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Providenciar espelho quadriculado - Treinar técnicas de exercício muscular e articular passivo (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior, realizando 5 repetições em 3 séries) - Aplicar frio - Executar técnica de massagem - Vigiar parésia - Supervisionar a pessoa no mastigar
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído (MSE e MIE)	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento - Não demonstrou ter conhecimento acerca das	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular – demonstra capacidade para	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Executar/treinar técnica de exercício muscular e

		técnicas de exercício muscular e articular, mas demonstrou potencial para melhorar o conhecimento acerca de técnicas de exercício muscular e articular - Ensinar acerca de técnicas de exercício muscular e articular e técnica de mobilizações isométricas com recurso a bola suíça	executar as técnicas - Instruir acerca de técnicas de exercício muscular e articular ativo-resistido - Instruir acerca da técnica de mobilizações isométricas com recurso a bola suíça	articular ativo-resistido no MSE, com recurso a peso de 0,5Kg - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido no MIE - Treinar técnica de mobilizações isométricas com recurso a bola suíça - Treinar exercícios de motricidade fina - Supervisionar o movimento muscular
Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal comprometido	- Avaliar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio corporal – Não demonstrou conhecimento acerca da técnica de treino de equilíbrio corporal - Ensinar sobre técnica de treino de equilíbrio corporal	- Avaliar a capacidade para usar técnica de treino de equilíbrio corporal – Demonstra capacidade para o uso da técnica de treino de equilíbrio corporal - Instruir sobre técnica de treino de equilíbrio corporal	- Estimular a manter equilíbrio corporal (Correção Postural) – pode se usar espelho quadriculado - Treinar técnica de treino de equilíbrio (alternância de carga nos membros superiores, alternância de carga nos membros inferiores, exercícios de coordenação de movimentos, apoio unipedal e contorno de obstáculos - Orientar na técnica de treino de equilíbrio

Andar com Auxiliar de Marcha	Andar com Auxiliar de Marcha comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e sobre auxiliar de marcha – Não demonstrou conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio, nem acerca do auxiliar de marcha (andarilho estático) - Ensinar acerca da necessidade de adaptação do domicílio (barreiras arquitetônicas, como escadas, tapetes, móveis que podem ser considerados obstáculos e corredores estreitos com móveis apertados)	-Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha – demonstra potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha	- Treinar a andar com auxiliar de marcha (começar com pequenas distâncias e se a pessoa tolerar, aumentar a distância progressivamente e uso de calçado apropriado)
-------------------------------------	--	--	---	---

Apêndice XII – **Caso clínico da Pessoa E**

PESSOA E

Pessoa do sexo feminino, de 78 anos de idade, raça eurocaucasiana e de nacionalidade portuguesa. Tem o 4º ano de escolaridade. É casada, reside com o marido e tem uma filha, que apoia o casal quando é necessário. Reformada e sem atividades de lazer no momento. Em situação de Insuficiência Económica.

Recorre ao Serviço de Urgência por assimetria facial e dificuldade na articulação das palavras. Ativada Via Verde AVC. Tem como diagnóstico de admissão no serviço de urgência, AVC isquémico sem tradução imagiológica. Admitida na UAVC 24 horas após, sendo posteriormente confirmado o diagnóstico de AVC isquémico da Artéria Cerebral Média (ACM) direita.

Tem como antecedentes pessoais: AVC hemorrágico há 16 anos sem défices; Hipertensão arterial; Dislipidémia; Humor depressivo e Alteração da acuidade visual.

Previamente ao internamento, era autónoma na realização das AVD. No momento do internamento, apresenta dependência total na realização das AVD, por apresentar défices consequentes do AVC.

O programa de reabilitação teve início 4 dias após internamento na UAVC e decorreu ao longo de 3 sessões.

No quadro abaixo (Quadro 26), estão apresentados de forma resumida os registos efetuados dos instrumentos de colheita de dados na primeira e última avaliações da Pessoa E.

Quadro 26 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa E

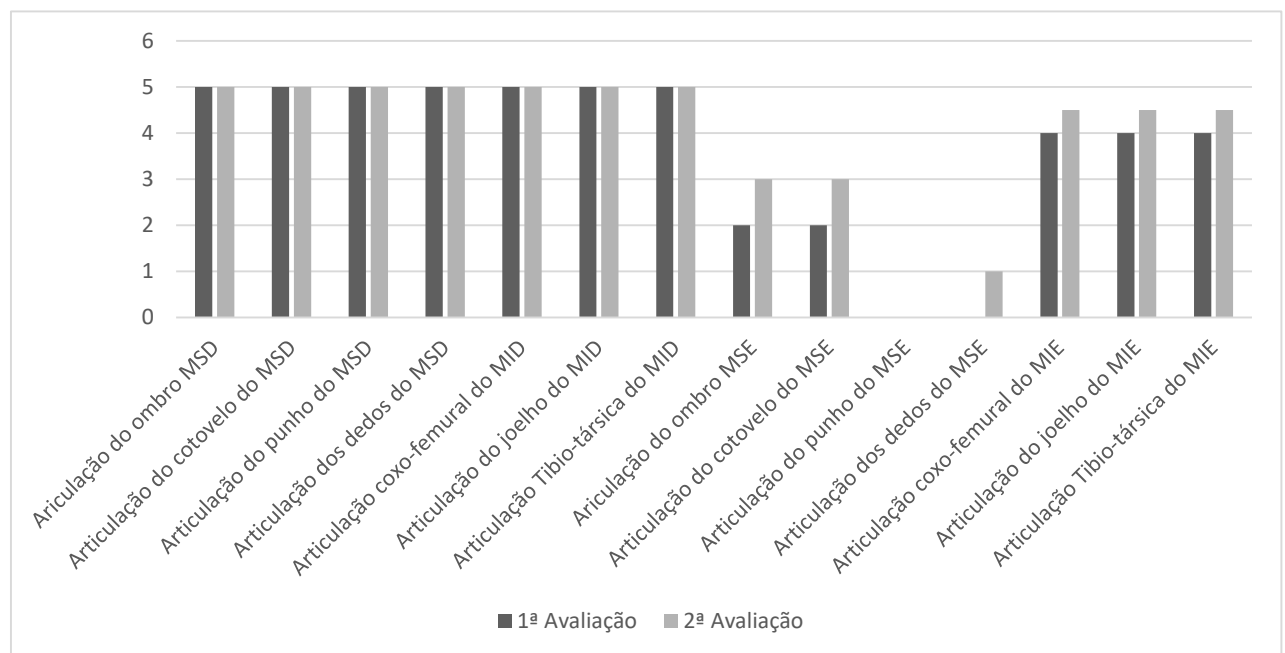
Instrumentos de Avaliação	Score 1ª Avaliação	Score Última Avaliação
Escala de Coma de Glasgow	15	15
Escala de NIHSS	8	4
Índice de Barthel	30	45
Escala de Equilíbrio de Berg	4	8
MIF	68	87
Escala de GUSS	20	20
Escala de Oxford		
MSD		
- articulação do ombro	5/5	5/5
- articulação do cotovelo	5/5	5/5
- articulação do punho	5/5	5/5
- articulação dos dedos	5/5	5/5

MSE		
- articulação do ombro	2/5	3/5
- articulação do cotovelo	2/5	3/5
- articulação do punho	0/5	0/5
- articulação dos dedos	0/5	1/5
MID		
- articulação coxo-femural	5/5	5/5
- articulação do joelho	5/5	5/5
- articulação tibio-társica	5/5	5/5
MIE		
- articulação coxo-femural	4/5	4+/5
- articulação do joelho	4/5	4+/5
- articulação tibio-társica	4/5	4+/5

Fonte: Própria

Nos gráficos (Gráfico 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31) e quadros (Quadro 27, 28 e 29), abaixo representados, estão todas as avaliações efetuadas com os instrumentos de colheita de dados e suas comparações através de gráficos da evolução dos scores desde a primeira avaliação até à última avaliação de cada instrumento de colheita de dados.

Gráfico 25 – Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa E

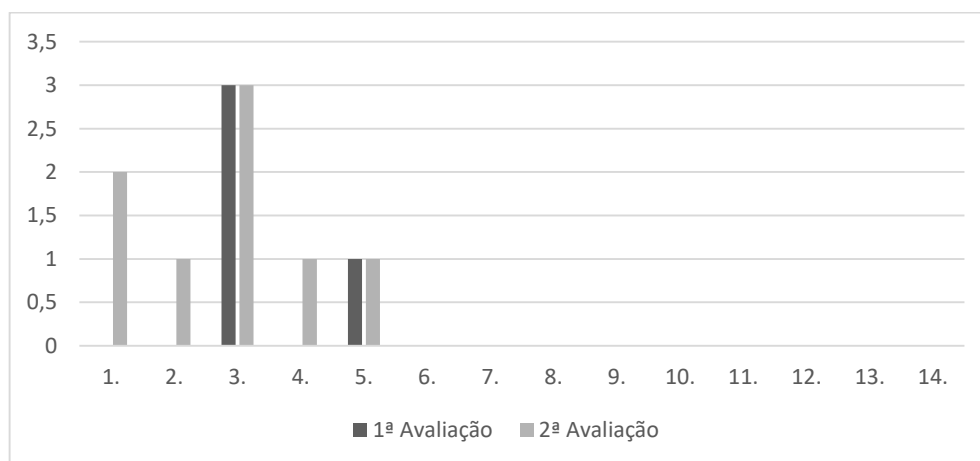


Fonte: Própria

Quadro 27 – Primeira avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa E

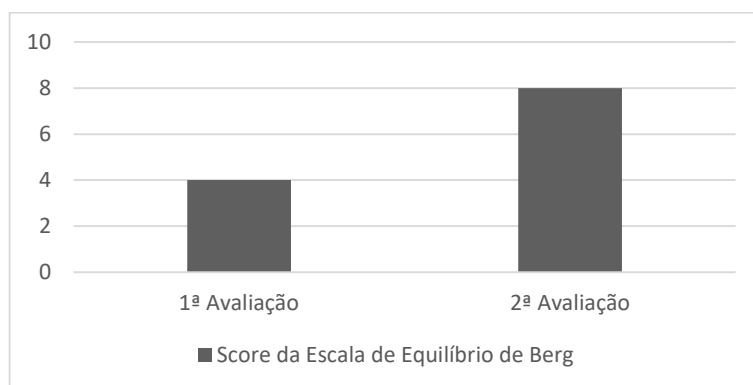
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1. Posição sentada para posição em pé	0
2. Permanecer em pé sem apoio	0
3. Permanecer sentado mas sem apoio nas costas	3
4. Posição em pé para posição sentada	0
5. Transferências	1
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	0
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	0
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	0
10. Virar-se o olhar para trás por cima dos ombros	0
11. Girar 360°	0
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	0
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0
14. Permanecer em pé sobre uma perna	0

Gráfico 26 – Evolução do score de cada item da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa E



Fonte: Própria

Gráfico 27 – Evolução do score total da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa E



Fonte: Própria

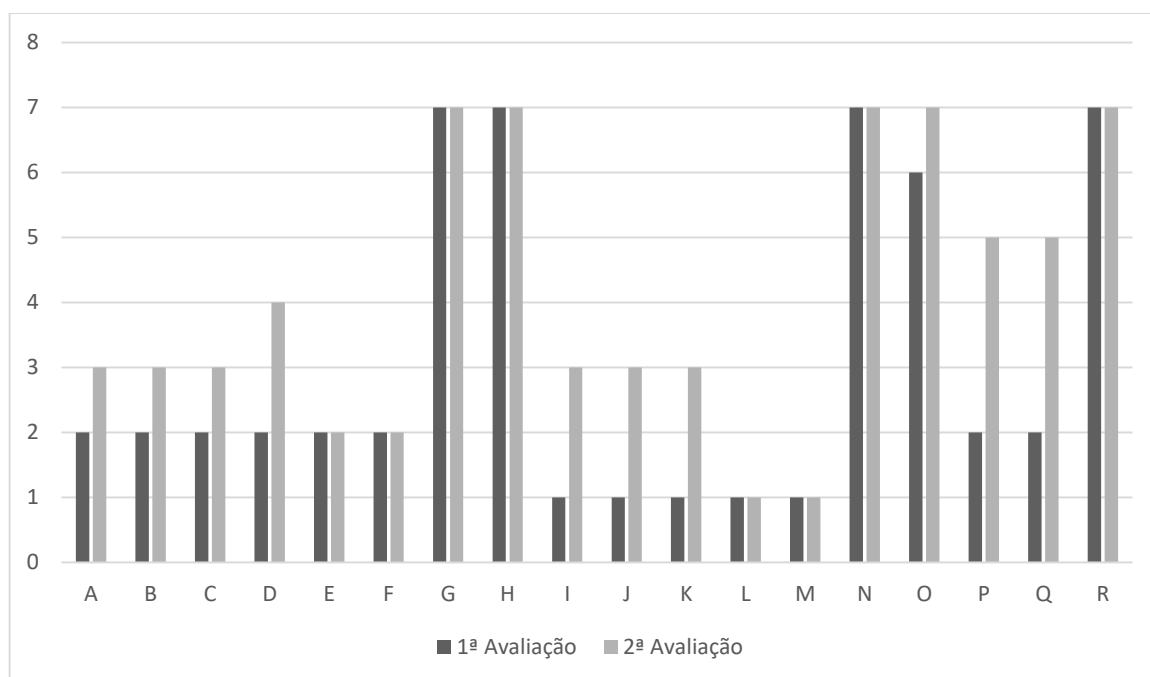
Quadro 28 – Primeira Avaliação da MIF da Pessoa E

