



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

Relatório de Estágio

**Cuidados Transicionais no regresso a casa da pessoa
com alteração motora após Acidente Vascular
Cerebral: contributo da Enfermagem de Reabilitação**

Miriam Filipa Verga Chaparro



**Lisboa
2023**



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

Relatório de Estágio

**Cuidados Transicionais no regresso a casa da pessoa
com alteração motora após Acidente Vascular
Cerebral: contributo da Enfermagem de Reabilitação**



Orientador: Professor Doutor Miguel Serra



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Apesar das ruínas e da morte,
Onde sempre acabou cada ilusão,
A força dos meus sonhos é tão forte,
Que de tudo renasce a exaltação
E nunca as minhas mãos ficam vazias.

Sophia de Mello Breyner Andresen (2011)

AGRADECIMENTO

Não há palavras que consigam descrever o apreço que tenho pelas pessoas que me acompanharam de perto nesta jornada, mas por todo o amor que me demonstraram e por não me terem deixado desistir nunca, deixo um obrigado especial aos meus pais, à Rita e à Tânia.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

EC CI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale

ESO – European Stroke Organization

GUSS - Gugging Swallowing Screen

INE – Instituto Nacional de Estatística

MIF - Medida de Independência Funcional

MMSE – Mini Mental State Examination

MRC S - Medical Research Council Scale

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TDAE – Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem

TCM – Transitional Care Model

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UPP – Úlcera por pressão

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade na população europeia adulta e poderá existir um aumento da prevalência desta patologia na população ao longo dos anos, assim com o aumento da longevidade, torna-se importante que o foco de atenção passe pelas doenças crónicas não transmissíveis.

As sequelas pós-AVC podem ser múltiplas, mas os défices da função motora são fortemente determinantes nas alterações da mobilidade da pessoa e poderão gerar um aumento da dependência com conseqüente diminuição da qualidade de vida. Estes fatores advêm e estão fortemente ligados à limitação sentida pela pessoa na realização do seu autocuidado e no desempenho das atividades de vida diárias (AVD), tal como nas restrições de participação na sociedade em que se inserem. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desempenha um papel facilitador durante o processo de transição da pessoa com AVC e sua família, pois permite que o outro se adapte à sua situação de doença atual e de aumento de dependência, através de um contributo ativo na capacitação da pessoa e de uma preparação para o regresso a casa tão precoce quanto possível.

A Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem (TDAE) e o Transicional Care Model (TCM) nortearam este trabalho tendo em vista o facto da pessoa com alteração motora apresentar um aumento da dependência e passar um processo de transição, tendo utilizado como metodologia para a criação deste trabalho, a revisão narrativa da literatura e a seguinte questão de investigação: “qual o contributo do EEER à pessoa com alteração motora após AVC no regresso ao domicílio?”.

Este relatório apresenta como objetivo a descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas durante o período de estágio, fomentando o processo de aprendizagem que culmina na aquisição de competências fundamentais para o meu desenvolvimento profissional e pessoal enquanto futura EEER e para a obtenção de grau de Mestre.

Palavras-chave: AVC, Enfermagem de Reabilitação, Transição de Cuidados, Limitação Motora, Autocuidado, Atividades de Vida Diária.

ABSTRACT

Stroke is one of the main causes of disability in the European adult population, and there may be an increase in the prevalence of this pathology in the population over the years, so with increasing longevity, it is important to focus on chronic non-communicable diseases.

Post-stroke sequels can be multiple, but motor function deficits are strongly determinant of changes to a person's mobility and can lead to increased dependency with a consequent reduction in quality of life. These factors are strongly linked to the limitations felt by the person in carrying out their self-care and activities of daily living, as well as the restrictions on their participation in society. In this sense, the rehabilitation nurse specialist plays a facilitating role during the transition process for the person with a stroke and their family, as they allow the other person to adapt to their current situation of illness and increased dependency by actively contributing to the person's empowerment and preparing them to return home as soon as possible.

The Self Care Deficit Nursing Theory and the Transitional Care Model guided this work in view of the fact that the person with motor impairment presents an increase in dependence and goes through a transition process, having used as methodology for the creation of this work, the narrative review of the literature and the following research question: "what is the contribution of the rehabilitation nurse specialist to the person with motor impairment after stroke on return home?".

The aim of this report is to describe and critically and reflectively analyze the activities carried out during the internship period, fostering the learning process that culminates in the acquisition of fundamental skills for my professional and personal development as a future rehabilitation nurse specialist and for obtaining a Master's degree.

Keywords: Stroke, Rehabilitation Nursing, Transicional Care, Motor Limitation, Self Care, Activities of Daily Living .

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. Locais de Estágio	18
2. REFLEXÃO E ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO E RESPECTIVAS ACTIVIDADES REALIZADAS.....	21
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	21
2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	22
2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	23
2.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados	25
2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	27
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....	31
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	32
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	38
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	44
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49

APÊNDICES

APÊNDICE I: Estudo de Caso 1

APÊNDICE II: Estudo de Caso 2

APÊNDICE III: Póster apresentado no 2º Webinar “Enfermagem de Reabilitação: da Formação à Prática Baseada na Evidência”

ANEXOS

ANEXO I: Certificado de participação curso online “Angels Initiative: Hyper Acute Phase”

ANEXO II: Certificado de participação curso online “Angels Initiative: NIHSS”

ANEXO III: Certificado de participação curso online “Angels Initiative: NIHSS second evaluation”

ANEXO IV: Certificado de participação curso online “Angels Initiative: post acute phase for nurses”

ANEXO V: Certificado de participação 1º Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

1. INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, integrada no plano curricular do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), tendo como tema “Cuidados Transicionais no regresso a casa da pessoa com alteração motora após Acidente Vascular Cerebral: contributo da Enfermagem de Reabilitação”, com a finalidade de obtenção de grau de mestre e conclusão do 2º ciclo de estudo.

A elaboração do mesmo demonstra o meu percurso académico, explana o meu processo de aprendizagem, tendo por base uma análise crítica e reflexiva das minhas vivências e conhecimentos sedimentados ao longo dos estágios clínicos, analisando a evidência científica existente sobre a temática e contrapondo-a com a prática, dando destaque aos valores e às atitudes necessárias, bem como ao desenvolvimento de competências assentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Desde o início do meu percurso académico ao nível do 2º ciclo que me inquietou a ideia de que os cuidados de enfermagem devem ser ajustados às transições de vida da pessoa alvo desses mesmos cuidados. Sendo atualmente enfermeira de cuidados gerais, a perceção da perda de autonomia da pessoa e a incapacidade da família para assumir o papel de cuidador é uma realidade cada vez mais frequente. No serviço onde atualmente exerço funções esta situação é potenciada muitas das vezes por internamentos prolongados, maioritariamente após AVC e pelos défices sensoriomotores e cognitivos potencialmente geradores de disfuncionalidade com conseqüente agravamento da dependência.

Assim, a escolha do tema deste Relatório deve-se à ambição da excelência dos cuidados, especificamente dos cuidados de transição, da pessoa e família, no seu regresso a casa, para que a prestação dos mesmos seja individualizada.

A prevalência de doenças crónicas em Portugal revela-se superior à tendência da União Europeia: em 2019, cerca de 41% da população nacional com idade igual ou superior a 16 anos, tem pelo menos uma doença crónica, contrastando com os 36% da média da União Europeia. As doenças crónicas não transmissíveis representam

especialmente um foco de atenção enquanto assistimos ao aumento da longevidade. Excluindo a infecção por COVID-19, o AVC e a doença cardíaca isquêmica foram as principais causas de morte em 2018 (OCDE, 2021).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), 10,9% da população residente em Portugal com 5 ou mais anos tem pelo menos uma incapacidade, afetando principalmente mulheres, e com uma prevalência que aumenta com o avanço da idade, sobretudo a partir dos 70-74 anos. A mesma fonte de informação revela ainda que 3,0% da população portuguesa tem dificuldade em tomar banho ou vestir-se sem apoio e 1,5% em compreender os outros ou fazer-se compreender (INE, 2022).

O AVC é uma doença multifatorial, que conjuga uma combinação de fatores de risco, sendo que nem todos precisam estar presentes, e a presença dos mesmos influenciará chances futuras de um indivíduo vir a ter tal patologia. Os fatores de risco podem ser não modificáveis: idade, sexo, história familiar prévia e fatores genéticos, bem como podem ser modificáveis (muitas vezes associados a fatores comportamentais e hábitos de vida): hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, dieta pobre em verduras e frutas, consumo excessivo de álcool, diabetes mellitus e fibrilhação auricular, como por último podem ainda ser ambientais: tabagismo passivo e dificuldades de acesso a tratamento médico (OMS, 2009).

O AVC é a terceira principal causa de morte e uma das principais causas de incapacidade em adultos na Europa. Estudos prospetivos até 2047 indicam a previsão da redução em 17% da mortalidade por AVC, contrastando com um aumento de 27% na prevalência desta patologia. É impreterível a resposta em cuidados de reabilitação, sendo que a eficácia da equipa multidisciplinar é decisiva no reconhecimento e tratamento de pessoas com AVC, bem como o desenvolvimento de cuidados efetivos de reabilitação – a confluência de esforços para maximizar os ganhos da pessoa com AVC inicia-se no período pré-hospitalar, na ativação de meios que permitam tratamento com trombólise/trombectomia, por exemplo, acesso a unidades de AVC durante o internamento, bem como os cuidados de reabilitação que segundo as guidelines devem ser tão precoces quando possível, com acesso no domicílio 24 horas após a alta hospitalar (Kwakkel et al., 2023; Prasanna & Forshing, 2023).

A European Stroke Organization (ESO) em parceria com a Stroke Alliance for Europe (SAFE) lançou um Plano de Ação Europeu 2018-2030, definindo metas e prioridades de pesquisa em sete domínios, destacando-se a reabilitação motora como um dos domínios de forma a alcançar a gestão, resultados e qualidade de vida da pessoa com AVC.

Reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, pode definir-se como “um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas, com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência, com objetivo de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima, melhorando a qualidade de vida. Neste sentido, a intervenção do EEER visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação de forma a assegurar a manutenção das capacidades da pessoa, melhorar as funções residuais, manter/recuperar a independência nas AVD e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio).

De acordo com Menoita (2011), os sinais e sintomas de compromisso neurológico decorrentes de um episódio de AVC podem ser múltiplos e passam por: diminuição da força muscular, descoordenação, alterações da linguagem (afasia motora e/ou sensorial), comprometimento da visão a nível campimétrico ou desvio do olhar conjugado, apraxia, ataxia, disartria, disfagia, podendo mesmo afetar a função cognitiva e o estado de consciência. As alterações da funcionalidade advêm de diversos fatores, como o tipo e localização de lesão, bem como as medidas adotadas na fase aguda, e a continuidade da sua aplicabilidade na fase crónica. Ainda assim podem agrupar-se em várias categorias, face à sua manifestação clínica.

Não obstante e segundo Kwakkel et al. (2023), vários estudos sugerem que para a maioria das pessoas com AVC a recuperação neurológica espontânea e a restituição comportamental seguem um padrão que se estabiliza nas primeiras 10 semanas após o evento, independentemente da idade ou da intensidade e tipo de terapia assegurado.

De acordo com Takeuchi (2013) múltiplas funções neurológicas ficam afetadas pelo AVC sendo a mais comum a incapacidade motora do lado contralateral à lesão. Portanto, muitas técnicas de reabilitação motora pós AVC foram desenvolvidas para facilitar a

recuperação da afeção do movimento, sendo a resposta às intervenções e planos de reabilitação variáveis num largo espectro. Esta vai depender de processos espontâneos relacionados com a recuperação neurológica e plasticidade neural, bem como de processos de aprendizagem relacionados com a implementação de treino de movimento significativo, repetitivo, intensivo e direcionado para a tarefa. Elucidar as pessoas dos mecanismos adjacentes, inerentes à ação motora, pode ser uma estratégia para apropriar o tipo, a duração do tratamento e os resultados a alcançar.

Segundo múltiplos estudos, existe evidência do benefício da utilização de uma abordagem neuro facilitadora que incorpora os princípios do controlo motor, em que as pessoas otimizam e adaptam o seu funcionamento através de sessões de treino doseadas, repetitivas e orientadas para objetivos, dirigido a tarefas específicas e progressivo. Estes exercícios variam e devem ser iniciados por mobilizações após 48h do evento e treino de fortalecimento muscular; treino de equilíbrio; treino de marcha; terapia do movimento induzido e constricto (CIMT); treino orientado para a tarefa: através de repetição da utilização do membro parético (superior), através da inutilização e até imobilização do membro como a terapia em espelho; e terapias adjuvantes através de estimulação elétrica (Hatem, 2016; Norving et al., 2018 Kwakkel et al., 2023).

Por consequência as imparidades em termos do equilíbrio, da capacidade de se transferir, de andar e da diminuição da função do membro superior serão melhoradas.

Os défices da função motora após AVC irão afetar a mobilidade das pessoas, limitando a realização das atividades de vida diárias, bem como diminuindo a sua participação na sociedade e dificultando um possível retorno à sua atividade laboral e social. Todos estes fatores irão contribuir para um aumento de dependência e diminuição da qualidade de vida.

Dito isto, foi pertinente deixar claro a definição do conceito de dependência para melhor esclarecimento, surgindo assim como “ a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Decreto-Lei 101/2006).

Em geral, a evidência científica sugere que as melhorias ao nível de atividades resultam de uma combinação de restituição comportamental de funções corporais prejudicadas, ocorrendo nas primeiras semanas pós-AVC, bem como aprender a lidar com limitações residuais, recorrendo a movimentos compensatórios e estratégias. Tal facto apoia o crescente ponto de vista de que as intervenções de reabilitação motora, apoiam principalmente a pessoa a aprender a otimizar o seu desempenho por adaptação e compensação, através de planos de cuidados de reabilitação adequados, orientados por objetivos e individualizados (Kwakkel et al., 2023).

A reabilitação é a maneira mais efetiva de reduzir o dano motor (Hatem, 2016). As limitações da mobilidade na comunidade são comuns e afetam até 50% dos sobreviventes de AVC, mesmo após extensa reabilitação (Alhasania, 2021).

No estudo de DePaul (2013), foram identificadas e caracterizadas em setes partes diferentes, as necessidades sentidas pela pessoa com alteração motora pós AVC: controlo motor (extremidade superior, extremidade inferior, motricidade fina), capacidade de deambular (andar relacionado com componente social e recreacional), subir e descer escadas, aumento da força e exercício físico, fadiga, equilíbrio e necessidades de reabilitação. Estas necessidades foram identificadas em três momentos diferentes: na alta hospitalar, após seis meses e após um ano do acidente vascular cerebral, sendo que no momento da alta hospitalar eram: realização de transferências para a sanita, banheira, cadeira de rodas, para o chão e do chão; ser capaz de andar em espaços públicos; a capacidade de carregar objetos e a total utilização das mãos; diminuição da força (braço e perna); espasticidade; manutenção da necessidade de reabilitação e a existência de um espaço para realizar as sessões.

Nesta linha, a preparação do regresso a casa deve ser iniciada tão cedo quanto possível, quer através dos momentos de ensino, treino e instrução à pessoa/família, na referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de Reabilitação e na promoção da continuidade do processo de prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, dando assim resposta ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem uma importância primordial na intervenção da pessoa com AVC, porque facilita a vivência do processo de transição desta e da sua família, permitindo a adaptação à situação de doença e dependência, contribuindo de forma ativa na sua capacitação.

Segundo Camicia & Lutz (2016) durante a transição de cuidados entre contextos e níveis de saúde, considerando o domicílio como um deles, o utente e a família tornam-se vulneráveis, contribuindo desta forma para o aumento da probabilidade em obter uma consequência negativa na saúde da pessoa alvo de cuidados. Cabe ao enfermeiro ter um papel integral na avaliação das necessidades da pessoa tendo em consideração as componentes biopsicossociais e ecológicas do ambiente que o rodeia, tendo em consideração a sua condição atual de saúde, o nível de função prévio ao AVC, a tolerância ao esforço durante o programa de reabilitação e os serviços de suporte na comunidade, para que desta forma se possa melhorar o processo de transição.

O desenvolvimento de cuidados transicionais com equipas empoderadas para tratar e reabilitar durante o intervalo transicional entre o hospital e o domicílio (contacto com equipas da comunidade ainda no seio hospitalar para esclarecimento de dúvidas sobre as características do domicílio, serviços domiciliários disponíveis/resposta comunitária; e planeamento em conjunto do dia em que regressa a casa), destaca-se como prática prioritária, sendo muitas vezes a única alternativa às readmissões hospitalares (OMS, 2018).

Para que este cuidado se torne holístico e indo ao encontro das dimensões biopsicossociais de cada pessoa, este tem de incluir a família e respetivos cuidadores identificados, bem como a comunidade que os insere.

Segundo Faria et al. (2017), o regresso ao domicílio é o momento em que ocorre uma mudança na perspetiva do cuidado, enquanto no contexto hospitalar a perspetiva é curativa, no domicílio passa para a tónica do cuidar. Desta forma esta transição não pode ser considerada como um evento único, mas sim de adaptação e de reorganização da pessoa e família, para que esta possa incorporar as mudanças na sua vida.

A continuidade de cuidados, que se deve iniciar no serviço onde a pessoa recorre inicialmente, garante uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, contribuindo

para a diminuição dos custos em saúde, apresentando-se assim como uma possível estratégia a adotar e quiçá uma política a seguir pelos serviços de saúde (Mendes et al., 2017).

Segundo Pedrosa, Ferreira & Baixinho (2022), o cuidado transicional pode ser uma resposta favorável às necessidades de saúde e a sua definição assenta num conjunto de ações que visam assegurar a continuidade da assistência em cuidados de saúde entre os diferentes níveis de cuidados ou na transferência de local onde decorre a sua prestação. Nessa situação, pode existir alteração no estado funcional ou de saúde do cliente necessitando de uma adaptação da pessoa à sua nova situação de dependência, bem como da sua família de modo a garantir o autocuidado após o regresso a casa.

Dentro do prisma das transições, as de saúde-doença geradoras de disfuncionalidade com aumento de dependência associado requerem por parte da pessoa e da sua família uma adaptação, para que as novas necessidades sentidas pelo próprio não sejam impedimento deste praticar o seu autocuidado após a alta hospitalar e para que se sinta capacitado no regresso a casa.

O TCM foi concebido com o propósito de melhorar os cuidados prestados ao doente crónico em idade adulta e idosa em processo transicional referido anteriormente, de forma a prevenir potenciais complicações e a minimizar as lacunas entre os diversos níveis de saúde, com isto diminuir o número de reinternamentos hospitalares evitáveis e consequentemente que se verifique uma diminuição dos custos de saúde associados (Hirschman et al., 2015, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

Este acompanhamento durante a prestação de cuidados deverá ser realizado por um profissional de Enfermagem Avançada (especialista, com autonomia, capacidades e conhecimento mais específico na área de intervenção), através da projeção e implementação de um plano de cuidados tendo em parceria a pessoa alvo desses mesmos cuidados, para que o mesmo seja priorizado, indo ao encontro dos resultados que se quer alcançar e de modo a garantir a continuidade desses mesmos cuidados durante o processo atual de saúde-doença. A conceção do plano de cuidados deve, então, ser individualizado, inclusivo e flexível, sendo este instituído ainda no contexto hospitalar e acompanhado no domicílio da pessoa (presencialmente e com utilização de meios tecnológicos via telefone e informático), por uma equipa multidisciplinar e articulada entre

os vários serviços de saúde (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

O TCM é composto por nove partes integrantes, que Hirschman et al. (2015) enumeram como: o gestor principal do plano é o profissional de Enfermagem Avançada; o plano de cuidados é baseado em evidência, após avaliação da pessoa alvo e com implementação hospitalar; seguimento da equipa no domicílio; articulação efetiva entre os constituintes hospitalares e domiciliários, funcionando como uma mega equipa; incorporação das necessidades identificadas, não descorando os potenciais riscos e condicionantes inerentes; criação de uma relação de confiança, com envolvimento ativo da pessoa e cuidador, num prisma de suporte e educativo; enfoque nos sinais e sintomas, com identificação precoce dos problemas de forma a obter resultados mais positivos e com impedimento de possíveis efeitos adversos; abordagem multidisciplinar; estimular as capacidades comunicacionais entre a pessoa e cuidador, e entre a díade com a equipa.

A aplicabilidade do TCM é reconhecida como uma abordagem de primeira linha baseada em evidência científica e que acarreta consigo um excelente potencial nos ganhos em saúde, necessitando ser adaptado a cada ambiente onde o modelo de cuidados será aplicado.

De acordo com o Regulamento nº140 (2019), explanado em Diário da República, o Enfermeiro Especialista de Reabilitação, possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, devem ser mobilizadas para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção. Para além dos demais domínios, o Enfermeiro Especialista tem atribuída a responsabilidade na Melhoria Contínua da Qualidade, com a competência de assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Já no que diz respeito ao autocuidado, o conceito apresenta-se como a função reguladora do indivíduo, que garante a manutenção da vida com as condições indispensáveis acauteladas, o funcionamento saudável e o correto desenvolvimento físico e psíquico da pessoa, bem como assegurando o seu bem-estar contínuo através da integração e desenvolvimento de si mesmo. O autocuidado pode ser assegurado

deliberadamente e de forma autônoma pelo próprio, ou através da prestação de cuidados por terceiros quando a pessoa está em situação de dependência – déficit do autocuidado. O autocuidado é, por esse motivo, um conceito individual que depende da capacidade do próprio ou das suas necessidades para a satisfação (Orem, 2001).

Segundo a mesma autora, e através da Teoria dos Sistemas, a prestação em situação de déficit ao autocuidado é sustentada em três tipologias: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e por último, o sistema de apoio e educação. Na primeira situação, a pessoa tem um compromisso absoluto na garantia da sua sobrevivência e bem-estar, tornando-se incapaz de desempenhar o seu autocuidado, tornando-se completamente dependente de terceiros; o sistema parcialmente compensatório surge em condições de envolvimento de ambas as partes na prestação de cuidados, a pessoa e enfermeiro, na execução das ações de autocuidado, partilhando responsabilidades e em que há aceitação do papel do enfermeiro pela pessoa alvo; já no que diz respeito ao sistema de apoio e educação, a pessoa revela necessidades de orientação e/ou instrução por parte do profissional, mantendo assegurada a capacidade de colmatar as necessidades relacionadas com o autocuidado (Orem, 2001).

O EEER desenvolve a sua prática com base em evidência científica, orientando-a para os resultados de modo a dar resposta a necessidades específicas da pessoa, nomeadamente maximizando a funcionalidade da pessoa em fase aguda a nível cardiorrespiratório, motor, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, de forma holística, permitindo o exercício da cidadania e o seu retorno, o mais precoce possível ao seu meio envolvente/domicílio.

Desta forma, as necessidades identificadas pelas pessoas e pelo seu cuidador, por estarem a lidar com alterações físicas e cognitivas, devem ser suprimidas, através da implementação de programas de reabilitação motora com enfoque nas estratégias de educação para a saúde e no treino de AVD, com encaminhamento domiciliário e/ou em instituições da comunidade, dando assim continuidade ao processo de reabilitação iniciado no hospital.

A revisão da literatura realizada procurou responder à questão de investigação “qual o contributo do EEER à pessoa com alteração motora após AVC no regresso ao domicílio?” e resultou da pesquisa de artigos nas Bases de Dados EBSCOhost® (CINAHL® e

MEDLINE®), considerando os descritores adequados a cada uma, nomeadamente: Stroke, Nurs*, hospital to home e Rehabilitation. Foram incluídos os artigos científicos: estudos de natureza quantitativa e qualitativa, publicados a partir de 2013, com texto integral disponibilizado gratuitamente, em português ou inglês, com participantes com idade superior a 18 anos e com identificação do domicílio como destino de alta hospitalar, sendo assim estes os critérios de inclusão.

Por fim, o presente documento encontra-se, assim, organizado por três capítulos correspondentes ao desenvolvimento do estágio e de cada domínio das competências comuns e específicas, com a respetiva análise e reflexão, terminando nas considerações finais. Finda-se com as respetivas referências bibliográficas e anexos, representando alguns documentos e iniciativas desenvolvidos ao longo do percurso de ensino-aprendizagem e aos quais se fará referência em momento adequado, dando por terminado o documento que se apresenta e que será alvo de discussão pública.

1.1. Locais de Estágio

Para a elaboração do presente documento, contribuíram as atividades desenvolvidas nos locais de estágio durante um período de 18 semanas.

Existiu um primeiro período entre 26 de setembro de 2022 e 25 de novembro de 2022, integrado na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de uma Unidade de Saúde Familiar pertencente ao ACES Estuário do Tejo abrangendo cerca de 120.000 utentes, com índice de dependência de 56.25%. A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) tem como missão prestar cuidados de saúde no contexto domiciliário a pessoas em situação de maior dependência física e funcional que requerem aproximação no seu acompanhamento e inclusão de redes de apoio da comunidade junto da família.

Os utentes integraram a ECCI através de referenciação hospitalar após a alta, na comunidade ou por transferência interna de tipologia e/ou unidade dentro da RNCCI, sendo que a lotação máxima possível para prestação domiciliária era de 40 utentes, estando naquele momento a taxa de ocupação a 50%. A cada um destes utentes foi designado um enfermeiro gestor de caso, de modo a existir um acompanhamento mais

individualizado e continuado para um melhor estabelecimento de uma relação terapêutica. Quanto aos recursos disponíveis na unidade para utilização existiam: três andarilhos, dois pares de canadianas, duas cadeiras de rodas, dois alteadores de sanita e bandas elásticas com diferentes resistências.

Já num segundo período compreendido entre 28 de novembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023, desenvolvido em contexto hospitalar na Unidade AVC inserida num Serviço de Especialidades Médicas de uma entidade pública empresarial que presta cuidados a população de cinco concelhos, perfazendo um total de cerca de 250 000 pessoas.

O Hospital onde realizei o meu segundo contexto de estágio tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, sendo este creditado pela Joint Commission International garante que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde vão ao encontro dos padrões de qualidade e segurança do utente.

Esta missão torna-se ainda mais relevante no contexto em que estive inserida vigorar um protocolo de atuação, em que são identificados desde o momento da entrada: o cuidador/pessoa de referência; a necessidade de apoio social, de continuidade de reabilitação e a possibilidade de referenciação para a RNCCI; aquisição de competências nas áreas de fatores de risco, terapêutica, alimentação e hidratação, comunicação, higiene e conforto, mobilização, eliminação, prevenção de quedas e recursos da comunidade, através da realização de 2 ou mais reuniões multidisciplinares, onde podem estar presentes todos os elementos que a constituem estando habitualmente a neurologista, a EEER e a assistente social.

O EEER, no turno da manhã, identificava os utentes que tinham necessidades de reabilitação, com a conseqüente elaboração de um plano de cuidados sujeito a uma avaliação periódica com posteriores adaptações de acordo com os ganhos em saúde, dentro da unidade funcional de AVC. Os registos diários eram efetuados no software de registo Gllint, abrindo focos de enfermagem e intervenções direcionadas dando como ex.: movimentar-se comprometido, equilíbrio comprometido e marcha Ineficaz, entre outros.