Dimensões	Itens		Pontuação (1-7)
Autocuidados	A – Alimentação		2
	B – Higiene Pessoal		2
	C – Banho (Lavar o corpo)		2
	D – Vestir a metade superior		2
	E – Vestir metade inferior		2
	F – Utilização da sanita		2
Controlo de Esfíncteres	G – Bexiga		7
	H – Intestino		7
Mobilidade: Transferências	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas (CR)		1
	J – Sanita		1
	K – Banheira, Duche		1
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	M	
		C	1
	M – Escadas	M	
		C	1
Comunicação	N – Compreensão	V	7
		NV	7
	O – Expressão	V	6
		NV	6
Cognição Social	P – Interação Social		2
	Q – Resolução dos problemas		2
	R – Memória		7

Legenda: M – Marcha; C – Cadeira de Rodas; V – Verbal; Não Verbal

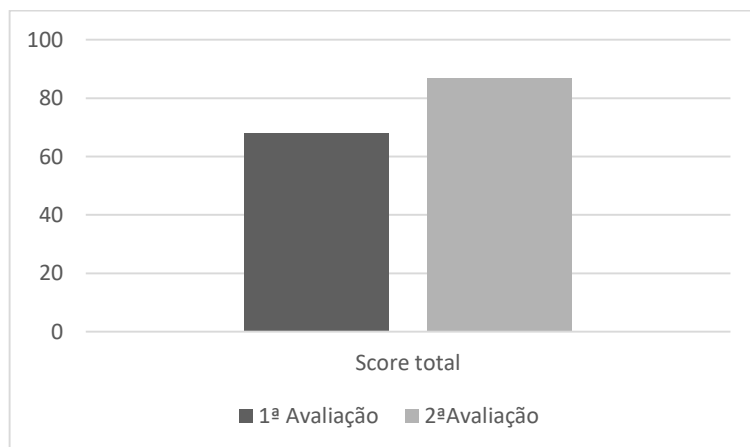
Fonte: Própria

Gráfico 28 – Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa E



Fonte: Própria

Gráfico 29 – Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa E



Fonte: Própria

Quadro 29 – Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa E

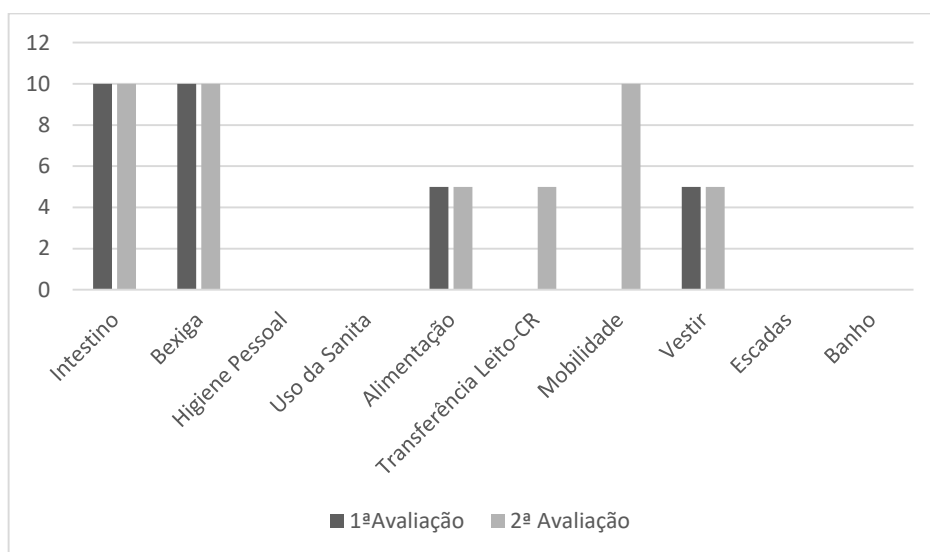
Itens	Score
Intestino	10
Bexiga	10
Higiene Pessoal	0
Uso da Sanita	0

Alimentação	5
Transferência Leito-CR	0
Mobilidade	0
Vestir	5
Escadas	0
Banho	0

Fonte: Própria

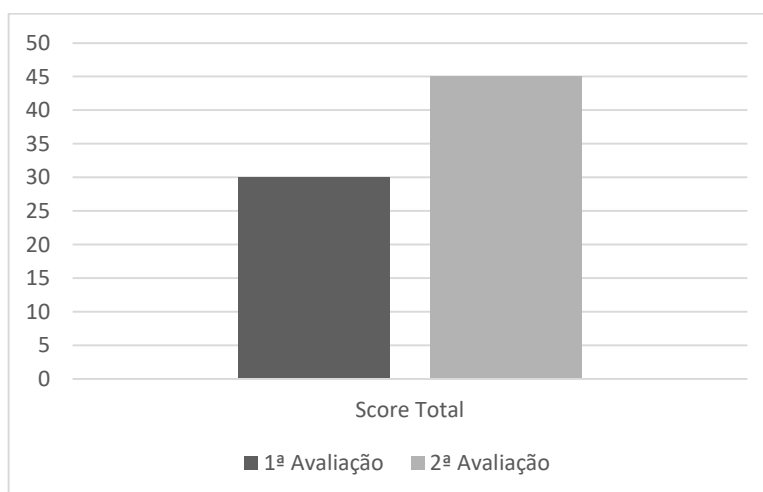
Gráfico 30 – Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa

E



Fonte: Própria

Gráfico 31 – Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa E



Fonte: Própria

Com base nos diagnósticos identificados e nas alterações verificadas através das avaliações efetuada, foi elaborado um Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa E (Quadro 30).

Quadro 30 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa E

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem		
		Conhecimento	Aprendizagem	Intervenções
Autocuidado	Autocuidado Higiene comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio - Ensinar sobre adaptação do domicílio (acessibilidade à casa de banho, se tem banheira ou duche e necessidade de colocação de barras de poio) - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado higiene (para usar banheira ou duche, a necessidade de usar cadeira giratória, ou cadeira de duche) - Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar	- Avaliar capacidade para utilizar dispositivo auxiliar para autocuidado higiene - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar	- Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Ir ao Sanitário comprometido, em grau elevado	- Avaliar potencial para melhorar o conhecimento acerca da necessidade de	- Tem potencial para melhorar a capacidade de usar o dispositivo auxiliar	- Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação

	adaptação do domicílio, do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação – demonstra potencial para adquirir esse conhecimento - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação		
Autocuidado Vestuário comprometido, em grau elevado	- Avaliar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar - Ensinar sobre dispositivo auxiliar - Ensinar sobre técnica de adaptação - Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado Vestuário - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar	- Avaliar capacidade para utilizar dispositivo auxiliar - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
Autocuidado, Arranjar-se comprometido em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e sobre o uso de dispositivo auxiliar – Não demonstrou qualquer tipo de conhecimento, mas demonstra potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação – demonstra potencial para melhorar essa capacidade - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
Autocuidado Comer comprometido, em grau moderado	- Avaliar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (como por exemplo, talheres com cabo adaptado, pratos com ventosa para segurar na mesa,	- Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar	- Treinar sobre o uso de dispositivo auxiliar

		copos com tampa de bica) - Providenciar material educativo - Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar		
	Autocuidado Beber comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento acerca do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Não demonstrou conhecimento, mas demonstrou potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação – não tem capacidade, mas demonstrou potencial para melhorar essa capacidade - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
Parésia	Parésia facial central esquerda presente – apagamento do sulco naso labial, desvio da comisura labial, diminuição dos movimentos musculares da face e diminuição da movimentação dos lábios	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular – Não demonstrou conhecimento acerca das técnicas, mas demonstrou potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular – demonstra capacidade para executar as técnicas - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Providenciar espelho quadriculado - Treinar técnicas de exercício muscular e articular passivo (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior, realizando 5 repetições em 3 séries) - Aplicar frio

				- Executar técnica de massagem - Vigiar parésia - Supervisionar a pessoa no mastigar
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído (MSE e MIE)	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular – demonstra potencial para adquirir esse conhecimento - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular - Providenciar material educativo	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular passivo na articulação do punho esquerdo e dos dedos da mão esquerda - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular passivo e ativo-assistido na articulação do ombro e do cotovelo esquerdo - Executar/Treinar técnica de exercício muscular ativo-resistido no MIE - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos - Supervisionar o movimento muscular
Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal comprometido	- Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal – demonstra potencial para adquirir esse conhecimento	- Avaliar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal	- Aplicar dispositivo auxiliar (usar as calças da própria pessoa ou cinto de transferência) - Estimular a manter equilíbrio corporal

		- Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal	- Treinar técnica de equilíbrio corporal	(Correção Postural) – pode se usar espelho quadriculado - Executar técnica de treino de equilíbrio - Alternância de carga nos membros superiores, alternância de carga nos membros inferiores, Exercícios de coordenação de movimentos e Facilitação cruzada) - Orientar na técnica de treino de equilíbrio
Deglutição	Deglutição comprometida	- Ensinar sobre exercícios de deglutição - Ensinar sobre técnicas de deglutição (técnica de consistência adaptada, técnica postural [flexão anterior do pescoço, rotação da cabeça para o lado afetado, flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado, inclinação posterior da cabeça] e técnica sensorial) - Providenciar material educativo	- Instruir sobre exercícios de deglutição - Instruir sobre técnicas de deglutição	- Avaliar capacidade de deglutição - Monitorizar deglutição através da Escala de GUSS– avaliar alterações do estado de consciência, qualidade da voz, articulação das palavras, deglutição da própria saliva, presença de sialorreia, reflexo da tosse presente, movimento da língua e dos lábios, controlo postural da cabeça, reflexo de vômito e simetria facial - Executar/Treinar técnica de deglutição e exercícios de deglutição - Gerir e Planear dieta – Ter em consideração as

				necessidades nutricionais, a consistência adequada para a deglutição eficaz e as preferências e gostos da pessoa - Posicionar a pessoa - Supervisionar a deglutição
Déficé Sensorial	Déficé sensorial na hemiface esquerda (sensibilidade tátil na hemiface esquerda diminuída)	- Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas ao déficé sensorial - Ensinar sobre estratégias adaptativas ao déficé sensorial - Providenciar material educativo	- Avaliar a capacidade de executar estratégias adaptativas ao déficé sensorial - Instruir sobre estratégias adaptativas ao déficé sensorial	- Aplicar calor - Aplicar frio - Executar estimulação sensitiva - Estimular percepção sensorial - Executar técnica de massagem - Incentivar a execução de exercício muscular e articular (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior – 5 repetições, 3 séries) - Informar sobre técnica de adaptação - Orientar o uso de técnica de adaptação - Treinar estratégias adaptativas ao déficé sensorial

Comunicação	Comunicação comprometida, em grau reduzido	- Avaliar o conhecimento sobre a técnicas de treino do discurso - Ensinar sobre técnicas de treino do discurso	- Avaliar a capacidade de executar a técnicas de treino do discurso - Instruir sobre técnicas de treino do discurso - Treinar técnicas de treino do discurso	- Incentivar pessoa a comunicar - supervisionar a técnica do treino do discurso
Transferir-se	Transferir-se comprometido, em grau elevado	- Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar (pode usar as próprias calças da pessoa, ou cinto de transferência) - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação - Ensinar sobre adaptação do domicílio (por exemplo, necessidade de colocar barras de apoio) - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (próprias calças da pessoa ou cinto de transferência) - Ensinar sobre técnica de adaptação	- Avaliar a capacidade do uso de dispositivo auxiliar - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar uso de dispositivo auxiliar - Treinar técnica de adaptação

Andar com auxiliar de marcha	Andar com auxiliar de marcha comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento e capacidade para melhorar o conhecimento – A pessoa demonstrou conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio e identificou barreiras arquitetônicas no domicílio (tapetes e corredores estreitos) - Avaliar conhecimento acerca do auxiliar de marcha (andarilho estático) - Ensinar sobre técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar técnica de adaptação
-------------------------------------	--	--	--	--------------------------------

Apêndice XIII – **Caso clínico da Pessoa F**

PESSOA F

Pessoa do sexo feminino, de 75 anos de idade, raça eurocaucasiana e de nacionalidade portuguesa. É casada e reside com o marido, sendo parcialmente dependente do marido nas AVD. Reformada e sem atividades de lazer no momento.

Recorre ao Centro de Saúde da área de residência por queixas na alteração da fala (mais lentificada e menos compreensível) e com diminuição da força dos MI's bilateral. Foi transferida para o SU do Hospital.