Quanto aos recursos disponíveis, foi criado um ginásio dentro do serviço que detém: *standing frame*; oito pedaleiras sendo quatro delas elétricas; passadeira com barras fixas; três bastões; elásticos com diferentes resistências; televisão; três espelhos; calendário; relógio; figuras para colorir, identificar e nomear; jogos com utilização de molas, bolas, cubos, mosaicos.

Ambos os contextos me proporcionaram um ambiente favorável ao processo de aprendizagem, caracterizando um período de experiências e situações enriquecedoras, equipas multidisciplinares coesas e recursos materiais disponíveis. Não obstante, foram encontrados alguns obstáculos ao desenvolvimento do Ensino Clínico: por um lado, no período em que me encontrei na ECCL, não existiram referências de alta hospitalar de pessoas com AVC; por outro lado, o período desenvolvido em contexto hospitalar não permitiu o contacto com pessoas com défices decorrentes de AVC que carecessem de apoio domiciliário. Estas lacunas foram colmatadas com diversas estratégias de desenvolvimento de competências e formação específica que serão abordadas ao longo do Relatório.

2. REFLEXÃO E ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO E RESPETIVAS ACTIVIDADES REALIZADAS

A complexidade e responsabilidade inerente à prática de enfermagem requer por parte do profissional um desenvolvimento constante e contínuo no tempo (Benner, 1982, p.402) e um bom julgamento clínico está assente em aprendizagem prática através do cuidar em casos particulares (Benner, 2004, p.189).

Indo ao encontro do que foi anteriormente citado, pretendo no decorrer deste capítulo realizar uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas ao longo do estágio e das competências adquiridas explanando algumas situações em concreto. Os cuidados prestados não se cingiram à pessoa com compromisso neurológico, mas também à pessoa com incapacidades instaladas da função ortopédica e respiratória, bem como às respetivas pessoas significativas de modo a garantir a reintegração dos mesmos no seio familiar e comunitário.

Para um melhor entendimento das competências desenvolvidas escolhi separar as oportunidades de aprendizagem e as atividades realizadas indo ao encontro da diferenciação realizada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) entre as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER.

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

De acordo com o Regulamento nº140/ 2019 de 6 de fevereiro, as competências comuns “são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”, sendo que estas mesmas competências estão divididas em domínios correspondentes a: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O desempenho do enfermeiro conduta-se através dos princípios éticos que garantem os direitos e deveres da pessoa doente, estando implicada uma atitude consciente de a ver como um todo. Desta forma, de modo a garantir o respeito pelo outro e pelos seus valores torna-se primordial refletir sobre a ação de forma a alterar comportamentos, analisar condutas e guiar ações futuras (Neves, 2004, Ribeiro et al., 2021).

Hesbeen (2003) referiu que a reabilitação combina uma disciplina e um espírito cuja intenção é cuidar das pessoas e populações, detentoras de determinadas particularidades causadas por incapacidade ou deficiência, de modo que estas não sintam o peso da sua existência e por consequente a vida se torne difícil de suportar, sendo desta forma a sua missão dar mais vida na medida que o tempo passa.

A enfermagem de reabilitação insere-se numa esfera da promoção da vida e de diminuição de dependências, para que a pessoa se sinta mais digna e de certa forma em igualdade de direitos com os restantes, na realização de atividades e no decorrer do seu dia-a-dia. O agir ético de enfermagem de Reabilitação passa por uma prestação de cuidados imparcial à pessoa com incapacidade, de modo a promover a sua dignidade e a melhorar a sua qualidade de vida (Ribeiro et al., 2021).

Para cuidar de alguém é necessário que tanto as qualidades humanas inerentes e níveis de qualificação adquirida estejam em grau de semelhança, desta forma o indício claro que os enfermeiros de reabilitação são detentores de um grande profissionalismo é a tipologia de formação especializada necessária bem como a forma como praticam a sua abordagem clínica (Hesbeen, 2003).

No decorrer do estágio participei nas reuniões multidisciplinares de forma a planear os cuidados de enfermagem de forma individualizada às necessidades de cada pessoa, garantindo que a participação familiar e a integração social fizessem parte da resposta pretendida e contribuindo para uma tomada de decisão em que a pessoa se pudesse responsabilizar pelo seu plano de cuidados. Para tal tive de ter em consideração

os seus valores, o estabelecimento de metas reais e atingíveis, com atualização ao longo do tempo, para que o cliente alvo de cuidados se mantivesse motivado no decorrer da implementação do plano. Realizei ainda escuta ativa, respeitei os momentos de frustração, dei feedback positivo e capacitei a pessoa de forma a maximizar as suas capacidades para que este se mantivesse autónomo nas atividades de vida diárias e para que fosse possível a criação de uma relação terapêutica sustentada em confiança.

Desta forma consegui garantir que os meus cuidados iam ao encontro do Regulamento nº350/2015, que explana que o enfermeiro de reabilitação para prestar cuidados de excelência deve almejar a satisfação dos clientes através do “respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; do estabelecimento de parcerias com o cliente e conviventes significativos no planeamento de cuidados, bem como a análise e discussão dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação; a procura constante da empatia nas interações; do respeito pela autonomia da pessoa; e do reforço positivo e elogio relativamente aos objetivos atingidos e do esforço desenvolvido pelo cliente para os atingir”.

2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No carácter científico da reabilitação estão implícitos processos de análise fundamentados em saberes e é esta análise que incita os profissionais de saúde a procurarem elementos orientadores da sua ação dentro das mais vastas áreas de conhecimento respetivamente à vida humana e que permitem um cuidado personalizado. Este carácter vai além da investigação especializada, mas é a investigação que permite aumentar os conhecimentos, sendo a análise das situações individuais um método promissor futuramente (Hesbeen, 2003).

Apesar dos investigadores e do processo de investigação ser semelhante tanto em enfermagem de reabilitação como noutras áreas, esta diferencia-se pela importância do problema e pela particularidade do objeto em estudo, dando uma finalidade aplicável (Lacerda & Costenaro, 2016, Ribeiro et al., 2021).

Os enfermeiros de reabilitação têm desta forma um papel preponderante dentro das equipas multidisciplinares pois conseguem alicerçar o conhecimento baseado em

evidência através das ferramentas de investigação e transpô-lo para os casos específicos com as quais lidam diariamente, de forma a obter ganhos em saúde para a pessoa e maior qualidade na prestação dos cuidados. Somente desta forma poderá existir um reconhecimento da experiência, dos conhecimentos e das competências com valorização e respeito profissional dentro das equipas de saúde.

Segundo Hesbeen (2003), quando o contributo de cada profissional pertencente a uma equipa suplanta um conjunto de tarefas partilhadas e passa a atingir objetivos profissionais comuns em torno da coordenação dos cuidados aos doentes e pessoas significativas, esta mesma equipa encontra-se motivada e orienta-se para a obtenção de bons resultados em saúde.

Tendo o anteriormente citado em consideração, participei ativamente na elaboração e discussão dos planos individuais de intervenção de forma a ter em vista áreas como: a gestão medicamentosa, alimentação saudável e com uso de suplementação vitamínica, manutenção da integridade cutânea; diminuição de riscos como: alteração do pavimento e condições climatéricas, aplicação dos princípios de ergonomia, utilização de dispositivos e produtos de apoio adequados como: andarilho, canadiana, grades na cama para que a pessoa pudesse aumentar a sua autonomia nas mobilizações no leito, alteador de sanita e de barra de duche, entre outros. Estas estratégias permitiram maior participação da pessoa durante a prestação de cuidados e aumento da capacidade de este se autocuidar e a otimização da função motora, sensorial, cardiorrespiratória, alimentação e eliminação.

Com esta identificação e posterior registo, foi possível usar linguagem comum com partilha de informação entre todos os profissionais da equipa, assegurando a continuidade dos cuidados e a partilha de responsabilidade, bem como evidenciando o trabalho do EEER e os ganhos em saúde para a pessoa, sendo estes dados passíveis de tratamento com tradução em indicadores de qualidade.

Assim consegui certificar-me que os meus cuidados iam ao encontro do Regulamento nº350/2015, que explana que para que o enfermeiro de reabilitação proporcione cuidados de excelência deve em conjunto com o cliente ajudar na prevenção de complicações, complementar as atividades de vida para as quais este se encontra dependente e desenvolver processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde atuais.

Para tal é necessária a “prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação mediante um plano que deve ter em vista a redução do risco de alteração da funcionalidade; a análise com o cliente e pessoas significativas das alterações da funcionalidade, definindo com ela as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida; a prescrição das intervenções para otimizar a função afetada; a seleção e prescrição de produtos de apoio, com posterior ensino e supervisão de utilização tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa e a redução do risco de alteração da funcionalidade” (Regulamento nº350/2015).

2.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados

A liderança baseia-se num processo motivacional dinâmico de interação entre pessoas, em que estas são geradoras de mudança e de inovação institucional, sendo que para o líder ter um papel eficaz tem de ser portador de competências intelectuais, de gestão, sociais e emocionais (Figueiredo, 2018, Ribeiro et al., 2021).

A perspetiva do cuidar é de responsabilidade partilhada dentro de uma equipa, independentemente do estatuto, do papel que desempenha e da hierarquização pela qual esta se rege. Cada um dos seus elementos, na sua devida posição, tem de promover um clima humanizado e generoso (Hesbeen, 2003).

Ao longo do estágio cooperei com ambas as equipas em que estive inserida fomentando um ambiente positivo e favorável para a prestação de cuidados aos utentes, tendo em consideração as pessoas significativas, promovendo o trabalho em equipa e em articulação com os diversos profissionais da equipa multidisciplinar e reconhecendo os papéis de todos os membros.

Em conjunto com a nutricionista ajustou-se a dieta de um utente emagrecido e com alto risco de adquirir úlceras por pressão tendo em conta o défice proteico, com introdução de suplementos proteicos e arginina; procurei junto da assistente social procurar soluções na comunidade que pudessem ajudar na prestação dos cuidados de higiene a um utente com elevado grau de dependência e acamado; articulei com a médica e com psicóloga para que houvesse uma avaliação a um utente que se encontrava

desmotivado para realizar o plano de reabilitação pois não estava a ser capaz de integrar o seu nível de dependência e a alternância de papéis; reuni com a equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) para otimização de terapêutica analgésica a uma pessoa em fim de vida com dor à mobilização; deleguei a realização de tratamento de feridas às enfermeiras de cuidados gerais de modo a garantir a continuidade de cuidados e a melhorar o processo cicatricial da lesão ao ser realizado o penso diariamente, com discussão em equipa de possíveis alterações de tratamento e registo fotográfico complementar, garantido o registo informático dos cuidados prestados com alterações dos diagnósticos de enfermagem ao longo do tempo e respetivas intervenções associadas.

Quanto à utilização de recursos, fui eficiente na seleção de materiais de apoio de acordo com as necessidades de cada utente, tendo em consideração o seu processo evolutivo tendo alternado por exemplo entre andarilho e canadianas, à medida que a pessoa melhorava a sua amplitude de movimento e o padrão de marcha bem como o seu nível de segurança na realização dos exercícios.

Quanto aos objetivos a alcançar e a sua integração na sociedade realizei com uma utente o treino de subir e descer escadas com recurso a escadote dentro de casa inicialmente tendo passado para as escadas do prédio posteriormente, com outra utente desempenhei exercícios com garrafas de água e pacotes de arroz para aumentar força muscular dos membros superiores, nunca descorando a roupa e o calçado utilizados que podem ter uma influência positiva ou negativa durante o processo, com alterações na autoimagem da pessoa, bem como possíveis alterações arquitetónicas no contexto comunitário mais especificamente presença de tapetes e móveis de grandes dimensões dentro da habitação, já no exterior a alteração de pavimentos e declives.

Quanto à motivação dos EEER com quem contactei dentro das equipas multidisciplinares, foi notória uma grande diferença: no contexto domiciliário estes profissionais eram gestores de caso o que lhes permitia um papel mais preponderante na implementação do plano de intervenção, os dias das sessões, bem como as horas a que prestávamos cuidados, eram fixos e ajustados à pessoa e às rotinas familiares o mais possível o que fazia com que a relação terapêutica fosse de maior confiança, apesar de os

produtos de apoio serem mais reduzidos, estando desta forma os EEER motivados no seu dia-a-dia laboral.

Já no contexto hospitalar apesar de os produtos de apoio serem em maior número, mais evoluídos e sofisticados nem sempre era possível colocar em prática o plano de cuidados elaborado com o utente por falta de recursos humanos, o que resultava em maior demora na concretização dos resultados pretendidos e consequentemente em desmotivação do EEER junto da equipa multidisciplinar. Importante referir ainda que no contexto hospitalar a maioria dos utentes com quem contactei tinham um grau de dependência mais elevado, não conseguindo replicar os exercícios ao longo do dia ou sem a presença do EEER, pois muitas vezes também não tinham uma pessoa significativa disponível.

Posto isto, consegui assegurar que os meus cuidados iam ao encontro do Regulamento nº350/2015, tendo contribuído para a máxima eficácia da organização dos cuidados de Enfermagem tendo tido em consideração elementos como “a existência de um sistema de registos de Enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação do cliente, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e os resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem de Reabilitação, a nível pessoal, familiar e social; a satisfação dos EEER relativamente à qualidade do exercício profissional especializado; a utilização de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem de Reabilitação promotoras da qualidade, nomeadamente a assunção do modelo de enfermeiro de referência e/ou gestor de caso”.

2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Os profissionais de saúde servem-se de forma ampla da aprendizagem ao longo da vida como estratégia de atualização (Ribeiro et al., 2021).

De acordo com Hesbeen (2003) existe cada vez mais a necessidade de dar continuidade à formação básica, através da realização de formação especializada, sendo que apesar do aumento de conhecimento que se adquire pode haver em associação um

limite da visão do profissional de reabilitação sobre a pessoa alvo de cuidados, podendo-se cair no erro do enfoque do cuidar cair somente na parcela da especialização, ao invés da globalidade da pessoa.

Foi a vontade de obter mais conhecimentos e de continuar o meu percurso de aprendizagem que me fez seguir a formação pós-graduada em cuidados paliativos e agora a formação especializada na área da reabilitação com a obtenção do grau de mestre.

A verdade é que com a aceitação desta realidade novos desafios se elevaram, pois tive de adaptar-me ao desempenho do papel de estudante estando a explorar uma nova área de conhecimentos académicos, tendo-se tornado difícil numa fase inicial transpor para a prática as teorias e conhecimentos adquiridos aos longo do processo académico. Bem como posteriormente ao novo papel enquanto enfermeira especialista, pois acabo por levar para a minha prática diária de cuidados no local onde trabalho e junto das pessoas a quem presto cuidados uma visão diferenciada, que não me era possível antes de ingressar nesta especialização.

Para esta transição ter sido bem-sucedida pude contar com as enfermeiras orientadoras nos locais de estágios que permitiram a partilha de conhecimentos científicos, o aperfeiçoamento de técnicas, a discussão das necessidades identificadas e dos planos de cuidados criados, bem como a reflexão sobre a ação após a prestação de cuidados, com a manutenção do meu foco na globalidade do utente, enquadrando fatores emocionais, psicológicos e sociais tanto do utente como da sua pessoa significativa, o que me permitiu continuar a olhar para a pessoa como um todo ao invés de me focar somente na componente física lesada.

Desta forma consegui unir a minha prática diária enquanto enfermeira generalista que presta cuidados à pessoa Adulta-Idosa em contexto de internamento hospitalar com a prática do EEER, sendo numa fase inicial de maior observação e com o decorrer do estágio sendo totalmente participativa.

Primeiramente foi essencial perceber a abordagem que cada uma das EEER tinha com a pessoa e a avaliação realizada da situação, depois foi importante perceber de que forma as mãos e o corpo da EEER se moldavam as características físicas da pessoa e às características físicas do espaço de forma que pudesse tentar mimicar e incorporar essas

técnicas nos meus cuidados, tendo em consideração a prevenção de lesões musculoesqueléticas e a melhoria da prestação dos meus cuidados. Por fim, pude vigiar situações de risco e trabalhar junto da pessoa a importância não só do membro lesado como também a importância da comunicação entre esta e a família, os fatores que alteravam a motivação na realização do plano, qual o sentido que atribuía à situação de saúde-doença pela qual estava a passar, entre outros.

A prática clínica afasta-se cada vez mais da simples prestação de cuidados, caminhando no sentido evolutivo de ser uma ação ponderada indo ao encontro das características e necessidades da pessoa a quem se dirige. Desta forma a população recebe cuidados de profissionais de enfermagem que praticam o exercício da sua profissão tendo o enfoque no desenvolvimento e na reflexão pessoal e profissional (Hesbeen, 2003).

Foi muito importante a realização de ambos os estágios por me permitirem ampliar o meu conhecimento e mobilizar o conhecimento previamente adquirido com a realização desta especialização e durante a minha evolução enquanto enfermeira generalista, nunca descorando as minhas características pessoais e competências relacionais com o outro.

A utilização de ferramentas como a comunicação empática e assertiva, a escuta ativa, a partilha de conhecimentos e o estabelecimento de objetivos tangíveis e reais, fez com que fosse possível a criação de uma relação terapêutica eficaz, sustentada em confiança junto do cliente e pessoa significativa (quando estava identificada), bem como permitiu a criação de um ambiente facilitador de cuidados e de integração na equipa multidisciplinar.

O estabelecimento desta relação terapêutica promoveu a motivação do utente durante a prestação de cuidados, com o cumprimento das intervenções planeadas e com a obtenção de resultados mais positivos, mesmo quando a pessoa se sentia com menos vontade de participar por fatores emocionais associados. Junto dos pares, e mantendo sempre a minha postura de aprendiz, permitiu-me ter um papel dinamizador do trabalho em equipa, fomentar a partilha e a discussão de saberes, mantendo sempre os meus limites profissionais e pessoais.

A vocação pessoal e o compromisso atribuído à concretização de uma tarefa específica, são únicos não podendo ser replicados por outro ou serem inseridos num outro contexto, desta forma o papel de cada interveniente é tão excepcional quanto a oportunidade específica de concretizar essa mesma tarefa, dando-lhe um significado singular (Frankl, 2012).

Durante o percurso de estágio, ao longo das 18 semanas, os conhecimentos e competências que foram vindo ser adquiridos e consolidados desde o início do percurso académico, não dependeram exclusivamente da observação e identificação das competências e intervenções do Enfermeiro de Reabilitação. Destaco a procura de conhecimento sólido, baseado na melhor evidência científica, e integração das diversas dimensões que constituem os cuidados de reabilitação admitindo o seu contributo para o contexto de prática clínica: para além da diversa pesquisa bibliográfica em plataformas de dados, foram realizados dois estudos de caso sob orientação dos Enfermeiros Orientadores, que se encontram apresentados em Apêndice I e II.

De forma a garantir a prestação de cuidados assente em planos de cuidados baseado na evidencia científica, senti necessidade de aprofundar de conhecimentos associados à temática. Como tal, foram realizadas diversas formações disponibilizadas gratuitamente pela Angels Initiative, nomeadamente na otimização da via de hiperagudos, avaliações neurológicas através da escala NIHSS, monitorização e avaliação da disfagia, cuidados pos agudos, e alta da pessoa com AVC (Anexos I-IV).

Durante o estágio, pude ainda pesquisar e aprofundar conhecimentos para além dos associados à temática, para que o meu cuidado fosse mais efetivo e baseado em evidência, pois prestei cuidados a pessoas com diferentes necessidades e diferentes patologias. Foi-me possível criar e implementar planos de cuidados à pessoa com alteração motora por patologia ortopédica, à pessoa com patologia cardíaca e consequente alteração cardiorrespiratória, à pessoa com necessidades de ações paliativas para controlo de dor; à pessoa com alteração da função sensorial e cognitiva após AVC.

Tive possibilidade de participar também no programa: cuidar do idoso de risco, da UCC, que contempla pessoas idosas isoladas em que foi previamente detetado comportamentos que colocam em risco a sua saúde como: acumulação de objetos, falta

de saneamento básico, patologia demencial em que a pessoa perde noção do espaço, tempo e sociedade que a rodeia, entre outros, o que me permitiu analisar uma realidade diferente da qual estou habituada e adequar o meu cuidado às condições existentes.

Por fim, existiu ainda a possibilidade de participação em dois eventos científicos: 2º Webinar “Enfermagem de Reabilitação: da Formação à Prática Baseada na Evidência” com a apresentação de poster elaborado em grupo com o tema “impacto dos cuidados respiratórios prestados pelo enfermeiro de reabilitação à pessoa com neoplasia do pulmão (Apêndice IV) e no 1º Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Anexo V).

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

A trajetória de vida da pessoa é um processo progressivo de capacitação que se foca no seu potencial para um desenvolvimento saudável, de forma a tomar decisões esclarecidas e responsáveis através da envolvimento dos domínios cognitivo, físico e material (Reis e Bule, 2016, p.57).

Reabilitar passa por conseguir que pessoas incapacitadas não sofram com as particularidades da sua situação, sendo a sua prática mais do que a mera aplicabilidade de técnicas, mas sim uma prática ajustada à complexidade do ser através da criação de um plano de cuidados conjunto e realista inserido num clima humanizado, pressupondo assim um real interesse pela outra pessoa através de um olhar que ultrapassa o que os olhos permitem ver (Hesbeen, 2003).

Enquadrando com os documentos reguladores da profissão e no modelo de cuidados mobilizado para o desenvolvimento do processo de aprendizagem, o EEER é detentor de competências para assumir um papel de gestor e de líder no processo de transição de cuidados, seja na eficaz transição do hospital para o domicílio, seja na preocupação em garantir a continuidade dos cuidados, potenciando os ganhos em saúde no que diz respeito à adaptação das limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

Atendendo à aquisição das competências específicas do EEER e após a realização do estágio foi-me possível integrar que a intervenção do EEER passa por uma abordagem abrangente junto da pessoa e família, através da criação e aplicação de planos de cuidados individualizados e flexíveis. Assim, passo por descrever um conjunto de atividades desenvolvidas ao longo das semanas de estágio, estando divididas em três dimensões: cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade, estando estas interligadas entre si.

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

De acordo com o Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho, o EEER identifica as necessidades de intervenção especializada em pessoas incapacitadas de desempenhar as suas atividades básicas de forma independente, com posterior conceção, implementação e avaliação de planos direcionados à reintegração na sociedade e à qualidade de vida.

Tendo o acima referido em consideração e realizando uma apreciação inicial com enfoque na perspetiva de reabilitação, previamente ao contacto com a pessoa consultava, nos respetivos programas de registo informático, informações relevantes sobre a mesma, desde: antecedentes pessoais de saúde, medicação que se encontrava a realizar, exames complementares diagnósticos e a pessoa significativa identificada, bem como o motivo pela qual iria iniciar ou já se encontrava inserido num programa de reabilitação.

Num primeiro contacto realizava uma entrevista informal à pessoa e família, sempre com supervisão e apoio da enfermeira orientadora, bem como a avaliação dos cinco sinais vitais e de saturações periféricas de oxigénio, e questionava a pessoa sobre quais eram os seus objetivos a atingir com a realização do programa de reabilitação, desta forma era-me possível confirmar que a pessoa estava apta a realização dos exercícios propostos.

Durante a entrevista era impreterível perceber qual o seu nível de dependência prévio e atual na realização das AVD, a perceção dos envolvidos no processo (cliente e pessoas significativas) das limitações atuais e qual o seu impacto nos papéis familiares desempenhados e na participação social, bem como as condições habitacionais e

possíveis barreiras arquitetónicas existentes. Estes pontos foram executados em ambos os contextos de estágio, tanto em hospital como na comunidade em todos os utentes a quem prestei cuidados.

Em contexto hospitalar, perceber as reais barreiras arquitetónicas existentes, bem como os possíveis riscos associados às condições habitacionais era mais complexo, pois a descrição realizada pelo cliente/família nem sempre era clara e não conseguíamos garantir que a aquisição de materiais de apoio, em caso de necessidade, era efetuada.

Assim, em conjunto com a assistente social tentávamos perceber quais os apoios existentes que poderiam ser mobilizados para a aquisição dos mesmos ou para usufruir de serviços na comunidade que colmassem as necessidades. Quando a família percecionava que o regresso a casa não era uma possibilidade, o destino do cliente após a alta hospitalar passava por referência para a RNCCI ou para Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

A Sr^a. B. de 82 anos encontrava-se internada na unidade funcional de AVC há cerca de 20 dias após AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda apresentando no momento da alta hospitalar hemiplegia direita e afasia global, encontrando-se, portanto, dependente de terceiros em grau elevado (score 50 na escala de Barthel) necessitando de apoio na realização das AVD e de reestruturação da habitação (viviam no apartamento num 2º andar de um prédio sem elevador, wc com banheira, cama não articulada, entre outros). Devido à sua dependência e pelo facto de serem uma família nuclear (esposo de 85 anos, sem apoio dos filhos por residirem longe ou outras pessoas de referência), o esposo não se sentia capacitado para que a utente regressasse a domicílio, tendo sido referenciada para uma ERPI, permanecendo no hospital a aguardar resolução social.

Por outro lado, em contexto domiciliário era possível fazer uma avaliação minuciosa da habitação e da acessibilidade à mesma, estando desperta para mais características e mais possibilidades de mudança e adaptação do espaço, sendo que foi possível a utilização personalizada de materiais de apoio como: alteador de sanita, barra lateral no duche, cadeira de rodas, andarilho, canadianas. Com trabalho em equipa junto da assistente social foi-me possível perceber os recursos existentes na comunidade que poderiam ser viáveis, como os serviços de apoio domiciliário para higiene, alimentação e limpeza da habitação.

É necessário que os enfermeiros de reabilitação realizem uma avaliação criteriosa, através de instrumentos adequados, para que o processo de reabilitação seja adaptado às pessoas e às suas reais necessidades (Serras & Cruz, 2015).

Quanto à avaliação física e funcional, mais concretamente motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentar, eliminação e da sexualidade esta foi realizada de forma variável, com recurso a escalas, dependendo da pessoa que estava a avaliar e do momento na qual realizava a avaliação. Era realizada a avaliação das escalas de Morse para determinar o risco de queda, Braden para detetar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP), e Barthel para avaliar o grau de dependência a todos os utentes no momento da admissão e no momento da alta, com reavaliações dependentes do score obtido e/ou sempre que necessário.

As escalas utilizadas foram ao encontro do documento da Ordem dos Enfermeiros: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (MCEER, 2016) e permitiram quantificar os ganhos em saúde durante o processo de reabilitação através da monitorização do progresso dos clientes e a segurança dos mesmos, medindo a qualidade da intervenção e a eficácia da prestação de cuidados.

Foi-me possível, em conjunto com a enfermeira orientadora, mobilizar em clientes em situação pós AVC: a National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) para avaliação quantitativa dos défices neurológicos, o Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliação da memória e estado cognitivo, a avaliação da compreensão através de comandos simples e complexos a serem realizados, bem como a nomeação de objetos e a repetição de palavras, a utilização do desenho espontâneo do relógio para detetar neglet e a avaliação da sensibilidade superficial (tátil e dolorosa). Como provas de coordenação realizei a avaliação dedo-nariz, avaliação braços estendidos, avaliação de Mingazzini e avaliação calcanhar-joelho, para a avaliação da força recorri à Medical Research Council Scale (MRCS), quanto à avaliação da espasticidade através da Escala Modificada de Ashworth, bem como a avaliação do equilíbrio e marcha através da Escala de Tinetti e de Berg e a avaliação da Disfagia através da Gugging Swallowing Screen (GUSS).