Tem como diagnóstico de admissão, AVC isquémico sem tradução imagiológica. Tem como antecedentes pessoais: HTA; Dislipidémia; Diabetes Melitus tipo II; Cpap noturno; Depressão; Polipose do cólon descendente; Histologia com linfoma do manto e Anemia.

Foi transferida para a Unidade de AVC para estabilização do estado clínico, MCR, realização de meios complementares de diagnóstico (análises, Ecodoppler, Ecocardiograma e Ressonância Magnética) e cumprir plano de reabilitação.

Foram aplicados os instrumentos de colheita de dados protocolados na Unidade de AVC e foram identificados os focos de enfermagem de reabilitação e planeadas intervenções, com um total de 1 sessão de intervenção.

Em seguida serão apresentados no quadro (Quadro 31) os scores das escalas avaliadas na 1ª e única avaliação, sendo que não houve avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg. No

Quadro 31 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa F

Instrumentos de Avaliação	Score 1ª Avaliação
Escala de Coma de Glasgow	15
Escala de NIHSS	6
Índice de Barthel	65
Escala de Equilíbrio de Berg	Sem avaliação
MIF	82
Escala de GUSS	20
Escala de Oxford	
MSD	
- articulação do ombro	5/5
- articulação do cotovelo	5/5
- articulação do punho	5/5
- articulação dos dedos	5/5
MSE	

- articulação do ombro	4/5
- articulação do cotovelo	4/5
- articulação do punho	4/5
- articulação dos dedos	4/5
MID	
- articulação coxo-femural	5/5
- articulação do joelho	5/5
- articulação tibio-társica	5/5
MIE	
- articulação coxo-femural	4/5
- articulação do joelho	4/5
- articulação tibio-társica	4/5

Fonte: Própria

Quadros seguintes (Quadro 32 e Quadro 33), são apresentadas detalhadamente as avaliações da MIF e da Escala de Barthel.

Quadro 32 – Primeira Avaliação da MIF da Pessoa F

Dimensões	Itens		Pontuação (1-7)
Autocuidados	A – Alimentação		7
	B – Higiene Pessoal		7
	C – Banho (Lavar o corpo)		5
	D – Vestir a metade superior		5
	E – Vestir metade inferior		4
	F – Utilização da sanita		3
Controlo de Esfíncteres	G – Bexiga		7
	H – Intestino		7
Mobilidade: Transferências	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas (CR)		3
	J – Sanita		3
	K – Banheira, Duche		3
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	M	3
		C	
	M – Escadas	M	1
		C	
Comunicação	N - Compreensão	V	3

		NV	3
	O - Expressão	V	3
		NV	3
Cognição Social	P – Interação Social		5
	Q – Resolução dos problemas		2
	R – Memória		5

Legenda: M – Marcha; C – Cadeira de Rodas; V – Verbal; Não Verbal

Fonte: Própria

Quadro 33 – Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa F

Itens	Score
Intestino	10
Bexiga	10
Higiene Pessoal	5
Uso da Sanita	5
Alimentação	10
Transferência Leito-CR	10
Mobilidade	10
Vestir	5
Escadas	0
Banho	0

Fonte: Própria

Após analisar todos os dados colhidos, foram identificados Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação e elaborado um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa F, demonstrado no quadro abaixo (Quadro 34).

Quadro 34 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa F

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem		
		Conhecimento	Aprendizagem	Intervenções
Autocuidado	Autocuidado Higiene comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e uso de dispositivo auxiliar - Avaliar conhecimento do	- Avaliar capacidade para utilizar dispositivo auxiliar - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar	- Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar

		prestador de cuidados sobre a necessidade de adaptação do domicílio e uso de dispositivo auxiliar - Ensinar sobre adaptação do domicílio - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado higiene - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar		
	Autocuidado I ao Sanitário comprometido, em grau moderado	- Avaliar potencial para melhorar o conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio, do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Ensinar sobre adaptação do domicílio, sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	Tem potencial para melhorar a capacidade de usar o dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
	Autocuidado Vestuário comprometido, em grau moderado	- Avaliar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Ensinar sobre dispositivo auxiliar - Ensinar sobre técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para utilizar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
Parésia	Parésia facial central esquerda presente – apagamento do sulco naso labial,	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular – Não demonstrou	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular –	- Providenciar espelho quadriculado - Treinar técnicas de exercício

	desvio da comisura labial, diminuição dos movimentos musculares da face e diminuição da movimentação dos lábios	conhecimento acerca das técnicas, mas demonstrou potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	demonstra capacidade para executar as técnicas - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	muscular e articular passivo (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior, realizando 5 repetições em 3 séries) - Aplicar frio - Executar técnica de massagem - Vigiar parésia - Supervisionar a pessoa no mastigar
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído (MSE e MIE)	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular – demonstra potencial para adquirir esse conhecimento - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular - Providenciar material educativo	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Executar/Treinar técnica de exercício muscular ativo-assistido e ativo-resistido no MIE e MSE - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos - Supervisionar o movimento muscular
Comunicação	Comunicação comprometida, em grau reduzido	- Avaliar o conhecimento sobre a técnicas de treino do discurso	- Avaliar a capacidade de executar a técnicas de treino do discurso	- Incentivar pessoa a comunicar - supervisionar a técnica do treino do discurso

		- Ensinar sobre técnicas de treino do discurso	- Instruir sobre técnicas de treino do discurso - Treinar técnicas de treino do discurso	
Transferir-se	Transferir-se comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação, dispositivo auxiliar e necessidade de adaptação do domicílio - Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Ensinar sobre adaptação do domicílio, dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio, dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar uso de dispositivo auxiliar - Treinar técnica de adaptação
Andar	Andar comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio e técnica de adaptação - Ensinar sobre necessidade de adaptação do domicílio e técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar técnica de adaptação

Apêndice XIV – **Caso clínico da Pessoa G**

PESSOA G

Pessoa do sexo masculino, de 73 anos de idade, raça eurocaucasiana. Previamente independente nas AVD e a exercer atividade profissional (trabalhador agrícola).

Recorre ao SU do Hospital por tontura sem perda de consciência e sem queda e com diminuição da força do hemicorpo esquerdo.

Tem como diagnóstico de admissão, AVC isquémico da ACM direita. Tem como antecedentes pessoais: Hernioplastia inguinal direita; Traumatismo toraco-abdominal direito por acidente de trabalho e hábitos alcoólicos.

Foi transferida para a Unidade de AVC para estabilização do estado clínico, MCR, realização de meios complementares de diagnóstico (análises, Ecodoppler, Ecocardiograma e Ressonância Magnética) e cumprir plano de reabilitação.

Foram aplicados os instrumentos de colheita de dados protocolados na Unidade de AVC e foram identificados os focos de enfermagem de reabilitação e planeadas intervenções, com um total de 5 sessões de intervenção.

Em seguida serão apresentados no quadro (Quadro 35) os scores das escalas avaliadas na 1ª e única avaliações, sendo que não houve avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg.

Quadro 35 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa G

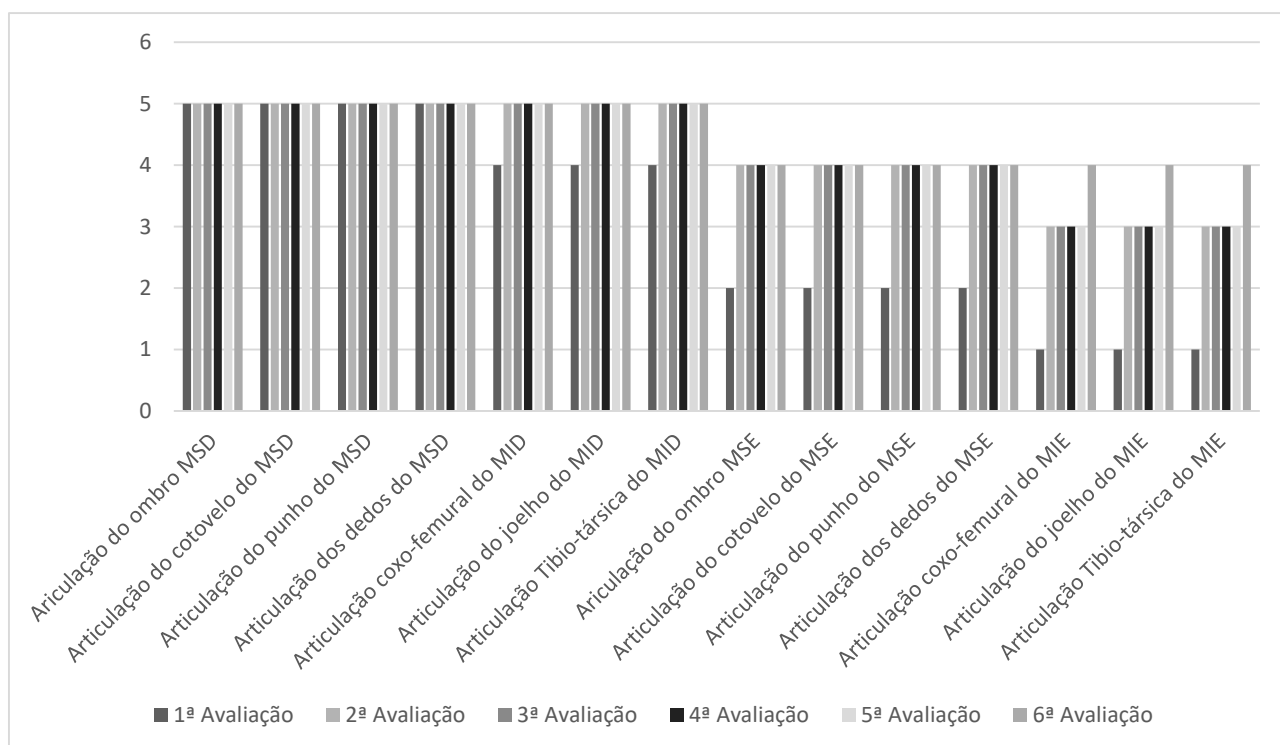
Instrumentos de Avaliação	Score 1ª Avaliação	Score Última Avaliação
Escala de Coma de Glasgow	14	14
Escala de NIHSS	9	5
Índice de Barthel	20	45
Escala de Equilíbrio de Berg	NA	NA
MIF	50	94
Escala de GUSS	20	20
Escala de Oxford		
MSD		
- articulação do ombro	5/5	5/5
- articulação do cotovelo	5/5	5/5
- articulação do punho	5/5	5/5
- articulação dos dedos	5/5	5/5
MSE		
- articulação do ombro	2/5	4/5
- articulação do cotovelo	2/5	4/5

- articulação do punho	2/5	4/5
- articulação dos dedos	2/5	4/5
MID		
- articulação coxo-femural	4/5	5/5
- articulação do joelho	4/5	5/5
- articulação tibio-társica	4/5	5/5
MIE		
- articulação coxo-femural	1/5	4/5
- articulação do joelho	1/5	4/5
- articulação tibio-társica	1/5	4/5

Fonte: Própria

Nos quadros que se seguem (Quadro 36 e 37) encontra-se demonstrado as avaliações de cada instrumento de avaliação, bem como, nos gráficos (Gráfico 32, 33, 34, 35 e 36) pode se verificar a evolução dos scores em cada um dos instrumentos de avaliação.

Gráfico 32 – Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa G



Fonte: Própria

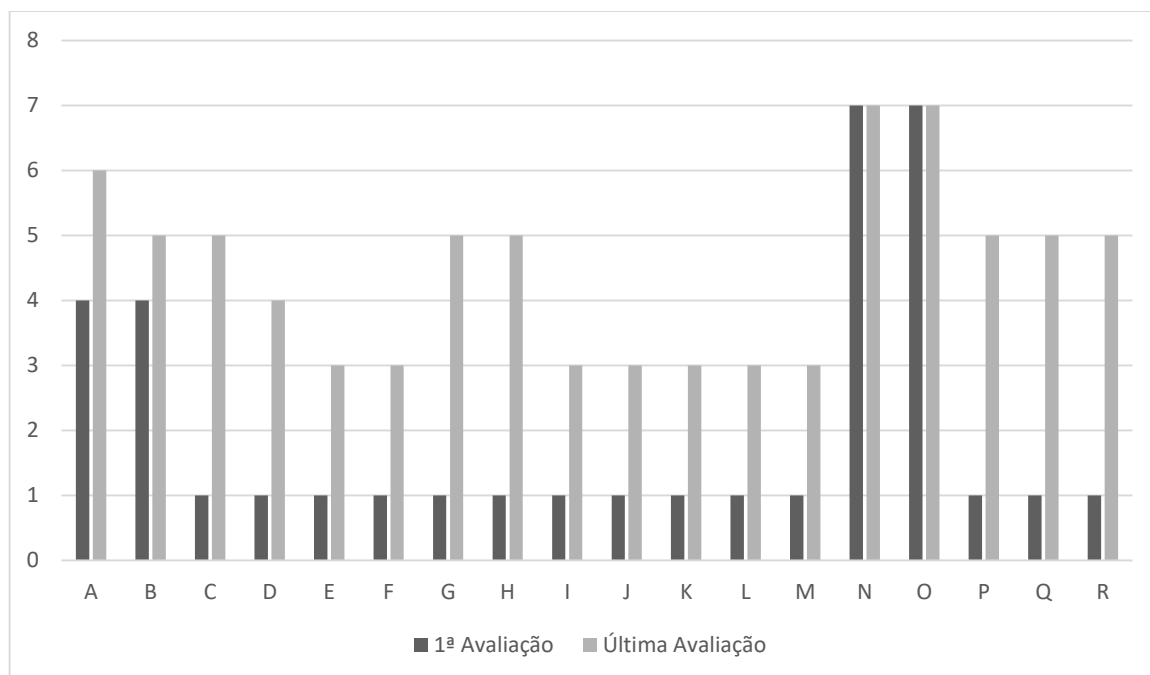
Quadro 36 – Primeira Avaliação da MIF da Pessoa G

Dimensões	Itens		Pontuação (1-7)
Autocuidados	A – Alimentação		4
	B – Higiene Pessoal		4
	C – Banho (Lavar o corpo)		1
	D – Vestir a metade superior		1
	E – Vestir metade inferior		1
	F – Utilização da sanita		1
Controlo de Esfíncteres	G – Bexiga		1
	H – Intestino		1
Mobilidade: Transferências	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas (CR)		1
	J – Sanita		1
	K – Banheira, Duche		1
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	M	
		C	1
	M – Escadas	M	
		C	1
Comunicação	N - Compreensão	V	7
		NV	7
	O – Expressão	V	7
		NV	7
Cognição Social	P – Interação Social		1
	Q – Resolução dos problemas		1
	R – Memória		1

Legenda: M – Marcha; C – Cadeira de Rodas; V – Verbal; Não Verbal

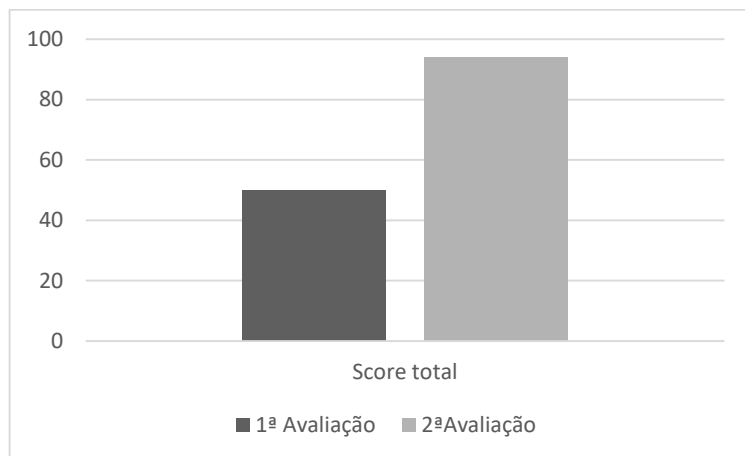
Fonte: Própria

Gráfico 33 – Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa G



Fonte: Própria

Gráfico 34 – Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa G



Fonte: Própria

Quadro 37 – Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa G

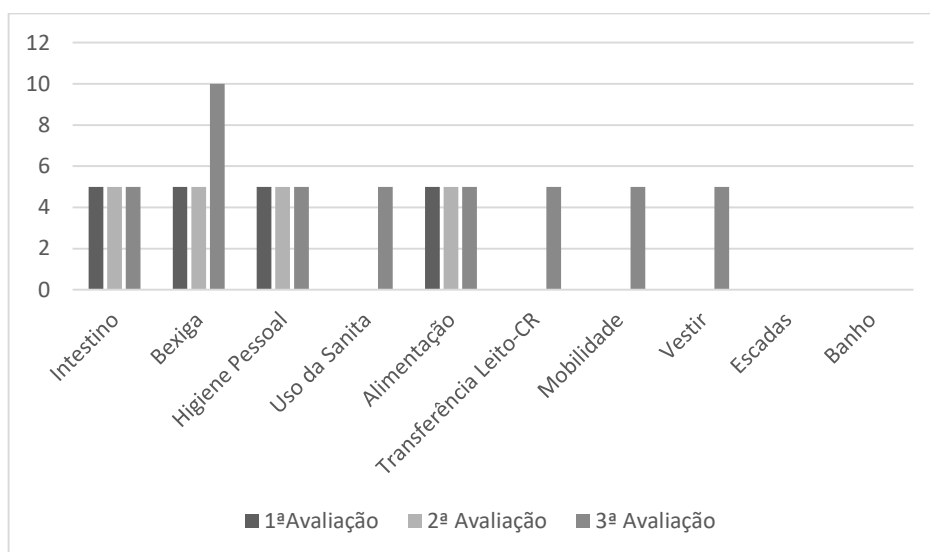
Itens	Score
Intestino	5
Bexiga	5
Higiene Pessoal	5
Uso da Sanita	0

Alimentação	5
Transferência Leito-CR	0
Mobilidade	0
Vestir	0
Escadas	0
Banho	0

Fonte: Própria

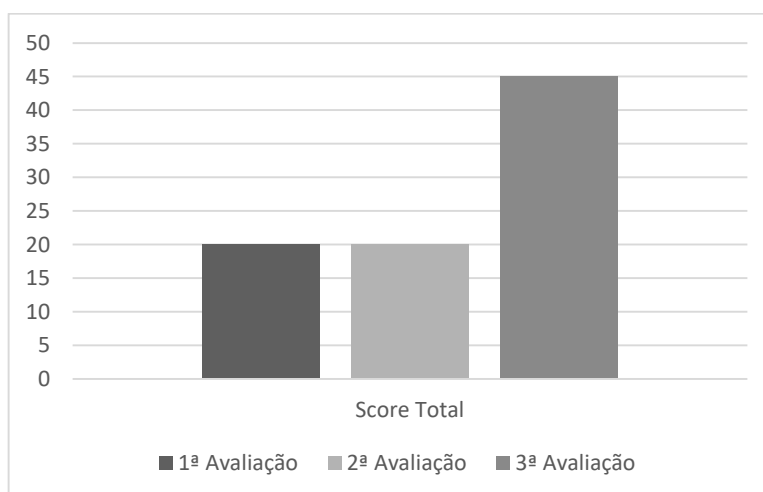
Gráfico 35 – Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa

G



Fonte: Própria

Gráfico 36 – Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa G



Fonte: Própria

Interpretando os dados colhidos, foram identificados Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação e elaborado um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa G, demonstrado no quadro abaixo (Quadro 38).

Quadro 38 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa G

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem		
		Conhecimento	Aprendizagem	Intervenções
Autocuidado	Autocuidado Higiene comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento acerca de dispositivo auxiliar e necessidade e adaptação do domicílio - Ensinar sobre dispositivo auxiliar e sobre necessidade de adaptação do domicílio	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir acerca do uso de dispositivo auxiliar	- Treinar uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Vestuário comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento acerca de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Ensinar sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Ir Ao Sanitário comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, sobre o uso de dispositivo auxiliar e sobre técnica de adaptação - Ensinar sobre dispositivo auxiliar, técnica de adaptação e necessidade de adaptação do domicílio	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar

	Autocuidado, Arranjar-se comprometido em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação e sobre o uso de dispositivo auxiliar - Ensinar sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
Parésia	Parésia facial central esquerda presente – apagamento do sulco naso labial, desvio da comisura labial, diminuição dos movimentos musculares da face e diminuição da movimentação dos lábios	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Providenciar espelho quadriculado - Treinar técnicas de exercício muscular e articular passivo (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior, realizando 5 repetições em 3 séries) - Aplicar frio - Executar técnica de massagem - Vigiar parésia - Supervisionar a pessoa no mastigar
Transferir-se	Transferir-se comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, sobre o uso de dispositivo auxiliar e sobre técnica de adaptação – Não demonstrou ter conhecimento, mas com potencial para	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e para usar técnica de adaptação – Demonstra capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação (usa adequadamente)	- Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação

		melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre o uso de dispositivo auxiliar, sobre necessidade de adaptação do domicílio e sobre técnica de adaptação	- Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e uso de técnica de adaptação	
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído (MSE e MIE)	- Avaliar conhecimento acerca de técnicas de exercício muscular e articular - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular - Instruir acerca de técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido - Instruir acerca de exercícios terapêuticos no leito	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular passivo e ativo-assistido no MSE e MIE - Executar/Treinar exercícios terapêuticos no leito (ponte e rolamento) - Supervisionar o movimento muscular
Andar com Auxiliar de Marcha	Andar com Auxiliar de Marcha comprometido	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e sobre auxiliar de marcha – Não demonstrou conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio, nem acerca do auxiliar de marcha (andarilho estático) - Ensinar acerca da necessidade de adaptação do domicílio	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha – demonstra potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha	- Treinar a andar com auxiliar de marcha (começar com pequenas distâncias e se a pessoa tolerar, aumentar a distância progressivamente e uso de calçado apropriado)

Apêndice XV – **Caso clínico da Pessoa H**

PESSOA H

Pessoa do sexo masculino, de 56 anos de idade, raça eurocaucasiana. Previamente independente nas AVD.

Recorre ao SU do Hospital por afasia global e desorientação.

Tem como diagnóstico de admissão, AVC isquémico da ACM esquerda. Tem como antecedentes pessoais: Artrite reumatoide seronegativa e artrite úrica; Vasculite leucocitoblástica; Fibrilhação auricular.

Foi transferido para a Unidade de AVC para estabilização do estado clínico, MCR, realização de meios complementares de diagnóstico (análises, Ecodoppler, Ecocardiograma e Ressonância Magnética) e cumprir plano de reabilitação.

Foram aplicados os instrumentos de colheita de dados protocolados na Unidade de AVC e foram identificados os focos de enfermagem de reabilitação e planeadas intervenções, com um total de 1 sessão de intervenção.

Em seguida serão apresentados no quadro (Quadro 39) os scores das escalas avaliadas na 1ª e última avaliação, sendo que não houve avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg.

Quadro 39 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa H

Instrumentos de Avaliação	Score 1ª Avaliação	Score Última Avaliação
Escala de Coma de Glasgow	15	15
Escala de NIHSS	3	3
Índice de Barthel	70	80
Escala de Equilíbrio de Berg	NA	NA
MIF	101	119
Escala de GUSS	20	20
Escala de Oxford		
MSD		
- articulação do ombro	5/5	5/5
- articulação do cotovelo	5/5	5/5
- articulação do punho	5/5	5/5
- articulação dos dedos	5/5	5/5
MSE		
- articulação do ombro	5/5	5/5
- articulação do cotovelo	5/5	5/5
- articulação do punho	5/5	5/5

- articulação dos dedos	5/5	5/5
MID		
- articulação coxo-femural	5/5	5/5
- articulação do joelho	5/5	5/5
- articulação tibio-társica	5/5	5/5
MIE		
- articulação coxo-femural	5/5	5/5
- articulação do joelho	5/5	5/5
- articulação tibio-társica	5/5	5/5

Fonte: Própria

Nos quadros que se seguem (Quadro 40 e 41) encontra-se demonstrado as avaliações de cada instrumento de avaliação, bem como, nos gráficos (Gráfico 37, 38, 39 e 40) pode se verificar a evolução dos scores em cada um dos instrumentos de avaliação da pessoa H.