Realizei ainda a avaliação do par craniano: II através dos testes de acuidade visual e do campo de visão, III/IV/VI com avaliação da resposta pupilar a estímulo luminoso, bem como avaliar os movimentos do globo ocular, VII verificando simetria facial através do sorriso do franzir do sobrolho, do encerramento das pálpebras e da acumulação de ar na boca e por último o XII através da visualização dos movimentos da língua, desvio da úvula e acumulação de saliva.

Foi possível implementar intervenções de enfermagem de reabilitação com os focos na diminuição da força muscular, no comprometimento da mobilidade, equilíbrio e autocuidado. O Sr. A., por exemplo, de 57 anos de idade, possuindo como antecedentes pessoais de saúde diversos fatores de risco cardiovascular estava na unidade funcional de AVC há cerca de 10 dias após AVC isquémico do hemisfério esquerdo apresentando no momento da alta hospitalar hemiparesia direita (força grau 2 no membro superior e grau 3 no membro inferior), sendo este o seu lado dominante. Apesar dos ganhos de força, ainda era dependente de terceiros em grau moderado (score 70 na escala de Barthel) necessitando de apoio na realização das AVD, mais concretamente na alimentação, utilização do WC, no banho, na toalete, na mobilidade e no subir e descer escada, e apresentava alterações no equilíbrio dinâmico e no padrão de marcha, com necessidade de utilização de produtos de apoio.

Segundo Menoita (2011), o enfermeiro de reabilitação recorre à utilização de produtos de apoio com adequação das intervenções de forma a promover o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa, pois permitem a realização da atividade de forma mais cómoda, com menos dispêndio de energia e dor associada, tornando-se a pessoa em última instância mais independente na realização correta de tarefas.

Observei e participei na continuidade dos cuidados de reabilitação, dando especial atenção à avaliação da capacidade funcional fazendo o paralelismo com a informação clínica durante o período de internamento, assim a adequação das intervenções ao contexto domiciliário foi tida em consideração adaptando, por exemplo, a lateralidade do movimento aquando da realização de tarefas, consoante a configuração do espaço. Este facto potenciou o meu cuidado na documentação da avaliação e dos planos de cuidados de forma a evitar a fragmentação de cuidados.

A Senhora M. 77 anos, esteve internada no serviço de Medicina Interna por fratura periprotésica do joelho, tendo retomado o domicílio com necessidade de continuidade do plano de cuidados de reabilitação. As sessões de reabilitação realizaram-se duas vezes por semana, de acordo com tolerância da utente, mantendo-se presente o cuidador, partilhando conhecimentos, colocando dúvidas e colaborando durante a prestação de cuidados de reabilitação. Eram objetivos do plano de cuidados, discutidos com a Senhora, o aumento da amplitude articular e força muscular até à amplitude e força prévios ao evento, a melhoria do equilíbrio dinâmico, a otimização da capacidade de marcha com recurso a dispositivo auxiliar de marcha e o aumento da participação nos seus autocuidados. Para tal foram realizadas as avaliações necessárias e ao longo das semanas que tive oportunidade de colaborar com Enfermeiro Orientador nas intervenções, foi sendo observada a eficácia das intervenções planeadas, identificando-se a capacidade da Senhora M. de se autotransferir sem recurso a dispositivos/apoio de terceiros, realizando marcha com recurso a uma canadiana e capacidade para subir e descer vários conjuntos de escadas.

Tive também a oportunidade de prestar cuidados a clientes paliativos em que o foco da intervenção manteve-se no controlo de sintomas e aumento da qualidade de vida e em que minha ação em conjunto com a enfermeira orientadora passou por controlo de dor, dispneia, obstipação e fadiga.

A dor tem um elevado impacto na qualidade de vida do utente e cuidador pois provoca incapacidade física e funcional e um aumento da dependência, sendo muitas vezes subavaliada cabe à equipa multidisciplinar realizar uma boa avaliação e gestão para o controlo da mesma (Pina, 2016, p.49).

A dispneia é um sintoma frequente na doença avançada, quer oncológica quer não oncológica e pode-se definir pelo desconforto respiratório percecionado, que provoca sensações variadas e é sentida em diferentes intensidade, tornando-se um subjetiva (Feio, 2016, p.219).

No caso específico do Sr. J. de 24 anos, a visita foi realizada em conjunto com a médica assistente na unidade. O utente com diagnóstico de carcinoma pulmonar com metastização óssea e cerebral conhecida, apresentava agravamento do cansaço, dispneia e dor, sob oxigenoterapia a 2L/min por óculos nasais e no período noturno cumpria

ventilação mecânica não invasiva (VMNI) em modo continuous positive airway pressure (CPAP) com o mesmo aporte de oxigênio.

Na realização do exame físico foi detetada taquipneia com 33cpm, presença de adejo nasal e tiragem supraclavicular, tosse pouco eficaz sugestiva de secreções profundas. À auscultação pulmonar identifiquei fervores audíveis e redução do murmúrio vesicular à direita, sendo importante referir que a auscultação pulmonar foi realizada também pela enfermeira orientadora que confirmou os meus achados, pois é uma técnica qual o qual não me sentia completamente à vontade e que tinha colocado pouco em prática. Este referia ainda acréscimo da dor à inspiração, com menor tolerância a médios esforços, classificando-a como 7/10 (segundo escala numérica de auto-avaliação). Não se tendo verificado alterações nos restantes sinais vitais após a respetiva avaliação.

Encontrava-se sob medicação dirigida com morfina de libertação prolongada 1 comprimido 30mg 12/12horas e com paracetamol 1g 8/8 horas em SOS, que se encontrava a fazer também de 12/12horas.

Após discussão do caso optou-se por gerir terapêutica com adição de morfina em solução oral 10mg de 6/6horas e cessar o paracetamol, bem como instituir antibioterapia com amoxicilina + ácido clavulânico 875mg + 125mg 1 comprimido de 8/8horas, por hipótese diagnóstica de pneumonia.

A avaliação da dispneia foi realizada com recurso à escala de Borg Modificada, sendo que ainda utilizamos a Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) para avaliar a presença de outros sintomas.

Como tratamento não farmacológico iniciou-se um programa de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), que segundo Cordeiro e Menoita (2012), em situações de pneumonia a “RFR tem como objetivos a reexpansão pulmonar do lado afetado, a drenagem de secreções, a promoção de tosse eficaz e melhorar a tolerância ao esforço”.

As sessões de RFR realizavam-se num ambiente tranquilo para o utente, que no caso o local escolhido pelo próprio era o seu quarto, explicando os procedimentos de forma clara e calma, com utilização de feedback positivo e com monitorização através da oximetria periférica, para que se pudesse estabelecer uma relação de confiança ao longo das sessões.

Inicialmente auxiliava o Sr. J. no posicionamento de semi-fowler com utilização de almofadas sob a região da cabeça e omoplatas, membros superiores e região popliteia,

potenciava a concentração e o relaxamento através da consciencialização respiratória e dissociação dos tempos respiratórios de olhos fechados, através da inspiração nasal e expiração com os lábios semicerrados de forma lenta, para gradualmente se progredir para o treino de respiração diafragmática.

Ao longo das sessões realizou-se também reeducação costal bilateral tanto global como seletiva através de mobilizações ativas assistidas dos membros superiores, o ensino da tosse eficaz através de técnica de tosse assistida e de huffing, sendo que com a melhoria da sintomatologia alternou-se para a posição de sentado com inclinação ligeira do tronco para a frente. Quanto à drenagem de secreções inicialmente houve necessidade de utilizar manobras acessórias de compressão e vibração, sendo que com utilização concomitante de mucolíticos o Sr.J. foi capaz de expelir as secreções.

Durante a elaboração e implementação dos planos de cuidados tive em consideração a teoria mobilizada neste trabalho, para que o autocuidado fosse potenciado e fossem reduzidos as alterações percebidas pela pessoa e cuidador durante a prestação de cuidados de enfermagem.

2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Segundo Powers et al. (2019) é recomendado que todos os indivíduos pós AVC sejam sujeitos a uma avaliação das AVD, das habilidades comunicacionais e da mobilidade funcional durante o período hospitalar e no momento da alta, sendo estas conclusões inseridas no processo de planeamento de alta clínica e transição de cuidados.

No decorrer do Estágio procurei avaliar a funcionalidade dos clientes e perceber as limitações sentidas pelo próprio e pelo cuidador/família no autocuidado, de forma a elucidar aspetos da situação atual de saúde e a gerir expectativas, para que haja manutenção da motivação durante o processo de reabilitação e a possibilidade de retomar e/ou ajustar os seus hábitos de vida e o desempenho dos papéis que desempenhava previamente. Assim, e aplicando os princípios da teoria que suporta este trabalho auxiliei o cliente, e a família sempre que possível, a recuperar um nível de independência que lhe diminua a restrição da participação, facilitando a adaptação às

limitações da mobilidade e maximizando a sua qualidade de vida através de técnicas específicas de autocuidado e treino específico de AVD.

A admissão de uma pessoa após AVC num programa de Reabilitação está dependente da sua estabilidade clínica, da existência de défices funcionais e da capacidade que este detém para apreender novos esquemas motores e sensoriais, detendo motivação para o mesmo. Desta forma a elaboração do plano terapêutico tem de ter em conta a avaliação clínica e funcional, a pontuação do índice de Barthel e/ou Medida de Independência Funcional (MIF) e a definição de objetivos a curto prazo (Norma 054/2011, 2011).

Explano o exemplo do Sr. C. de 65 anos que após AVC Isquémico da artéria cerebral posterior direita, apresentava-se sem alteração do estado de consciência, calmo e orientado no tempo, espaço e pessoa, sem alterações na linguagem, com capacidade de nomeação e repetição, sem presença de neglet e com score 4 na NIHSS (apenas apresentou alterações no parâmetro da parésia facial, dos membros superiores e dos membros inferiores). Apresentava apagamento do sulco nasogeniano esquerdo com desvio da comissura labial direita, tendo sido avaliada a deglutição com score 20 na GUSS, podendo ingerir uma dieta normal, com líquidos de espessura normal, pois apresenta risco mínimo de aspiração.

Quanto à força muscular demonstrava hemiparesia esquerda (força muscular grau 2 no membro superior e grau 3 no inferior segundo escala MRCS), com alteração da motricidade fina na mão do membro superior afetado, sem alteração da sensibilidade tátil, dolorosa, térmica e postural bilateralmente. Tinha alteração na prova de Mingazzini com queda da perna esquerda sobre a superfície da cama não de forma imediata o que revelou esforço contra a gravidade, na prova dos braços estendidos com ligeira pronação da mão esquerda e queda parcial do membro superior esquerdo, não demonstrando ataxia e descoordenação motora na realização das provas dedo-nariz e calcanhar joelho, tendo em conta as alterações previamente referidas.

Por fim, apresentava manutenção do equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado, com alteração do equilíbrio estático em ortostatismo. Os seus scores iniciais eram: na escala de Barthel 45 (dependência elevada), na escala de Morse 55 (alto risco de queda) e na escala de Braden 19 (baixo risco de desenvolvimento de UPP), sendo que

todos os fatores acima referidos faziam com o utente necessitasse de assistência na realização de múltiplas tarefas.

O plano de cuidados delineado e aplicado tinha como intervenções a realização de atividades terapêuticas, como: mobilizações (passivas e ativas assistidas inicialmente, ativas e ativas resistidas posteriormente - no hemicorpo esquerdo); exercícios isométricos e isotônicos bilaterais (estimulação propriocetiva, inibição da espasticidade, preparação ao ortostatismo); atividades terapêuticas (rolar na cama, a ponte, rotação/flexão/extensão controlada da coxo-femural esquerda e do cotovelo esquerdo); facilitação cruzada (estimulação dos músculos do lado esquerdo, reeducação do reflexo postural, estimulação sensorial e facilitação do autocuidado); automobilização no leito (propriocepção do membro lesado); posicionamento anti-espástico (integração do esquema corporal e prevenção de alterações musculo-esqueléticas); indução de restrições motoras do membro direito no treino da motricidade fina da mão esquerda (uso de bola anti-stress e de bola com textura, jogo da corda e molas, tabuleiro com pioneses); exercícios de reeducação do músculos da face (enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, sorrir, mostrar os dentes, encher a boca de ar e assobiar); treino de força muscular através do uso da pedaleira tanto nos membros superiores como inferiores tendo sido colocada resistência progressiva; equilíbrio estático de pé com utilização de standing frame e posteriormente com apoio bilateral na posição de pé no fundo da cama e com uso de andarilho; treino de AVD (alimentação, higiene pessoal e banho, vestir e despir, transferências cama-cadeirão/cadeira de rodas e uso do sanitário). Numa fase final foi ainda realizado treino de marcha com apoio bilateral e com recurso a andarilho.

Em termos das AVD o utente passou a conseguir transferir-se com recurso do andarilho para o cadeirão/cadeira de rodas/cadeira sanitária sendo possível utilizar o sanitário sozinho, desfazer a barba, realizar a higiene oral e pentear-se sem ajuda de terceiros, necessitava de ajuda no momento do banho para higienização das costas e no vestir e despir para certos tipos de roupa (que tivessem botões) e para se calçar (pois ainda não tinha motricidade suficiente para apertar e desapertar os atacadores, recusou aquisição de calçado com velcro), em termos de equilíbrio ainda tinha alterações com desvio do tronco para o lado esquerdo que percecionava e tentava corrigir, não sendo possível realizar marcha com andarilho sem apoio unilateral de terceiros, quanto a nível

da alimentação necessitou de introdução de material antiderrapante sob o prato e o copo, mas passou a ser capaz de preparar os alimentos com utilização de material adaptado.

Tendo em conta estes ganhos importantes, é de referir que a hemiparésia esquerda se manteve, mas com ganhos de força muscular (membro superior grau 3 e membro inferior grau 4), bem como teve modificação no risco de queda (Escala de Morse score 40 – baixo risco) e diminuição do grau de dependência para moderado (Escala de Barthel score 85), aquando da referenciação para a RNCCI.

Indo ao encontro do que foi referido até então e de acordo Kwakkel et al. (2023), as intervenções motoras com fortes recomendações passam por treino de mobilidade e funcional com participação progressiva, sendo dirigida à realização de tarefas específicas de forma a melhorar a mobilidade e transferência; treino com resistência progressiva para melhorar a fraqueza muscular; treino de equilíbrio; treino de marcha; terapia de movimento induzida por restrição do braço lesado; treino de realização de AVD adaptado às necessidades individuais.

Outro fator que contribuiu para o sucesso da implementação do plano de reabilitação foi o facto de a pessoa se ter mantido motivada, pois começou a perceber os ganhos de força e o aumento do equilíbrio, bem como o facto de se conseguir autocuidar com menos assistência do EEER e ou da pessoa significativa, atingindo uma maximização da sua funcionalidade e da mobilidade, através de processos de autorresponsabilização. A manutenção do plano fez com que a tolerância aos exercícios aumentasse, sendo possível implementar um maior número de séries e colocar resistência em alguns dos exercícios. Por último a pessoa sentia-se mais capacitada para novos desafios que pudessem aparecer ao longo da sua transição de saúde-doença e para a sua reintegração futura na sociedade.

Apesar de não ter conseguido acompanhar a transição entre níveis de saúde na pessoa pós AVC, no contexto da ECCL encontrei também pessoas com aumento da dependência e diminuição da capacidade de garantir o autocuidado, com consequente alteração na realização das AVD por alterações musculo-esqueléticas. Desta forma foi possível implementar planos de cuidados individualizados e dirigidos para as necessidades identificadas.

Na situação da Sr.E. de 72 anos, após ter sido submetida a artroplastia da anca esquerda teve complicações associadas a hemorragia interna e sépsis, motivo pela qual teve um período de internamento mais prolongado inclusivamente nos cuidados intensivos, tendo resultado em fraqueza muscular.

Desta forma, o regresso ao domicílio e integração na ECCI foi o momento na qual a cliente iniciou um programa de reabilitação dirigido, tendo indicação médica para realizar exercícios dirigidos sem realizar carga no membro operado. O plano foi concebido e implementado tendo em conta os objetivos a curto prazo que a mesma queria atingir, mantendo as suas crenças e valores, tendo a utente o acompanhamento do esposo durante o processo, por ambos já se encontrarem reformados. Importante referir que a utilização do triângulo abdutor no decúbito dorsal e no decúbito lateral direito era cumprida de forma a evitar a abução para além da linha média sagital e que prévio à cirurgia a utente já utilizava bengala por gonartrose bilateral e alteração do padrão de marcha.

A integridade cutânea e a prevenção de infeção foram outro enfoque na minha prestação, desta ferida cirurgica foi alvo de avaliação e apresentava como características a união dos bordos, sem presença de sinais inflamatórios e/ou dor ao toque, sendo necessária aplicação de creme e realização de massagem para prevenção de quelóide.

Inicialmente realizei, em conjunto com a enfermeira orientadora a avaliação da amplitude articular dos diferentes segmentos do membro inferior esquerdo, com utilização do goniómetro e avaliei a força muscular através da escala MRCS.

O programa de reabilitação numa fase inicial foi realizado somente no leito, teve enfoque no movimento corporal, através da realização de exercícios musculares e articulares com mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas-resistidas, com alternância ao longo dos dias; contrações isométricas para fortalecimento dos músculos flexores, extensores e abdutores da anca; exercícios de mobilização da articulação coxofemoral (flexão/extensão, adução/abdução e rotação externa e interna) primeiramente passivos, com alteração para ativos-assistidos (concomitantemente com flexão e extensão do joelho) e ativos resistidos (elevação da cintura pélvica com o membro inferior esquerdo em extensão e flexão do membro inferior direito); exercícios de mobilização ativa da articulação da tibiotársica (através de movimentos de flexão,

extensão e circundução). Existiu reavaliação da capacidade da cliente para a realização dos exercícios e para a capacidade do esposo em dar assistência, de forma a garantir a continuidade do programa nos restantes dias da semana, sendo possível desta forma incentivar a realização dos exercícios em duas séries de 10 repetições bi-diários, durante os 7 dias da semana.

Após a realização da consulta pós-operatória, houve indicação para iniciar carga no membro operado e treino de marcha, desta forma pôde-se progredir e dar enfoque na capacidade de transferência, no compromisso da marcha.

Assim, procedemos à realização de exercícios na posição de sentada e na posição de pé, sendo que para tal instruímos a utente a sair da cama pelo lado esquerdo, pois foi o lado intervencionado, a sentar-se na cama apoiando os antebraços no leito, sem flexão do tronco e com a colocação do triângulo abdutor, fletindo o membro inferior direito e apoiando a totalidade do pé no chão, mantendo o membro inferior esquerdo em extensão. Quanto ao treino de equilíbrio dinâmico em ortostatismo utilizamos exercícios de repetição de agachamento de forma a mimicar o acto de sentar e levantar, realizando ainda os exercícios de mobilização da articulação coxofemoral e da articulação da tibiotársica, acima referidos tanto na posição de sentada, como na posição de pé, com recurso de apoio no andarilho.

Anteriormente a iniciar o treino de marcha per si e devido a diminuição da força muscular dos membros superiores houve necessidade de realizar mobilizações ativas dos membros superiores através de movimentos de flexão e extensão do cotovelo e da escapulo-umeral, bem como realizar correções posturais através da utilização de bastão.

A marcha foi avaliada através da velocidade, cadência, amplitude da passada, colocação do pé pontos de apoio no contacto com a superfície do chão, foi também necessário perceber o conhecimento prévio da Sr^a.E. sobre a panóplia de materiais de apoio existentes, adequando a altura e as borrachas do dispositivo selecionado, o andarilho, às características corporais da utente. Após procedeu-se à instrução do treino de marcha a três pontos e com a continuidade do programa e ganhos de força, amplitude de movimento e melhoria do equilíbrio conseguiu-se de forma gradual, com utilização de duas canadianas numa fase intermédia, com que a cliente voltasse a utilizar a sua bengala na fase final.

De forma a promover um ambiente seguro e a diminuir o risco de queda houve uma avaliação do pavimento do domicílio, tendo-se retirado os tapetes da lateral da cama, do hall da entrada e da cozinha e aconselhou-se a Sr^a.E. na roupa e calçado adequados à realização das sessões. Com a utilização de material de apoio (cadeira sanitária, alteador e barras laterais de sanita) pertencente à ECCL que lhe foi cedido provisoriamente durante o período em que se encontrava sob cuidados da equipa e com a aquisição pela própria de uma barra fixa e de um banco antiderrapante para colocar no duche, a utente ficou capaz de se autocuidar e de realizar com maior segurança a sua higiene pessoal, uso do sanitário e de tomar banho, promovendo uma readaptação funcional apesar de não se ter integrado o treino de AVD no plano de reabilitação.

A motivação da cliente em voltar a ser capaz de desempenhar actividades prévias, como passar a ferro, cozinhar e realizar as lides domésticas, bem como realizar o passeio semanal com as amigas pelo jardim do bairro, fez com que mantesse o foco na ação e se responsabilizasse pelo seu processo de saúde doenças, mantendo-se decidida no cumprimento do plano bi-diário durante os sete dias da semana.

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Petronilho et al. (2010) no estudo que realizou menciona que “a capacidade funcional para o desempenho das atividades inerentes ao autocuidado tem uma relação significativa com o grau de dependência do doente”, referindo ainda que os planos de cuidados de enfermagem dever-se-iam focar nas alterações sentidas ao nível da força muscular, movimento articular e equilíbrio pois vão ter impacto significativo na capacidade da pessoa em realizar o autocuidado de transferir-se e de andar.

Neste sentido e indo ao encontro do já referido ao longo do todo o trabalho, foi-me possível ao longo do estágio elaborar e concretizar, em conjunto com as pessoas, planos de cuidados de reabilitação individualizados e direcionados para maximização das capacidades funcionais de cada um, adequando o mesmo aos valores e expectativas realistas criados, bem como ao ambiente em cada um se inseria e ao desempenho dos papéis no seio familiar e social.

Para tal, houve necessidade por vezes de recorrer a adaptação dos locais onde as sessões eram realizadas, que podiam ser ou não o seu domicílio, com recurso a produtos de apoio que aumentavam o nível de segurança e conforto, permitindo que o próprio desempenhasse as atividades propostas de forma mais autónoma e independente. Na medida em que as pessoas aumentavam a sua independência, o meu papel enquanto EEER deixou de estar enfatizando na instrução e assistência aquando da realização das atividades, para passar a uma posição de supervisão e suporte educativo.

As estratégias adotadas e os planos implementados permitiram a manutenção da motivação da pessoa ao longo dos dias, com tomadas de decisão conscientes na transição que estavam a vivenciar, tendo contribuído para um aumento da responsabilização da pessoa no seu processo de reabilitação e de alteração comportamental perante o seu futuro, com integração do “novo eu”. Durante este processo houve a inclusão da pessoa significativa, cuidador ou membro da família sempre que possível, tendo havido possibilidade de trabalhar competências comunicacionais e de gestão de conflito.

Outro fator primordial na garantia do sucesso dos programas de reabilitação durante o meu estágio foi o constante trabalho em equipa realizado dentro da equipa multidisciplinar em ambos os contextos, a adequação dos recursos existentes e das ajudas técnicas, bem como a consideração pelas alterações das funções motoras e cardiorrespiratória, proporcionando momentos de repouso que fossem ao encontro da tolerância ao esforço e da capacidade aeróbica dos clientes de forma a garantir a prevenção de lesões e a promoção de saúde.

No final do estágio, através da análise e reflexão das situações, foi perceptível que na maioria dos clientes a quem prestei cuidados houve ganhos de força muscular e aumento do equilíbrio, com conseqüente diminuição de dependência na realização das AVD ao nível da transferência, utilização do wc e de tomar banho.

Nem sempre houve ganhos efetivos em saúde, pois por vezes o objetivo passou por minimizar desconforto, controlar sintomatologia e manter as capacidades funcionais possíveis, proporcionando aos clientes cuidados globais e holísticos, com manutenção da necessidade de substituir a pessoa no autocuidado, de forma que o mesmo estivesse assegurado.

A criação de uma relação terapêutica com os utentes, com mobilização de conhecimentos científicos e a aplicação dos mesmos na prática, fez parte de todo o meu percurso formativo neste 2º ciclo de estudos, fazendo com que desenvolvesse as competências necessárias para o desempenho eficaz de cuidados de reabilitação e como tal houve necessidade de reavaliação dos planos de cuidados e que estes fossem ao encontro da melhoria da função e do autocuidado. A realização desta avaliação foi através de escalas aceites pela comunidade científica portuguesa e pela OE, tendo sido já referidas noutros pontos do trabalho.

O registo de todo o processo de reabilitação e dos ganhos em saúde do cliente nas respetivas plataformas, faz com a linguagem seja uniformizada entre todos os profissionais, com que haja reflexo do benefício da prestação de cuidados pelo EEER à pessoa ao longo do ciclo vida e em última instância que seja possível assegurar a transição de cuidados diminuindo lacunas entre níveis de saúde.

2.3. Análise e Reflexão do percurso realizado

A prevalência das doenças cónicas na sociedade atual faz com que sejam identificados desafios no que toca ao domínio do diagnóstico, da gestão e do tratamento da doença em si, desta forma é solicitada uma atualização constante dos enfermeiros de reabilitação (Ribeiro et al., 2021).

O meu percurso académico foi pautado por verdadeiros desafios fazendo-me questionar a profundidade dos conhecimentos que detinha e a aptidão para a própria aprendizagem, face ao tempo disponível para estudo e trabalho autónomo necessários para o sucesso e conclusão deste 2º ciclo de estudo.

Ao longo das 18 semanas, existiram diversas atividades que não foram possíveis implementar dentro da temática em estudo, pois o objetivo primordial da temática em estudo era identificar as necessidades sentidas pela pessoa com alteração motora pós AVC na prestação do seu autocuidado no domicílio de forma a implementar estratégias e planos de reabilitação ainda em internamento que almejassem a capacitação do próprio,

e em última instância maximizassem a sua funcionalidade e facilitassem a transição entre locais de cuidados.

O foco na melhoria de cuidados, nomeadamente nas estratégias em otimizar a continuidade de cuidados, é uma realidade dos profissionais de saúde ainda que identifiquem entraves complexos na prática de cuidados para que tal suceda. A temática encontra-se identificada como prioritária desde 2018, defendendo que a gestão eficaz dos cuidados hospitalares para casa proporciona a qualidade de atendimento, agiliza a recuperação, reduz a taxa de reinternamento e os custos associados (Medina-Mirapeix, 2011; OMS, 2018).

O principal fator dificultador no meu processo e implementação do meu projeto foi o facto de durante a minha permanência na ECCI nenhum utente ao qual prestei cuidados tivesse alteração motora após AVC, fazendo com que não conseguisse levantar as principais necessidades sentidas de modo a posteriormente no meu contexto hospitalar conseguisse implementar estratégias que facilitassem a transição entre ambos os meios e pudesse assim prestar cuidados transicionais efetivos.