Quadro 40 – Primeira Avaliação da MIF da Pessoa H

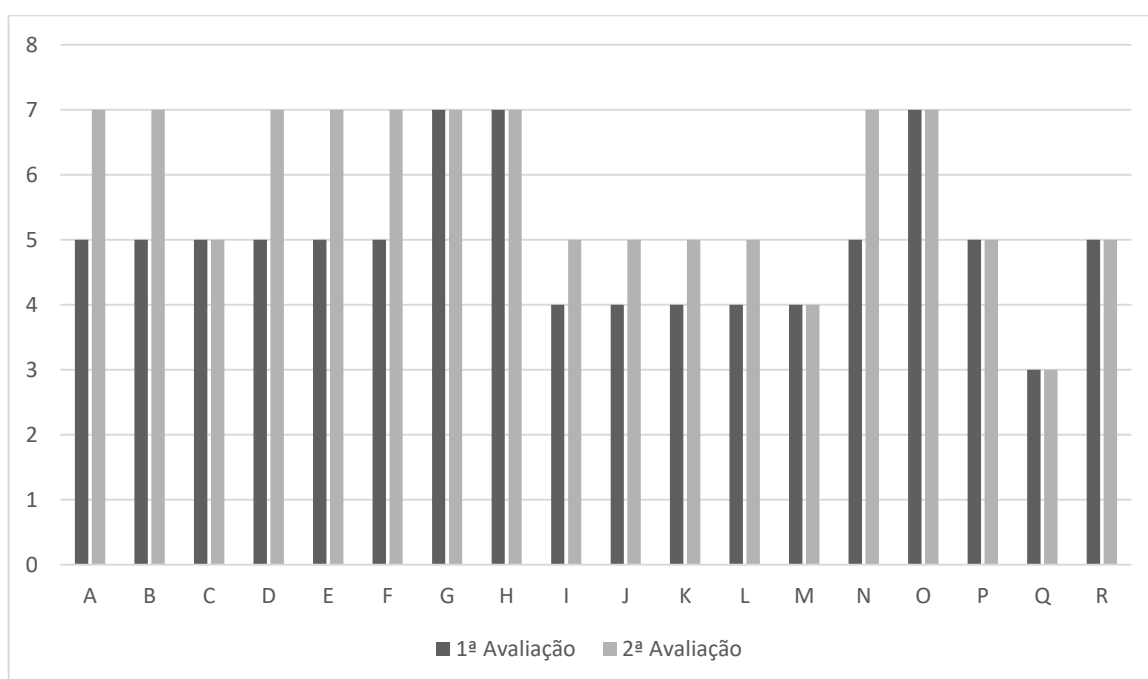
Dimensões	Itens		Pontuação (1-7)
Autocuidados	A – Alimentação		5
	B – Higiene Pessoal		5
	C – Banho (Lavar o corpo)		5
	D – Vestir a metade superior		5
	E – Vestir metade inferior		5
	F – Utilização da sanita		5
Controlo de Esfíncteres	G – Bexiga		7
	H – Intestino		7
Mobilidade: Transferências	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas (CR)		4
	J – Sanita		4
	K – Banheira, Duche		4
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	M	4
		C	
	M – Escadas	M	4
		C	
Comunicação	N – Compreensão	V	5
		NV	5
	O – Expressão	V	7

		NV	7
Cognição Social	P – Interação Social		5
	Q – Resolução dos problemas		3
	R – Memória		5

Legenda: M – Marcha; C – Cadeira de Rodas; V – Verbal; Não Verbal

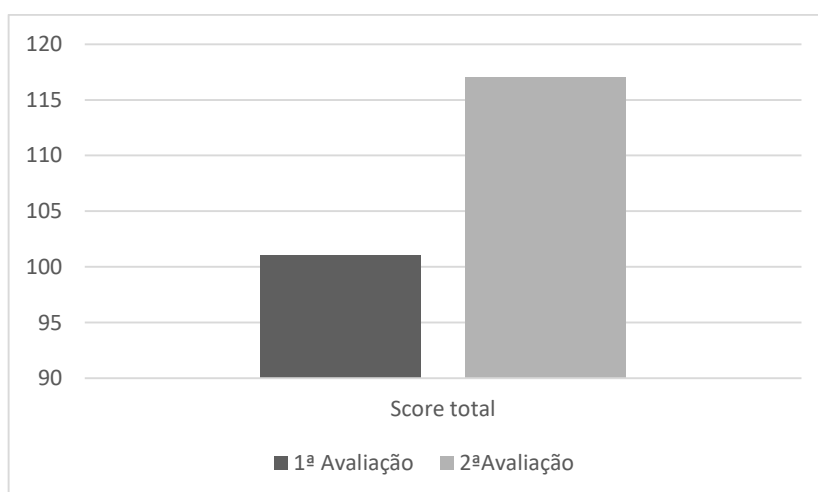
Fonte: Própria

Gráfico 37 – Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa H



Fonte: Própria

Gráfico 38 – Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa H



Fonte: Própria

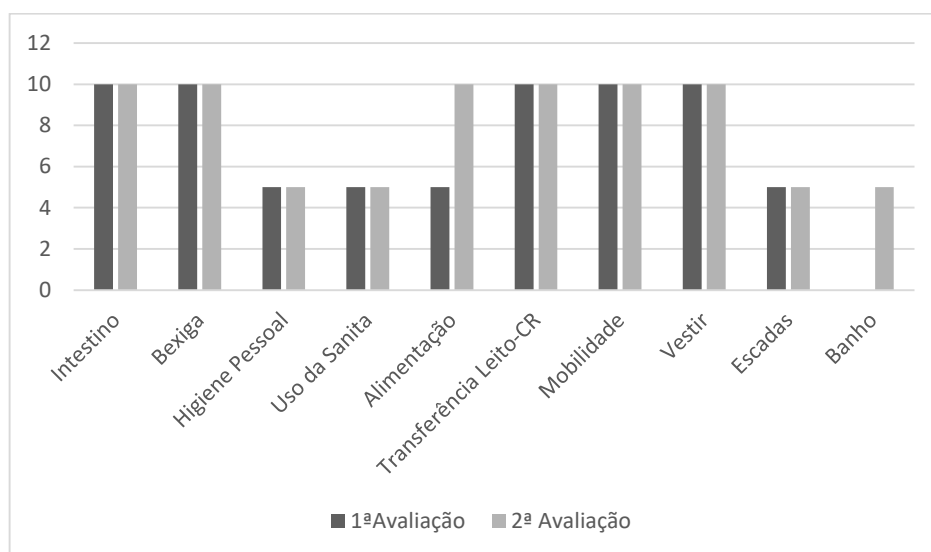
Quadro 41 – Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa H

Itens	Score
Intestino	10
Bexiga	10
Higiene Pessoal	5
Uso da Sanita	5
Alimentação	5
Transferência Leito-CR	10
Mobilidade	10
Vestir	10
Escadas	5
Banho	0

Fonte: Própria

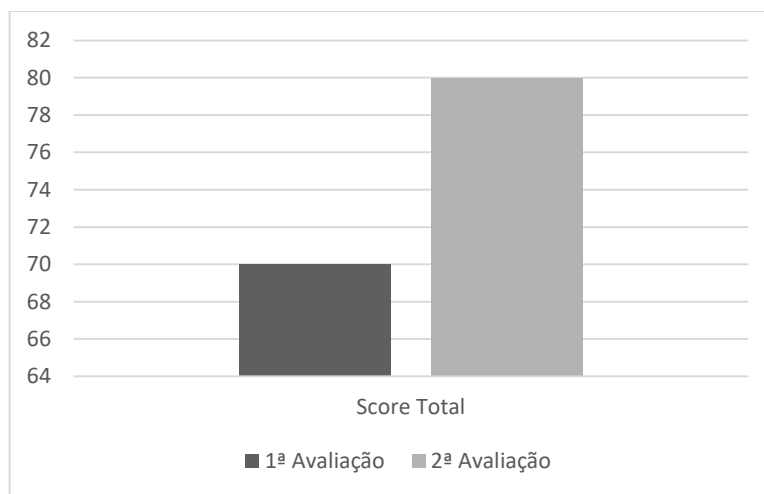
Gráfico 39 – Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa

H



Fonte: Própria

Gráfico 40 – Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa H



Fonte: Própria

Ao interpretar os dados colhidos, foram identificados Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação e elaborado um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa H, demonstrado no quadro abaixo (Quadro 42).

Quadro 42 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa H

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem		
		Conhecimento	Aprendizagem	Intervenções
Autocuidado	Autocuidado Higiene comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento acerca de dispositivo auxiliar e necessidade e adaptação do domicílio - Ensinar sobre dispositivo auxiliar e sobre necessidade de adaptação do domicílio	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir acerca do uso de dispositivo auxiliar	- Treinar uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Vestuário comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento acerca de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Ensinar sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar

	Autocuidado Ir Ao Sanitário comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, sobre o uso de dispositivo auxiliar e sobre técnica de adaptação - Ensinar sobre dispositivo auxiliar, técnica de adaptação e necessidade de adaptação do domicílio	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado, Arranjar-se comprometido em grau moderado	- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação e sobre o uso de dispositivo auxiliar - Ensinar sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
Transferir-se	Transferir-se comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, sobre o uso de dispositivo auxiliar e sobre técnica de adaptação – Não demonstrou ter conhecimento, mas com potencial para melhorar esse conhecimento - Ensinar sobre o uso de dispositivo auxiliar, sobre necessidade de adaptação do domicílio e sobre técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e para usar técnica de adaptação – Demonstra capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação (usa adequadamente) - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e uso de técnica de adaptação	- Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
Movimento muscular	Movimento muscular mantido	- Avaliar conhecimento acerca de técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Supervisionar o movimento muscular

- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Instruir acerca de técnicas de exercício muscular e articular ativo - Instruir acerca de auto-mobilizações - Instruir acerca de exercícios de motricidade fina	- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos - Incentivar a pessoa a executar auto-mobilizações - Incentivar a pessoa a executar exercícios de motricidade fina
--	--	---

Apêndice XVI – **Caso clínico da Pessoa I**

PESSOA I

Pessoa do sexo feminino, de 80 anos de idade, raça eurocaucasiana.

Recorre ao Centro de Saúde da área de residência por diminuição da força muscular do hemicorpo direito, mais prevalente no MID com parestesias distais associadas, sensação de desequilíbrio e desvio da comissura esquerda, sendo posteriormente transferida para o SU do Hospital.

Tem como diagnóstico de admissão, AVC isquémico sem tradução imagiológica. Tem como antecedentes pessoais: HTA; Dislipidemia; Diabetes Melitus tipo I; Carcinoma ductal; Abscesso hepático e trombose do ramo esquerdo da veia porta associado a Edema Agudo do Pulmão e lesão renal aguda; Depressão; Demência; Doença renal crónica.

Foi transferida para a Unidade de AVC para estabilização do estado clínico, MCR, realização de meios complementares de diagnóstico (análises, Ecodoppler, Ecocardiograma e Ressonância Magnética) e cumprir plano de reabilitação.

Foram aplicados os instrumentos de colheita de dados protocolados na Unidade de AVC e foram identificados os focos de enfermagem de reabilitação e planeadas intervenções, com um total de 1 sessão de intervenção.

Em seguida serão apresentados no quadro (Quadro 43) os scores das escalas avaliadas na 1ª e última avaliação.

Quadro 43 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa I

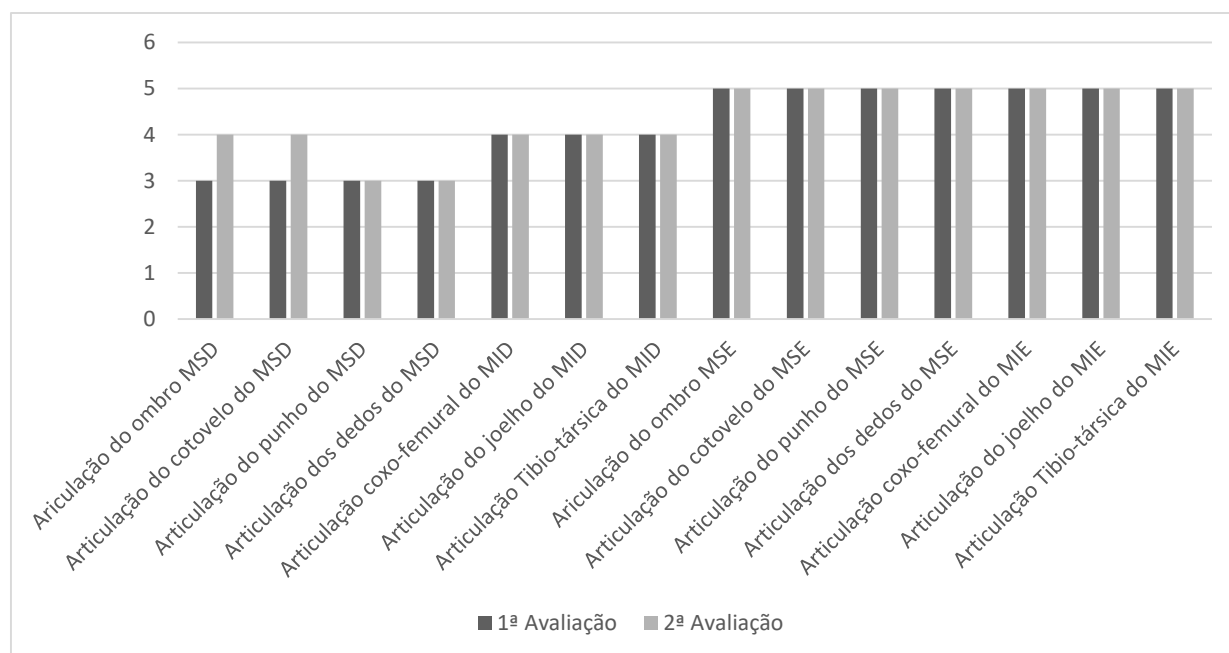
Instrumentos de Avaliação	Score 1ª Avaliação	Score Última Avaliação
Escala de Coma de Glasgow	15	15
Escala de NIHSS	7	6
Índice de Barthel	25	35
Escala de Equilíbrio de Berg	28	33
MIF	63	72
Escala de GUSS	20	20
Escala de Oxford		
MSD		
- articulação do ombro	3/5	4/5
- articulação do cotovelo	3/5	4/5
- articulação do punho	3/5	3/5
- articulação dos dedos	3/5	3/5
MSE		

- articulação do ombro	5/5	5/5
- articulação do cotovelo	5/5	5/5
- articulação do punho	5/5	5/5
- articulação dos dedos	5/5	5/5
MID		
- articulação coxo-femural	4/5	4/5
- articulação do joelho	4/5	4/5
- articulação tibio-társica	4/5	4/5
MIE		
- articulação coxo-femural	5/5	5/5
- articulação do joelho	5/5	5/5
- articulação tibio-társica	5/5	5/5

Fonte: Própria

Nos quadros que se seguem (Quadro 44, 45 e 46) encontra-se demonstrado as avaliações de cada instrumento de avaliação, bem como, nos gráficos (Gráfico 41, 42, 43, 44, 45, 46 e 47) pode se verificar a evolução dos scores em cada um dos instrumentos de avaliação da pessoa I.