Por outro lado, pelo facto de ter utentes com necessidades provocadas por alteração motora na área da ortopedia e por alteração respiratória na área paliativa, permitiu-se alargar e cimentar os meus conhecimentos e as minhas competências como EEER, pois consegui diversificar a minha área de atuação para além do doente com alterações neurológicas, nos quais prestei cuidados em contexto hospitalar, indo ao encontro do que está definido pela Ordem dos Enfermeiros.

Assim e em conjunto com os Orientadores Clínicos foram traçadas novas estratégias para o atingimento de metas pessoais e profissionais, bem como a aquisição de competências no âmbito da reabilitação, sendo esse apoio fundamental ao meu sucesso. Importante referir também que ambas as equipas multidisciplinares foram recetivas à minha presença e ao meu processo de aprendizagem tornando-me como parte integrante da equipa nos momentos de prestação de cuidados, bem como no seu planeamento prévio, avaliação posterior e consequente alteração do plano de cuidados. Da parte dos utentes e famílias, foram sempre cordiais, tendo ao longo dos estágios conseguido criar uma relação terapêutica sustentada em comunicação eficaz, confiança e com

continuidade no tempo, permitindo a implementação de um programa de reabilitação físico, psicológico e cognitivo com inclusão, por vezes, de um cuidador.

A título de conclusão, pode afirmar-se que foram atingidos os objetivos pessoais definidos, não só através dos indicadores e critérios de avaliação definidos, mas também através do conteúdo até aqui exposto, uma vez que para as necessidades sentidas, foram mobilizadas estratégias no sentido de as superar e potenciar a qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, pode afirmar-se que foram atingidas as competências preconizadas institucionalmente para a presente UC e as competências do enfermeiro especialista com sucesso.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reabilitação, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, é um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permite cuidar das pessoas, com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, maximizar o seu potencial funcional e independência com objetivo da máxima satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima, melhorando a qualidade de vida. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve demonstrar níveis de conhecimento científico, níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão pois só desta forma lhe é possível elaborar, implementar, avaliar e reajustar programas de reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, ao longo do ciclo de vida, para o exercício da cidadania.

Após um período dedicado ao Ensino Teórico, e de acordo com o trabalho desenvolvido, foi possível, com a Unidade Curricular Estágio com Relatório, a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, sob orientação/supervisão do enfermeiro cooperante e através da articulação com a equipa multidisciplinar; concretamente, permitiu conceber, implementar, monitorizar e avaliar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados nos problemas reais e potenciais, permitindo a tomada de decisão relativa a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa.

Durante o meu percurso foi notório a prevalência de doenças crónicas na população Adulta-Idosa, sendo que com o aumento da esperança média de vida torna-se essencial cuidar do outro tendo em vista a diminuição da comorbilidade associada e da incapacidade do outro em se autocuidar por alterações motoras, de forma a consequentemente aumentar a qualidade de vida da pessoa e suas pessoas significativas.

Para que a intervenção do EEER seja individualizada e adequada às necessidades da sociedade atual tem de ter em consideração a maximização da funcionalidade da pessoa para que esta seja tão autónoma quanto possível no seu dia-a-dia, bem como à

alternância dos níveis de saúde durante o seu processo de saúde, para que as transições de cuidados não sejam abruptas e desconetadas.

A reabilitação precoce na pessoa com AVC hospitalizada, mediante tolerância, com acesso ao treino de atividades de vida, comunicação e mobilidade funcional antes da alta hospitalar, é um programa ser incorporado no processo de transição.

A integração das pessoas significativas nos planos de cuidados foi mais facilitada no contexto domiciliário estando sempre alguém presente durante a implementação do plano de cuidados, enquanto que em contexto hospitalar o contacto era mais pontual.

A nível global, o balanço do decurso do Estágio revela-se bastante satisfatório, na medida em que foram adequadas as atividades definidas para a consecução de cada objetivo e, algumas vezes, ultrapassadas, criando novas oportunidades de aprendizagem enriquecedoras para a melhoria da qualidade dos cuidados, salientando-se a gestão das expectativas da pessoa/família no que diz respeito ao processo de reabilitação ou aplicação de escalas que incluem a perceção da própria pessoa.

Foi ainda possível estabelecer uma relação terapêutica sólida e de confiança com o outro, através de um acompanhamento prolongado no tempo, da constante atualização dos planos de cuidados, e do aumento das minhas capacidades de reflexão sobre os cuidados prestados tendo em consideração os múltiplos fatores que afetam e envolvem a pessoa alvo, bem como a concretização desse mesmo plano desde a admissão até ao momento da alta, com a utilização devida dos recursos disponíveis.

Quanto a perspectivas futuras enquanto EEER, julgo ser possível a criação de projetos de cuidados de enfermagem de Reabilitação em conjunto com os colegas especialistas desta área no serviço em que atualmente exerço funções, de forma a consolidar os conhecimentos mobilizados bem como as competências adquiridas, melhorando a minha prática de enfermagem e assumindo uma postura de aprendizagem contínua e atualizada.

No que diz respeito à concreta elaboração do presente documento, foram analisados os fatores pessoais que dizem respeito às ações, as crenças subjacentes à prática, mobilizando concomitantemente o conhecimento teórico atual, confrontando

sinteticamente quando necessário as diversas perspectivas, permitindo o desenvolvimento de uma nova perspectiva sobre a conduta futura.

Em suma, pode afirmar-se que foram atingidas as competências preconizadas institucionalmente para a presente UC e as competências do enfermeiro especialista com sucesso, salientado a persistência da elevada consciência de si mesma enquanto formanda e futura EEER, baseada em decisões suportadas em princípios, valores e normas deontológicos, com identificação constante de oportunidades de melhoria, estabelecendo prioridades e selecionando estratégias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alhasania et al. (2021). Clinicians and individuals with acquired brain injury perspectives about factors that influence mobility: creating a core set of mobility domains among individuals with acquired brain injury. *ANNALS OF MEDICINE* 2021, VOL. 53, NO. 1, 2365–2379. <https://doi.org/10.1080/07853890.2021.2015539>.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82,402-407
- Benner, P. (2004) Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*, Vol. 24 (3) 188-199
- Camicia, M. & Lutz, B. (2016). Nursing's Role in Successful Transitions Across Settings. *State-of-the-Science Nursing Review*. 1-4. **DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.012095**
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (1ed.) Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho. *Diário da República nº109 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- DePaul et al. (2013) *Physiotherapy Needs Assessment after Stroke*. *Physiotherapy Canada*; 65(3);204–214; doi:10.3138/ptc.2012-14.
- Faria, A.C.A., Martins, M.M.F.P.S., Matos, L.O. & Schoeller, S.D. (2017). Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70 (3). 495-503. **DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>**.
- Feio, M. (2016). DISPNEIA. In: Barbosa, A. (editor), Pina, P.R. (editor), Tavares, F. (editor), Neto, I.G. (editor), Botejara, A.C., Bernardo, A., Querido, A., Lacerda, A.F., Matos, A., Pazes, C., Bárbara, C., Galvão, C., Gonçalves, E., Fradique, E., Leal, F., Gonçalves, F., Gama, G.M., Bárrios, H., Salazar, H., & Coelho, S.P.F. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ed.) Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Figueiredo, P.C.M. (2018). Competências para uma liderança percebida como eficaz – Líderes e liderados. Tese de doutoramento. Lisboa. Universidade Europeia
- Frankl, V.E. (2012). O Homem em Busca de uma Sentido. 8ªedição. Lua de papel.
- Hesbeen, W. (2003) Criar novos caminhos - A reabilitação. Loures, Lusociência
- Hatem SM, Saussez G, della Faille M, Prist V, Zhang X, Dispa D and Bleyenheuft Y (2016) Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery. *Front. Hum. Neurosci.* 10:442. **doi: 10.3389/fnhum.2016.00442.**
- Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M., Naylor, M., (September 30, 2015) "Continuity of Care: The Transitional Care Model" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 20, No. 3, Manuscript 1
- Instituto Nacional de Estatística (2022), "O que nos dizem os Censos sobre as dificuldades sentidas pelas pessoas com incapacidade"
- Kwakkel,G., Stinear, C., Essers,B., Munoz-Novoa, M., Branscheidt,M., Cabanas-Valdés, R., Lakiyeviyy, S., Lampropoulou, S., Luft, A.R., Marque, P., Moore, S.A., Solomon J.M., Swinnen, E., Turolla, A., Murphy, M.A., Verheyden, G. (2023). Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework. *European stroke journal*, 1-15. **<https://doi.org/10.1177/23969873231191304>**
- Lacerda,M.R., & Costenaro, R.G.S. (2016). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde. Da teoria à prática. Porto Alegre: Moria Editora.
- Reis, G. & Bule, M.J. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In Marques-Vieira, C. (ccordenadora), Sousa, L. (coordenador), Martins, A.C., Martins, A.R., Santos, A., Santos, A.S., Videira, A., Santos, A., Caldas, A..C., Mendes, A., Novo, A., Simões, A., Gomes, B.N., Coelho,C., Rocha, C., Vigia, C., Rodrigues, C.A.F., Henriques, C.M.A.D., Ferreira, C., & Latado, V. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (1ed., pp.57-66). LUSODIDACTA – Soc.Port. de Material Didáctico, Lda.

- Mendes, F.R.P., Gemito, M.L.G.P., Caldeira, E.C., Serra, I.C., Casas-Novas, M.V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3):841-853. **DOI: 10.1590/1413-81232017223.26292015**
- Menoita, E. (2011). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Lusociência.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (2015). Padrão documental nos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, S., Sobral-Ferreira, M., Del Baño-Aledo, M. E., Escolar-Reina, P., Montilla-Herrador, J., & Collins, S. M. (2011). Continuity of rehabilitation services in post-acute care from the ambulatory outpatients' perspective: a qualitative study. *Journal of rehabilitation medicine*, 43(1), 58-64. **<https://doi.org/10.2340/16501977-0638>**
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. The future of nursing 2020–2030: Charting a path to achieve health equity. Washington, DC: The National Academies Press. **<https://doi.org/10.17226/25982>**.
- Neves, M., & Pacheco, S. (2004). Para uma Ética da Enfermagem – desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Norma nº 054/2011 (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Direção Geral de Saúde.
- Norving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P.M., Sunnerhagen, K.S., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A. & Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *European Stroke Journal*, 3(4), 309-336. **DOI: 10.1177/2396987318808719**

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/766c3111-pt>.
- Organização Mundial de Saúde (2018). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva
- Organização Mundial da Saúde. Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Genebra: Organização Mundial da Saúde [citado em maio 2022]. Disponível na Internet: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. L. (2001). Nursing: Concepts of practice. St. Louis: Mosby.
- Pedrosa A.R., Ferreira Ó.R, Baixinho C.L. (2022). Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. Rev Bras Enferm. 2022;75(5):e20210399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>.
- Petronilho, F.A.S., Magalhães, M.M.A., Machado, M.M.P. & Vieira, M.N.M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. Sinais Vitais (8) (pp41-47).
- Pina, P.R. (2016). CONTROLO DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS. In Barbosa, A. (editor), Pina, P.R. (editor), Tavares, F. (editor), Neto, I.G. (editor), Botejara, A.C., Bernardo, A., Querido, A., Lacerda, A.F., Matos, A., Pazes, C., Bárbara, C., Galvão, C., Gonçalves, E., Fradique, E., Leal, F., Gonçalves, F., Gama, G.M., Bárrios, H., Salazar, H., & Coelho, S.P.F. (2016). Manual de Cuidados Paliativos (3ed., pp.49-100) Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Powers, W.J., Rabinstein, A.A., Ackerson, T., Adeoye, O.M., Bambakidis, N.C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B.M., Hoh, B., Jauch, E.C., Kidwell, C.S., Leslie-Mazwi, T.M., Ovbiagele, B., Scott, P.A., Sheth, K.N., Southerland, A.M., Summers, D.V. & Tirschwell, D.L. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the

American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019 (50) (pp344-418). DOI: **10.1161/STR.0000000000000211**

Prasanna,T, Forshing, L. Acute Stroke. [Updated 2023 Feb 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: **<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535369/>**

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República: II série, n.º 26 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Portugal.

Regulamento n.º 85/2019 de 3 de maio. Diário da República: II série, nº85 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Portugal.

Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho. Diário da República: II série, nº 119 (2015). Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Portugal.

Ribeiro, O. (coordenadora), Cordeiro, A., Soares, A., Faria, A., França, A., Pires, A., Silva, A.R., Rocha, A., Vermelho, A., Novo, A., Magalhães, A., Mota, Â., Moreira, A., Pacheco, A., Gomes, B., Delgado, B., Oliveira, C., Margato, C., Barreiras, C., ... Machado, W.C.A. (2021) Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas (1ed). Lidel – Edições Técnicas,Lda.