Gráfico 41 – Evolução do score na Escala de Oxford da Pessoa I



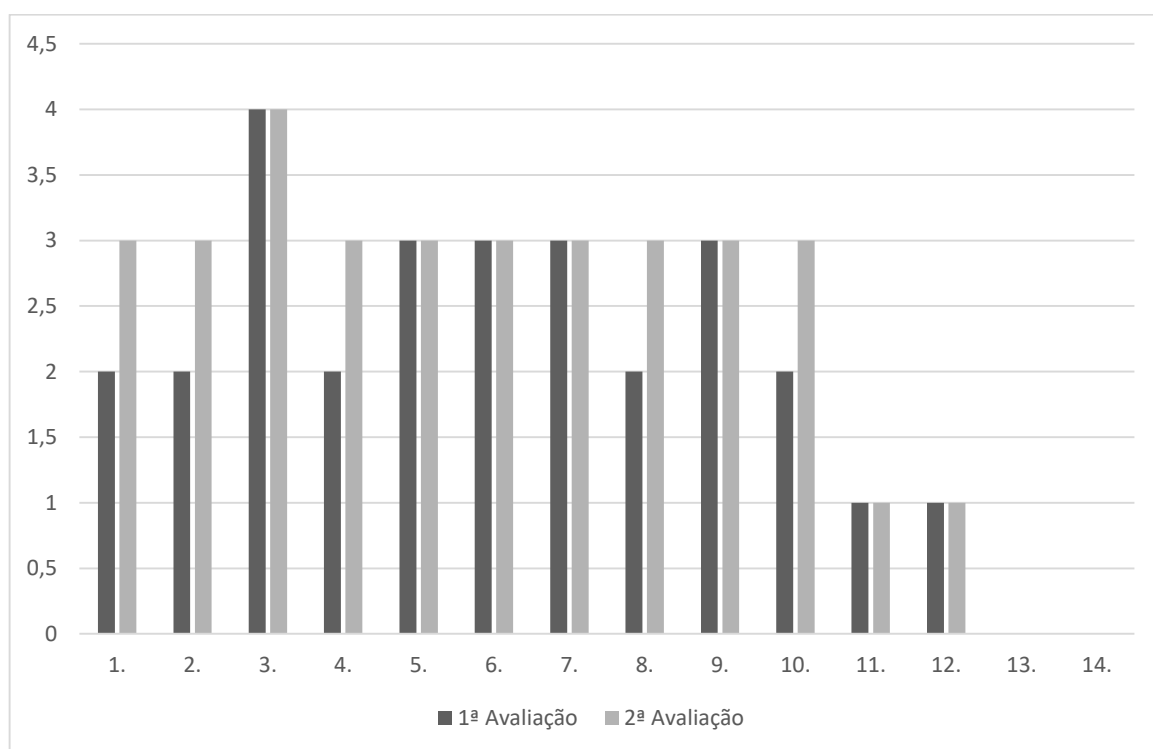
Fonte: Própria

Quadro 44 – Primeira avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa I

Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1. Posição sentada para posição em pé	2
2. Permanecer em pé sem apoio	2
3. Permanecer sentado mas sem apoio nas costas	4
4. Posição em pé para posição sentada	2
5. Transferências	3
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	3
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	3
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	2
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	3
10. Virar-se o olhar para trás por cima dos ombros	2
11. Girar 360°	1
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	1
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0
14. Permanecer em pé sobre uma perna	0

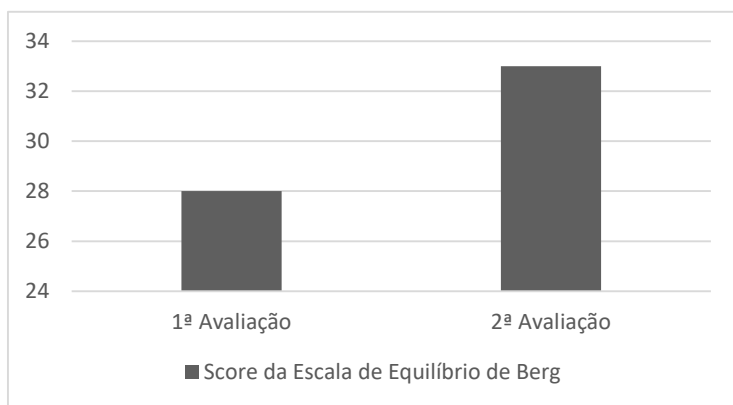
Fonte: Própria

Gráfico 42 – Evolução do score de cada item da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa I



Fonte: Própria

Gráfico 43 – Evolução do score total da Escala de Equilíbrio de Berg da Pessoa I



Fonte: Própria

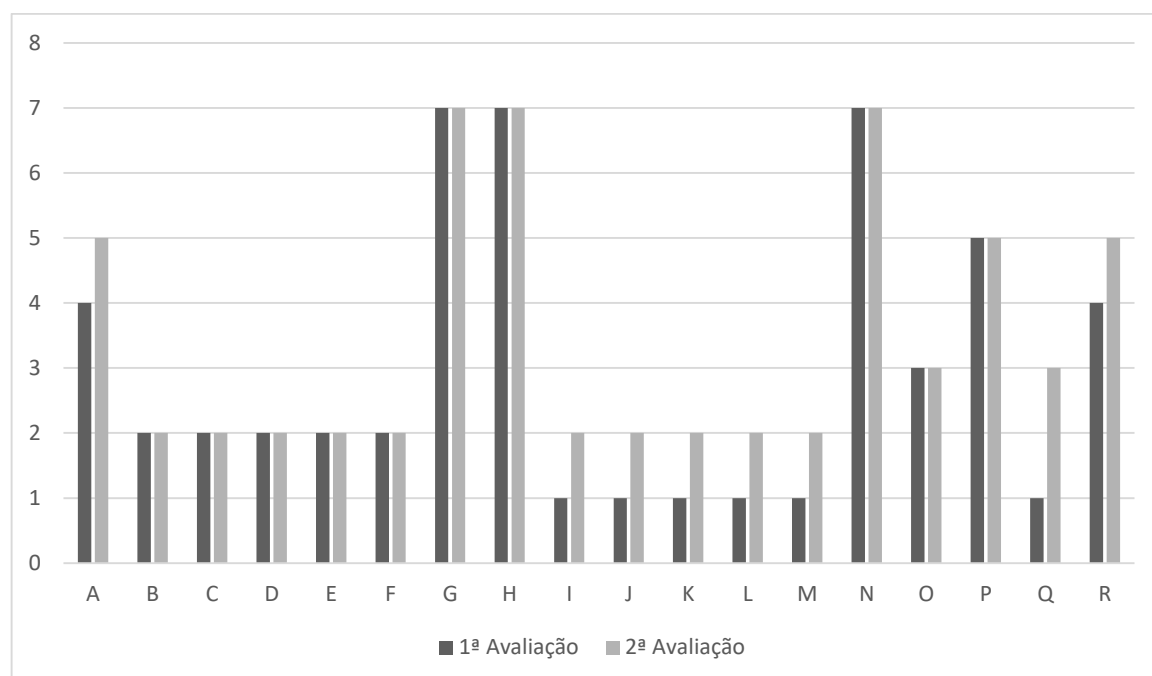
Quadro 45 – Primeira Avaliação da MIF da Pessoa I

Dimensões	Itens		Pontuação (1-7)
Autocuidados	A – Alimentação		4
	B – Higiene Pessoal		2
	C – Banho (Lavar o corpo)		2
	D – Vestir a metade superior		2
	E – Vestir metade inferior		2
	F – Utilização da sanita		2
Controlo de Esfíncteres	G – Bexiga		7
	H – Intestino		7
Mobilidade: Transferências	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas (CR)		1
	J – Sanita		1
	K – Banheira, Duche		1
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	M	
		C	1
	M – Escadas	M	
		C	1
Comunicação	N – Compreensão	V	7
		NV	7
	O – Expressão	V	3
		NV	3
Cognição Social	P – Interação Social		5
	Q – Resolução dos problemas		1
	R – Memória		4

Legenda: M – Marcha; C – Cadeira de Rodas; V – Verbal; Não Verbal

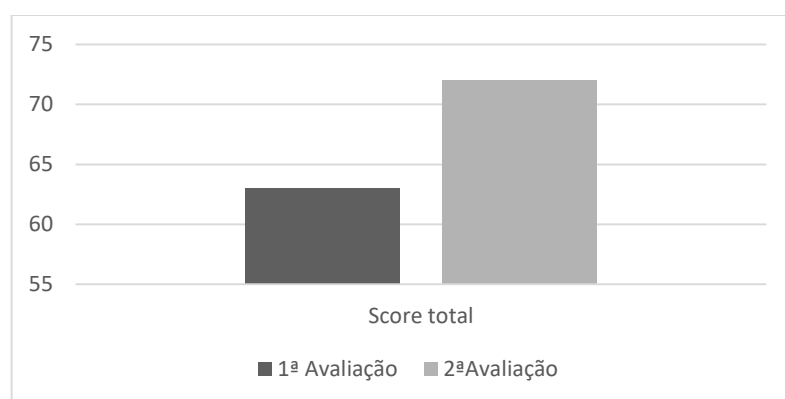
Fonte: Própria

Gráfico 44 – Evolução no score de cada item na avaliação da MIF da Pessoa I



Fonte: Própria

Gráfico 45 – Evolução no score total da avaliação da escala MIF da Pessoa I



Fonte: Própria

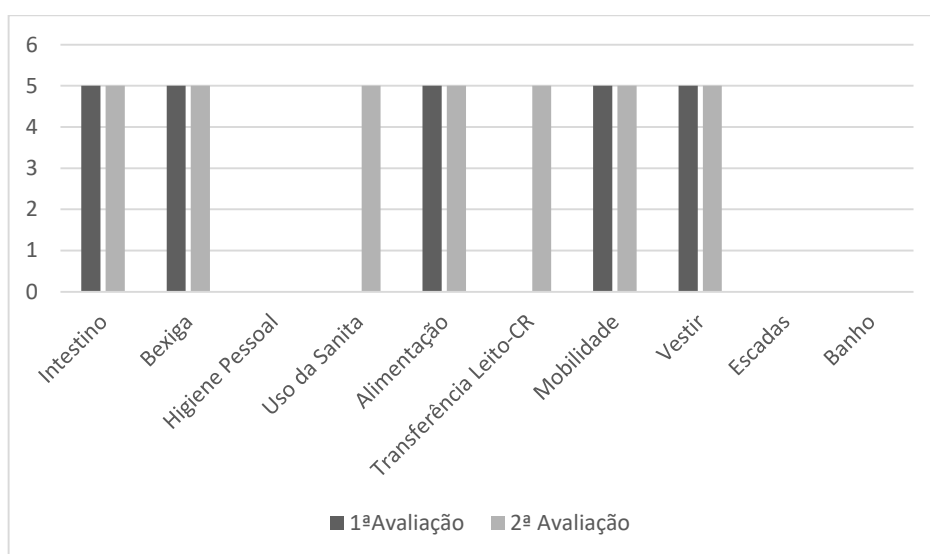
Quadro 46 – Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa I

Itens	Score
Intestino	5
Bexiga	5
Higiene Pessoal	0

Uso da Sanita	0
Alimentação	5
Transferência Leito-CR	0
Mobilidade	5
Vestir	5
Escadas	0
Banho	0

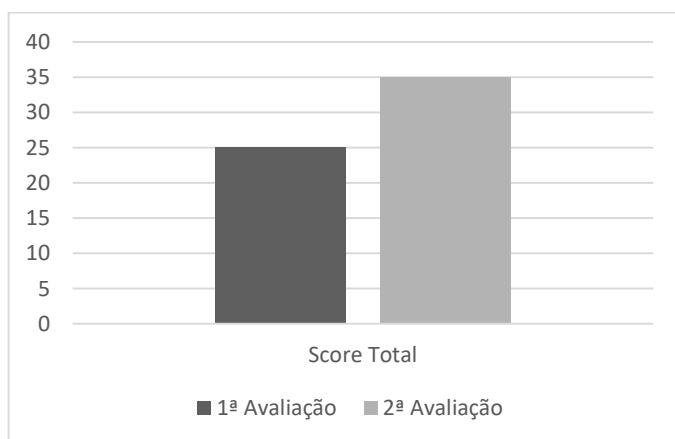
Fonte: Própria

Gráfico 46 – Evolução do score de cada item nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa I



Fonte: Própria

Gráfico 47 – Evolução no score total nas avaliações da Escala de Barthel da Pessoa I



Fonte: Própria

Ao interpretar os dados colhidos, foram identificados Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação e elaborado um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa I, demonstrado no quadro abaixo (Quadro 47).

Quadro 47– Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa I

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem		
		Conhecimento	Aprendizagem	Intervenções
Autocuidado	Autocuidado Higiene comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio - Ensinar sobre adaptação do domicílio (acessibilidade à casa de banho, se tem banheira ou duche e necessidade de colocação de barras de poio) - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado higiene (para usar banheira ou duche, a necessidade de usar cadeira giratória, ou cadeira de duche) - Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar	- Avaliar capacidade para utilizar dispositivo auxiliar para autocuidado higiene - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar	- Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Ir ao Sanitário comprometido, em grau elevado	- Avaliar potencial para melhorar o conhecimento acerca da necessidade de	- Tem potencial para melhorar a capacidade de usar o dispositivo auxiliar	- Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação

	adaptação do domicílio, do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação – demonstra potencial para adquirir esse conhecimento - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação		
Autocuidado Vestuário comprometido, em grau elevado	- Avaliar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar - Ensinar sobre dispositivo auxiliar - Ensinar sobre técnica de adaptação - Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado Vestuário - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar	- Avaliar capacidade para utilizar dispositivo auxiliar - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
Autocuidado, Arranjar-se comprometido em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e sobre o uso de dispositivo auxiliar – Não demonstrou qualquer tipo de conhecimento, mas demonstra potencial para melhorar esse conhecimento	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação – demonstra potencial para melhorar essa capacidade - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
Autocuidado Comer comprometido, em grau moderado	- Avaliar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (como por exemplo, talheres com cabo adaptado, pratos com ventosa para segurar na mesa,	- Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar	- Treinar sobre o uso de dispositivo auxiliar

		copos com tampa de bica) - Providenciar material educativo - Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar		
	Autocuidado Beber comprometido, em grau moderado	- Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento acerca do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação – não tem capacidade, mas demonstrou potencial para melhorar essa capacidade - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
Parésia	Parésia facial central direita presente – apagamento do sulco naso labial, desvio da comisura labial, diminuição dos movimentos musculares da face e diminuição da movimentação dos lábios	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Providenciar espelho quadriculado - Treinar técnicas de exercício muscular e articular passivo (soprar enchendo a bochecha de ar, sorrir mostrando os dentes, aproximar e comprimir os lábios, sorrir com os lábios juntos e protusão do lábio inferior, realizando 5 repetições em 3 séries) - Aplicar frio

				- Executar técnica de massagem - Vigiar parésia - Supervisionar a pessoa no mastigar
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído (MSD e MID)	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular - Providenciar material educativo	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre exercícios de motricidade fina - Instruir sobre auto-mobilizações - Instruir sobre exercícios de mobilizações isométricas com recurso a bola suíça	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido na articulação do punho e dedos da mão direita - Executar/Treinar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido do MSD e MID - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos, auto.mobilizações e mobilizações isométricas com recurso a bola suíça - Supervisionar o movimento muscular
Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal comprometido	- Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal – demonstra potencial para adquirir esse conhecimento - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal - Treinar técnica de equilíbrio corporal	- Aplicar dispositivo auxiliar (usar as calças da própria pessoa ou cinto de transferência) - Estimular a manter equilíbrio corporal (Correção Postural) – pode

				se usar espelho quadriculado - Executar técnica de treino de equilíbrio - Alternância de carga nos membros superiores, alternância de carga nos membros inferiores, Exercícios de coordenação de movimentos e Facilitação cruzada) - Orientar na técnica de treino de equilíbrio
Comunicação	Comunicação comprometida, em grau reduzido	- Avaliar o conhecimento sobre a técnicas de treino do discurso - Ensinar sobre técnicas de treino do discurso	- Avaliar a capacidade de executar a técnicas de treino do discurso - Instruir sobre técnicas de treino do discurso - Treinar técnicas de treino do discurso	- Incentivar pessoa a comunicar - supervisionar a técnica do treino do discurso
Transferir-se	Transferir-se comprometido, em grau elevado	- Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar (pode usar as próprias calças da pessoa, ou cinto de transferência) - Avaliar conhecimento	- Avaliar a capacidade do uso de dispositivo auxiliar - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar uso de dispositivo auxiliar - Treinar técnica de adaptação

		sobre técnica de adaptação - Ensinar sobre adaptação do domicílio (por exemplo, necessidade de colocar barras de apoio) - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (próprias calças da pessoa ou cinto de transferência) - Ensinar sobre técnica de adaptação		
Andar	Andar comprometido, em grau elevado	- Avaliar conhecimento e capacidade para melhorar o conhecimento acerca de técnica de adaptação e necessidade de adaptação do domicílio - Ensinar sobre técnica de adaptação e necessidade de adaptação do domicílio - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para a necessidade de adaptação do domicílio e sobre técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar técnica de adaptação

Apêndice XVII – **Caso clínico da Pessoa J**

PESSOA J

Pessoa do sexo feminino, de 48 anos de idade, raça eurocaucasiana. Previamente independente nas AVD e a exercer a sua atividade profissional.

Recorre ao SU do Hospital por tonturas e sensação de fadiga global.

Tem como diagnóstico de admissão, AVC isquémico sem tradução imagiológica. Tem como antecedentes pessoais: HTA; Fumador ativo; Ansiedade; Cesariana.

Foi transferida para a Unidade de AVC para estabilização do estado clínico, MCR, realização de meios complementares de diagnóstico (análises, Ecodoppler, Ecocardiograma e Ressonância Magnética) e cumprir plano de reabilitação.

Foram aplicados os instrumentos de colheita de dados protocolados na Unidade de AVC e foram identificados os focos de enfermagem de reabilitação e planeadas intervenções, não tendo havido nenhuma sessão de intervenção para a pessoa J.

Em seguida serão apresentados no quadro (Quadro 48) os scores das escalas avaliadas na 1ª e única avaliação, não tendo sido avaliada a Escala de Equilíbrio de Berg.

Quadro 48 - Registo dos instrumentos de colheita de dados da Pessoa J

Instrumentos de Avaliação	Score
Escala de Coma de Glasgow	15
Escala de NIHSS	1
Índice de Barthel	90
Escala de Equilíbrio de Berg	NA
MIF	118
Escala de GUSS	20
Escala de Oxford	
MSD	
- articulação do ombro	5/5
- articulação do cotovelo	5/5
- articulação do punho	4/5
- articulação dos dedos	4/5
MSE	
- articulação do ombro	5/5
- articulação do cotovelo	5/5
- articulação do punho	5/5
- articulação dos dedos	5/5

MID		
- articulação coxo-femural		5/5
- articulação do joelho		5/5
- articulação tibio-társica		5/5
MIE		
- articulação coxo-femural		5/5
- articulação do joelho		5/5
- articulação tibio-társica		5/5

Fonte: Própria

Nos quadros que se seguem (Quadro 49 e 50) encontra-se demonstrado as avaliações de cada instrumento de avaliação da pessoa J.

Quadro 49 – Primeira Avaliação da MIF da Pessoa J

Dimensões	Itens		Pontuação (1-7)
Autocuidados	A – Alimentação		5
	B – Higiene Pessoal		5
	C – Banho (Lavar o corpo)		5
	D – Vestir a metade superior		5
	E – Vestir metade inferior		5
	F – Utilização da sanita		5
Controlo de Esfíncteres	G – Bexiga		7
	H – Intestino		7
Mobilidade: Transferências	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas (CR)		5
	J – Sanita		5
	K – Banheira, Duche		5
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	M	5
		C	
	M – Escadas	M	5
		C	
Comunicação	N – Compreensão	V	7
		NV	7
	O – Expressão	V	7
		NV	7

Cognição Social	P – Interação Social	7
	Q – Resolução dos problemas	7
	R – Memória	7

Legenda: M – Marcha; C – Cadeira de Rodas; V – Verbal; Não Verbal

Fonte: Própria

Quadro 50 – Primeira Avaliação da Escala de Barthel da Pessoa J

Itens	Score
Intestino	10
Bexiga	10
Higiene Pessoal	5
Uso da Sanita	10
Alimentação	10
Transferência Leito-CR	15
Mobilidade	10
Vestir	10
Escadas	5
Banho	5

Fonte: Própria

Interpretando os dados colhidos, foram identificados Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação e elaborado um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa J, demonstrado no quadro abaixo (Quadro 51).

Quadro 51 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa J

Diagnóstico	Enunciados de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem		
Autocuidado	Autocuidado Higiene comprometido, em grau reduzido	Conhecimento - Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio - Ensinar sobre adaptação do domicílio - Ensinar sobre dispositivo auxiliar	Aprendizagem - Avaliar capacidade para utilizar dispositivo auxiliar para autocuidado higiene - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar	Intervenções - Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar
	Autocuidado Ir ao Sanitário	- Avaliar potencial para melhorar o	- Tem potencial para melhorar a	- Treinar sobre uso de

	comprometido, em grau reduzido	conhecimento acerca da necessidade de adaptação do domicílio, do uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Ensinar sobre adaptação do domicílio e sobre dispositivo auxiliar	capacidade de usar o dispositivo auxiliar - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
	Autocuidado Vestuário comprometido, em grau reduzido	- Avaliar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar - Ensinar sobre dispositivo auxiliar - Ensinar sobre técnica de adaptação	- Avaliar capacidade para utilizar dispositivo auxiliar - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação
	Autocuidado, Arranjar-se comprometido em grau elevado	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e sobre o uso de dispositivo auxiliar	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	- Treinar técnicas de adaptação e uso de dispositivo auxiliar
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído (MSD-articulação do punho e dedos da mão direita)	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular - Providenciar material educativo	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre exercícios de motricidade fina - Instruir sobre auto-mobilizações	- Monitorizar força muscular através da Escala de Oxford - Treinar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido na articulação do punho e dedos da mão direita - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos, auto.mobilizações e exercícios de motricidade fina

				- Supervisionar o movimento muscular
Andar	Andar comprometido, em grau reduzido	- Avaliar conhecimento e capacidade para melhorar o conhecimento acerca de técnica de adaptação e necessidade de adaptação do domicílio - Ensinar sobre técnica de adaptação e necessidade de adaptação do domicílio	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação - Instruir sobre técnica de adaptação	- Treinar técnica de adaptação

Anexos

Anexo I – **Declaração de Aceitação de Orientação de Estágio**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio da estudante Inês Sofia Serrote Trindade, nº 12815, do curso de **Mestrado em Enfermagem**.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em **Enfermagem de reabilitação** que versa sobre a temática **“Contributo das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação para o autocuidado da pessoa com dependência”**.

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço na(o) mestrand(a) adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Portalegre, 8 de novembro de 2019

O Orientador

Luís Manuel Mata de Sousa

Nome

Anexo II – **Deliberação do Projeto de Intervenção**



DELIBERAÇÃO - 20 19 / 25

CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO

ASSUNTO: APROVAÇÃO DOS PROJETOS DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO – ANO LETIVO 2019/2020 – 3ª EDIÇÃO

De acordo com Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emite parecer favorável aos temas, planos de trabalho correspondentes e respetivos orientadores de cada um dos Ramos de Especialidade de acordo com o mapa que se anexa:

Portalegre, 4 de dezembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico

(Raul Alberto Carrilho Cordeiro, Professor Adjunto)

ESS.CON-TCCT-Rev.2



Anexo III – Escala de Coma de Glasgow

Quadro 52 - Escala de Coma de Glasgow

Variáveis		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Fonte: Menoita et al. (2012)

Anexo IV – **Escala NIHSS**

Escala de NIHSS

ESCALA DE NIHSS		
NIHSS	Identificação do Doente _____	
ESCALA	Data de Nascimento ____/____/____	
DE AVC	Serviço / Hospital _____	
	Data do Exame ____/____/____	Hora _____
Intervalo : ☐ 0 horas ☐ 2 horas após tratamento ☐ 24 horas após início dos sintomas ☐ 20 minutos ☐ 7-10 dias ☐ 3 meses ☐ Outros _____		
-Execute os itens da escala de AVC na ordem correcta. -Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. -Não volte atrás para alterar pontuações. -Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. -As pontuações devem reflectir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele é capaz de fazer. -O clínico deve registar as respostas enquanto aplica a escala e deve trabalhar depressa. Excepto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que faça um esforço especial).		
INSTRUÇÕES	DEFINIÇÃO DA ESCALA	PONTUAÇÃO
1a. Nível de Consciência (NDC): O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como pensos ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o doente não faz nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa (para além de respostas reflexas).	0 = Acordado; responde correctamente. 1 = Sonolento; mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Comatoso; Apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.	
1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correcta – não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreira de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o doente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Resposta a ambas as questões correctamente. 1 = Responde a uma questão correctamente. 2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.	
1c. NDC Ordens: O doente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completa, devido à fraqueza muscular. Se o doente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos doentes com traumatismo, amputação ou outro impedimento físico, devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.	0 = Realiza ambas as tarefas correctamente. 1 = Realiza uma tarefa correctamente 2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente	
2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o doente tem um desvio conjugado do olhar, que é ultrapassado pela actividade voluntária ou reflexa, a pontuação será . Se o doente tem uma paresia de nervo isolada (III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os doentes com trauma ocular, pensos, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visuais devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para o outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	0 = Normal 1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal num ou em ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado. 2 = Desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado não ultrapassados pela manobra oculocefálica.	
3. CAMPOS VISUAIS: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O doente pode ser encorajado mas basta identificar olhando para o lados dos dedos que mexem para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanopsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o doente recebe 1 e os resultados são usados para responder à questão 11.	0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluído cegueira cortical).	

INSTRUÇÕES	DEFINIÇÃO DA ESCALA	PONTUAÇÃO
4. PARESIA FACIAL: Pergunte ou use gestos para encorajar o doente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria do esgar facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendem. Na presença de traumatismo/ pensos na face, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 = Movimentos normais e simétricos. 1 = Paralisia facial central <i>minor</i> (apagamento de sulco nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superiores e inferiores da face).	
5. FORÇA MUSCULAR DOS MEMBROS SUPERIORES: O Braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (posição supina). Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O doente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro, é que o item pode ser considerado como não testável (NT), e deve ser escrita uma justificação fundamentando esta escolha.	0 = Sem queda, mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos, não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade, o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade, o braço cai logo, pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro superior esquerdo. 5b. Membro superior direito.	
6. FORÇA MUSCULAR DOS MEMBROS INFERIORES: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (teste sempre na posição supina). Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O doente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 = Sem queda, mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos, não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade, a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade, a perna cai logo, pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 6a. = Membro inferior esquerdo. 6b. = Membro inferior direito.	
7. ATAXIA DE MEMBROS: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se de que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedonariz e calcanhar-joeelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não testável (NT), e deve ser escrita uma explicação fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.	0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em 2 membros. NT = Amputação ou anquilose, Explique: _____	
8. SENSIBILIDADE: Avalie a sensibilidade ou esgar facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo – membros superiores (excepto mão), inferiores (excepto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se puder ser claramente demonstrada. Deste modo, uma perda grave ou total da sensibilidade dos doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o doente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.	0 = Normal, sem perda de sensibilidade. 1 = Perda de sensibilidade leve a moderada, o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente quando é tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total, o paciente não sente que é tocado na face, membro superior e inferior.	

INSTRUÇÕES	DEFINIÇÃO DA ESCALA	PONTUAÇÃO
9. MELHOR LINGUAGEM: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objectos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O doente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.	0 = Sem afasia, normal. 1 = Afasia leve a moderada, perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir de resposta do paciente. 2 = Afasia grave, Toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas, necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada, o examinador assume a maior parte da comunicação, o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mutismo, afasia global, sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.	
10. DISARTRIA: Se se pensa que o doente consegue, obtém-se uma amostra do seu discurso pedindo-lhe para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada, doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras e, na pior das hipóteses, pode ser entendido com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave, a voz do doente é tão arrastada, na ausência de disfasia, ou em desproporção com a disfasia, que chega a ser ininteligível. Presença de mutismo ou anartria. NT = Entubado ou outra barreira física, explique.	
11. EXTINÇÃO E DESATENÇÃO (antigo neglect): A informação suficiente para a identificação de <i>neglect</i> pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o <i>score</i> é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de <i>neglect</i> visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, táctil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea numa das modalidades sensoriais. 2 = Hemidesatenção ou limitações profundas para mais de uma modalidade, não reconhece a própria mão e orienta-se apenas para um lado do espaço.	

Tu sabes como.

Pôr os pés na terra.

Eu voltei do trabalho para casa.

Perto da mesa na cozinha.

Eles ouviram-no a falar na rádio ontem à noite.

Mamã

Pé ante pé

A meias

Fixe

Trás catrapás

Jogador de futebol





Fonte: Hospital do Grupo II – Unidade de AVC

Anexo V - **Escala de Barthel**

Escala de Barthel

ESCALA DE BARTHEL							
Apelido _____ Nome _____		Idade _____	Sexo _____	NID ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
Diagnóstico _____							
ÍNDICE DE BARTHEL							
SEMANA PÓS – AVC		1º MÊS	4º MÊS	12º MÊS	24º MÊS	36º MÊS	48º MÊS
ITENS	Data						
INTESTINO							
Controlo perfeito	10						
Problemas ocasionais	5						
Problemas habituais	0						
BEIÇA							
Controlo perfeito	10						
Problemas ocasionais	5						
Problemas habituais	0						
HIGIENE PESSOAL							
Barba/dentes/cabelo/face	5						
Dependente	0						
USO DA SANITA							
Independente	10						
Ajuda parcial	5						
Total dependente	0						
ALIMENTAÇÃO							
Independente	10						
Com ajuda (para cortar)	5						
Impossível	0						
TRANSFERÊNCIA LEITO – CR							
Independente	15						
Ajuda menor ou verbal	10						
Ajuda maior	5						
Dependente	0						
MOBILIDADE							
Independente	15						
Com ajuda	10						
Independente em CR	5						
Impossível	0						
ESTIR							
Independente	10						
Ajuda moderada	5						
Impossível	0						
ESCADAS							
Independente	10						
Ajuda ou supervisão	5						
Impossível	0						
BANHO							
Independente	5						
Dependente	0						
TOTAL: (0 – 100)							

ESCALA DE INCAPACIDADE FUNCIONAL	
0	Sem sintomas
1	Sem incapacidade significativa. Capaz de realizar todas as actividades habituais.
2	Incapacidade ligeira. Capaz de cuidar das suas necessidades sem ajuda mas incapaz de desempenhar todas as actividades como anteriormente.
3	Incapacidade moderada. Necessita de alguma ajuda mas capaz de andar sem ajuda.
4	Incapacidade moderadamente grave. Incapaz de cuidar das suas necessidades corporais sem ajuda e incapaz de caminhar sem ajuda.
5	Gravemente incapacitado. Necessitando de cuidados de enfermagem constantes e de vigilância, acamado, incontinente.
6	Morte

Fonte: Hospital do Grupo II – Unidade de AVC

Anexo VI - **MIF**

MIF

Medida de Independência Funcional – M.I.F.

NOME _____ Data _____
DIAGNÓSTICO _____

☉ Auto-cuidados:

	Admis.	Alta	Acomp.
A - Alimentação			
B - Higiene Pessoal			
C - Banho (Lavar Corpo)			
D - Vestir metade superior			
E - Vestir metade inferior			
F - Utilização da sanita			

☉ Controlo dos Esfincteres:

	Admis.	Alta	Acomp.
G - Bexiga			
H - Intestino			

☉ Mobilidade: Transferências

	Admis.	Alta	Acomp.
I - Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas			
J - Sanita			
K - Banheira, Duche			

☉ Locomoção

		Admis.		Alta		Acomp.
L - Marcha / Cadeira de Rodas	M		M		M	
	C		C		C	
M - Escadas	M		M		M	
	C		C		C	

☉ Comunicação

		Admis.		Alta		Acomp.
N - Compreensão	V		V		V	
	NV		NV		NV	
O - Expressão	V		V		V	
	NV		NV		NV	

V - Verbal
NV - Não Verbal

☉ Cognição Social

	Admis.	Alta	Acomp.
P - Interação Social			
Q - Resolução dos problemas			
R - Memória			

Total			
-------	--	--	--

Níveis	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 – Ajuda Moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência Completa 2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 – Ajuda Total (indivíduo $\geq 0\%$)	Ajuda

Fonte: Hospital do Grupo II – Unidade de AVC

Anexo VII - Escala de Equilíbrio de Berg

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

1. Posição sentada para posição em pé.

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.

- () 4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.
- () 3 capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.
- () 2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.
- () 1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.
- () 0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.

2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
- () 3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.
- () 2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- () 1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item 3. Continue com o item 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.

Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos.

- () 4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
- () 3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.
- () 2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos.
- () 1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos.
- () 0 incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.

4. Posição em pé para posição sentada.

Instruções: Por favor, sente-se.

- () 4 senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.
- () 3 controla a descida utilizando as mãos.
- () 2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.
- () 1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.
- () 0 necessita de ajuda para sentar-se.

5. Transferências.

Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra, para uma transferência em pivô. Peça ao paciente que se transfira de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras ou uma cama e uma cadeira.

- () 4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.
- () 3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
- () 2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.
- () 1 necessita de uma pessoa para ajudar.
- () 0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

- () 4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.

- () 3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.
- () 2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos.

- () 1 incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.
 - () 0 necessita de ajuda para não cair.
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.

Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.

- () 4 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.
 - () 3 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.
 - () 2 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
 - () 1 necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.
 - () 0 necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.
8. Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé.

Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar à frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que consegue. Quando possível peça ao paciente que use ambos os braços, para evitar rotação do tronco.

- () 4 pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.
 - () 3 pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.
 - () 2 pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.
 - () 1 pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.
 - () 0 perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé.

Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.

- () 4 capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.
 - () 3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.
 - () 2 incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.
 - () 1 incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.
 - () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.

Instruções: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do ombro esquerdo, sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento.

- () 4 olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.
 - () 3 olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.
 - () 2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.
 - () 1 necessita de supervisão para virar.
 - () 0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.
11. Girar 360°

Instruções: Gire completamente em torno de si mesmo. Pausa. Gire completamente em torno de si mesmo para o lado contrário.

- () 4 capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.
- () 3 capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.

() 2 capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.

() 1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.

() 0 necessita de ajuda enquanto gira.

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.

Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho 4 vezes.

() 4 capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.

() 3 capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.

() 2 capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.

() 1 capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.

() 0 incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.

Instruções: Demonstre para o paciente. Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

() 4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.

() 3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.

() 2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.

() 1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.

() 0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.

14. Permanecer em pé sobre uma perna.

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.

() 4 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.

() 3 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.

() 2 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.

() 1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.

() 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.

TOTAL: _____

Fonte: Hospital do Grupo II – Unidade de AVC

Anexo VIII - **Escala de GUSS**

Data: ____/____/____ Score: ____ Obs.: ____
 Data: ____/____/____ Score: ____ Obs.: ____
 Data: ____/____/____ Score: ____ Obs.: ____
 Data: ____/____/____ Score: ____ Obs.: ____

GUSS (Gugging Swallowing Screen)

Investigação Preliminar

	SIM	NÃO
Vigília (o utente deve estar alerta nos últimos 15 minutos)	1	0
Tosse (voluntária) e/ou pigarrear (o utente deve tossir ou pigarrear 2 vezes voluntariamente)	1	0
Deglutição da saliva:		
Deglutição eficaz	1	0
Baba controlada	1	0
Alteração da qualidade vocal	0	1
	Total:	(5)
Interpretação dos resultados: 1-4: realizar investigação instrumental 5: Continuar avaliação (parte 2)		

1. Teste de Deglutição (material: água, água com espessante até uma espessura de pudim, pão)

	1 Semi-sólido (administrar ½ colher de água com espessante. Se não existirem sintomas, administrar 5 colheres e registrar)	2 Líquido (administrar 3, 5, 10 e 20 ml de água. Se não existirem sintomas administrar 50 ml. Avaliar e parar investigação se se verificar algum sintoma)	3 Sólido (administrar um pedaço de pão. Avaliar e registrar se algum sintoma se verificar)
Avaliar na seguinte ordem:			
Deglutição:			
• Deglutição impossível	0	0	0
• Deglutição atrasada	1	1	1
• Deglutição eficaz	2	2	2
Tosse involuntária (antes, durante ou depois, até 3 minutos)			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
Baba:			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
Alteração da qualidade vocal:			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
Total:	(5)	(5)	(5)
Interpretação dos resultados:	1-4: realizar investigação instrumental; 5: Continuar para Líquidos	1-4: realizar investigação instrumental; 5: Continuar para Sólidos	1-4: realizar investigação instrumental; 5: Deglutição normal

CONCLUSÃO:

Investigação Preliminar e Teste de Deglutição: _____ (20)

Traduzido por Joana Santos, Terapeuta da Fala do H.E.S.E, E.P.E em Janeiro de 2008

Gúss (Gugging Swallowing Screen)		
Gúss - AVALIAÇÃO E RECOMENDAÇÕES		
Resultados	Severidade	Recomendações
20 Semisólidos, líquidos e sólidos tolerados	Sem disfagia ou ligeira disfagia, com risco mínimo de aspiração	• Dieta normal • Líquidos normais
15-19 Semisólidos e líquidos tolerados, sólidos não tolerados	Ligeira disfagia, com baixo risco de aspiração	• Dieta pastosa • Ingestão de líquidos lentamente (1 deglutição de cada vez) • Realizar Terapia da Fala
10-14 Semisólidos tolerados, líquidos não tolerados	Disfagia moderada, com risco de aspiração	• Dieta pastosa • Adição de espessante aos líquidos • Esmagar comprimidos e administrar com o alimento • Realizar Terapia da Fala
0-9 Investigação preliminar falhou ou não tolera semisólidos	Disfagia severa, com alto risco de aspiração	• NPB (Nada Pela Boca) • Fazer investigação com meios complementares de diagnóstico • Realizar Terapia da Fala

Trapi, M. e tal. Stroke 2007; 38: 2948-2952

Fonte: Hospital do Grupo II – Unidade de AVC