Serras, M., & Cruz, A.G. (2015). Fatores determinantes da qualidade de vida relacionada com a saúde após acidente vascular cerebral. Enfermagem de Reabilitação – Percursos de Investigação (pp.35-51). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Takeuchi, N. & Izumi, S. (2013). Rehabilitation with Poststroke Motor Recovery: A Review with a Focus on Neural Plasticity. Hindawi Publishing Corporation Stroke Research and Treatment Volume 2013, Article ID 128641, 13 pages. **<http://dx.doi.org/10.1155/2013/128641>**

APÊNDICES

APÊNDICE I: Estudo de Caso 1

13º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Discente: Miriam Filipa Verga Chaparro nº 6392
Professor Orientador: Miguel Serra



SUMÁRIO

Introdução

Identificação e Informações Gerais

Caracterização da Etiologia e Patogenia

Avaliação Física e Comportamental

Medicação Segundo Prescrição

Teoria do Autocuidado

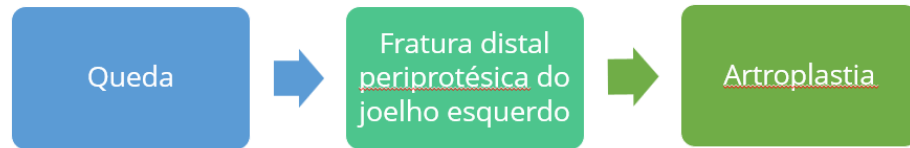
Plano de Cuidados de Enfermagem

Considerações Finais

Referências Bibliográficas

INTRODUÇÃO

- Analisar a situação clínica da pessoa alvo de cuidados;
- Recolha de informação;



- Cuidados de Enfermagem de reabilitação motora e funcional;
- Restabelecimento de independência prévia;
- Analise com a Teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

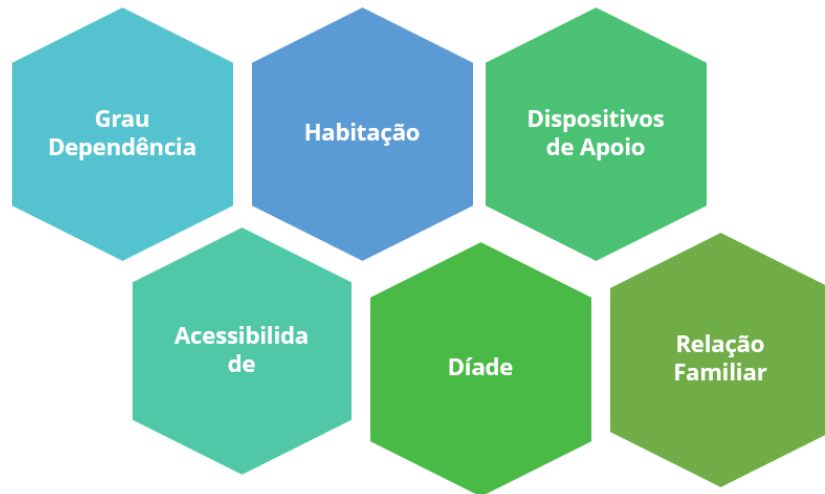
3

IDENTIFICAÇÃO E INFORMAÇÕES GERAIS

Nome: M.M.C	Idade: 77 anos
Data de Nascimento: 10/10/1945	Sexo: Feminino
Estado Civil: Casada	Raça: Caucasiana
Escolaridade: 4ºano	Ocupação: Reformada
Naturalidade: Covilhã	Nacionalidade: Portuguesa
Proveniência: Serviço de Medicina Interna	Pessoas Significativas: Esposo e filha

4

IDENTIFICAÇÃO E INFORMAÇÕES GERAIS



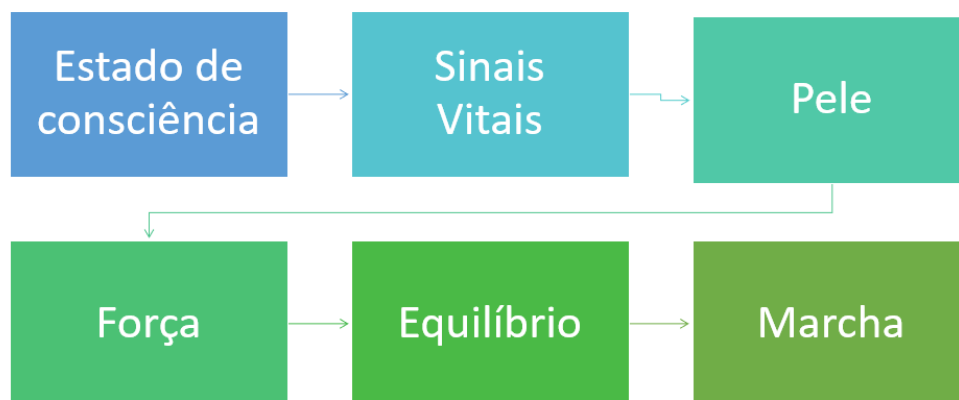
5

CARATERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA

“As fraturas periprotésicas do joelho (FPJ) definem-se como uma fratura que ocorre até 15 cm da linha articular ou até 5 cm da haste intramedular, quando presente. (...) O mecanismo mais comum de FPJ é um traumatismo de baixa energia, muitas vezes secundário a queda da própria altura, no doente idoso”. (Duarte, 2020)

6

AValiação Física e Comportamental



7

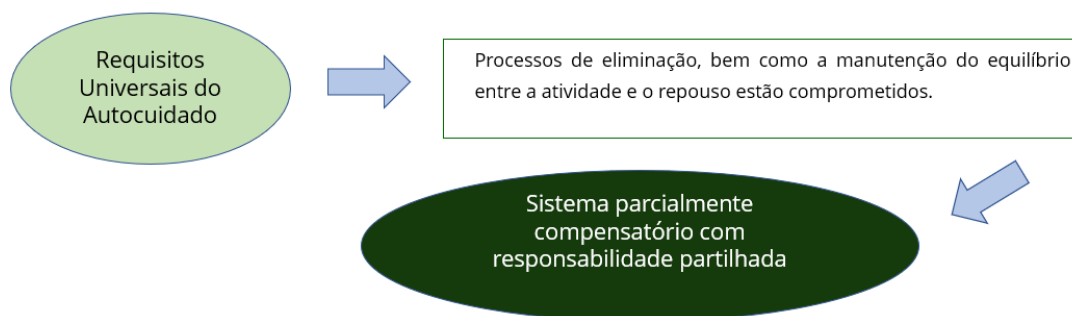
MEDICAÇÃO SEGUNDO PRESCRIÇÃO

- **Ácido fólico** 5mg PO 1cp x dia (almoço) – suplemento vitamínico B9
- **Alopurinol** 300mg PO 1cp x dia (jantar) – diminuir formação de ácido úrico por inibição de xantina
- **Bioflavonoides** 500mg PO 1cp x dia (jantar) – venotrópico e protetor vascular
- **Bisacodilo** 5mg PO 1cp x dia (SOS) – laxante de contacto
- **Cloridrato de Tramadol** 50mg PO – analgésico opióide
- **Diazepam** 5mg PO 1cp x dia (ceia) - benzodiazepina
- **Ferro polimaltosado** PO 357mg/5ml 1cp x dia (pequeno-almoço) – suplemento vitamínico
- **Furosemida** 40mg PO 1cp x dia (jejum) – diurético de ansa poupador de potássio
- **Pentoxifilina** 400mg PO 1cp 8/8 H – vasodilatador periférico
- **Perindopril** 5mg + **indapamida** 1.25mg + **amlodipina** 5mg PO 1cp x dia (pequeno-almoço) – anti hipertensor: associação entre IECA + diurético tiazídico + vasodilatador bloqueador dos canais de cálcio)
- **Sinvastatina** 20mg PO 1cp x dia (jantar) – estatina (antidislipidémico)

8

TEORIA DO AUTOCUIDADO

“São seis as atividades básicas de vida diária (ABVD): higiene pessoal, controlo da eliminação vesical e uso do sanitário, vestuário, alimentação, locomoção e transferência” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).



9

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- As sessões de reabilitação realizaram-se duas vezes por semana por um período mínimo de 50min, de acordo com tolerância da utente;
- Utilização de alguns princípios de reabilitação funcional respiratória para melhorar a ventilação pulmonar;
- Realização de momentos de repouso após cada série de 10 para melhor gestão do gasto energético e diminuição do cansaço;
- O cuidador manteve a sua presença ao longo do plano de cuidados, partilhando conhecimentos, colocando dúvidas e colaboração durante a prestação de cuidados de reabilitação.

10

<u>Diagnóstico de Enfermagem:</u> Movimento Muscular Comprometido do membro inferior esquerdo
<u>Resultado de Enfermagem:</u> Aumentar amplitude articular e força muscular até à amplitude articular dos diferentes segmentos que a S ^{ra} .M apresentava prévio à cirurgia
<u>Intervenções de Enfermagem:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar amplitude articular dos diferentes segmentos do membro inferior esquerdo (ver lá em cima) através de utilização de goniómetro • Avaliar força muscular força muscular através da RMC • Executar exercícios musculares (mobilizações passivas → ativas/assistidas → ativas com resistência) nos membros inferiores: <ul style="list-style-type: none"> o Contrações isométricas dos glúteos e quadríceps (empurrando o membro contra o colchão e com rolo - duas séries de dez repetições 2 vezes por dia); o Mobilizações ativas da articulação tibiotársica - flexão, extensão e circundação; o Abdução e adução até à linha média da coxofemoral; o Flexão e extensão do joelho (inicialmente na posição de deitado, posteriormente na posição de sentado e depois em ortostatismo); • Assistir na realização dos exercícios supracitados; • Incentivar à realização dos exercícios em duas séries de 10 repetições 2x dia 7dias/semana, de acordo com tolerância; • Realizar crioterapia no joelho esquerdo; • Reavaliar a capacidade para execução autónoma e assistida pelo cuidador; • Ajustar o plano ao longo do tempo consoante capacidades e ganhos.
<u>Avaliações:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 06/10/2022: Realiza mobilizações ativas assistidas de acordo com o planeado, com tolerância; ✓ 20/10/2022: Realiza mobilizações ativas com resistência de acordo com o planeado, com tolerância.

<u>Diagnóstico de Enfermagem:</u> Equilíbrio comprometido (dinâmico)
<u>Resultado de Enfermagem:</u> Melhoria do equilíbrio
<u>Intervenções de Enfermagem:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o equilíbrio através da escala de Tinetti; • Promover exercícios de elevação da cintura pélvica (ex. ponte); • Incentivar treino de transferências - sair da cama pelo lado intervencionado era impossível; sentar na cama apoiando os antebraços, sem flexão do tronco, com o membro intervencionado em extensão e com o são em flexão até tocar no chão; • Realizar treino de equilíbrio/sentar e levantar da cadeira - membro operado em extensão, flexão do tronco e força dos membros superiores no andarilho para se levantar; • Assistir na realização dos exercícios supracitados, se necessário; • Incentivar à realização dos exercícios em duas séries de 10 repetições 2x dia 7dias/semana, mediante tolerância; • Realizar crioterapia no joelho esquerdo; • Reavaliar a realização dos exercícios; • Ajustar o plano ao longo do tempo consoante capacidades e ganhos.
<u>Avaliações:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 06/10/2022: Equilíbrio dinâmico não eficaz; ✓ 27/10/2022: Equilíbrio dinâmico eficaz.

<u>Diagnóstico de Enfermagem:</u> Andar dependente
<u>Resultado de Enfermagem:</u> Andar independente com uso adequado Dispositivo Auxiliar de Marcha
<u>Intervenções de Enfermagem:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Executar mobilizações ativas dos membros superiores (flexão-extensão cotovelo; flexão-extensão escapulo-umeral); • Executar exercícios de correção postural com recurso a bastão; • Avaliar a marcha; através da velocidade, cadência, amplitude da passada, colocação do pé e pontos de apoio; • Identificar o conhecimento da cliente sobre a utilização de auxiliares de marcha; • Adequar as características do dispositivo auxiliar de marcha (altura e borrachas); • Instruir a andar - Treino de marcha a 3 pontos (inicialmente utilizava o andariño, posteriormente para duas canadianas e presentemente encontra-se somente com 1, mas com supervisão da equipa e/ou cuidador); • Treinar o uso de escadas - subir e descer escadas; • Assistir na realização dos exercícios supracitados; • Incentivar à realização dos exercícios em duas séries de 10 repetições 2x dia 7dias/semana, se tolerância; • Realizar crioterapia no joelho esquerdo; • Reavaliar a realização dos exercícios; • Ajustar o plano ao longo do tempo consoante capacidades e ganhos.
<u>Avaliações:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 20/10/2022: Padrão de marcha ineficaz com andariño; ✓ 27/10/2022: Padrão de marcha eficaz com andariño; ✓ 10/11/2022: Padrão de marcha eficaz com duas canadianas e treino de subir e descer escadas com sucesso em 6 lançis; ✓ 21/11/2022: Padrão de marcha ineficaz com uma canadiana e já com capacidade para subir e descer 5 conjuntos de 6 lançis.

<u>Diagnóstico de Enfermagem:</u> Autocuidado comprometido
<u>Resultado de Enfermagem:</u> Aumentar a participação nos autocuidados;
<u>Intervenções de Enfermagem:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar SrªM. e cuidador na realização de posicionamentos e transferências • Realizar treino de AVD – não se fez, mas incentivou-se para a realização de: banho, vestir e despir, higiene pessoal, uso do sanitário • Promover a readaptação funcional
<u>Avaliações:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 29/09/2022: incapaz de se transferir sem ajuda de terceiros; ✓ 13/10/2022: Capaz de se transferir somente com ajuda de dispositivo auxiliar de marcha (andariño); ✓ 3/11/2022: Capaz de se autotransferir sem recurso a dispositivos ou apoio de terceiros.

<u>Diagnóstico de Enfermagem:</u> Risco de Queda
<u>Resultado de Enfermagem:</u> Diminuir risco de queda e promover ambiente seguro
<u>Intervenções de Enfermagem:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de Queda através de escala de Morse; • Avaliar os pavimentos e superfícies; • Remover tapetes; • Utilizar calçado e roupa adequada; • Utilizar materiais de apoio como alçador de sanita, barras fixas e cadeira sanitária; • Não foi possível adequar a altura da cama, nem a colocação de grades.
<u>Avaliações:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 29/09/2022: Baixo risco de Queda, com score 40 ✓ 21/11/2022: Alto risco de Queda, com score 65.

<u>Diagnóstico de Enfermagem:</u> Risco de úlcera por pressão
<u>Resultado de Enfermagem:</u> Diminuir risco de formação de úlcera por pressão
<u>Intervenções de Enfermagem:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de úlcera por pressão com recurso a escala de Braden; • Avaliar as características da pele; • Incentivar o alívio de zonas de pressão e hidratação cutânea; • Posicionar a cliente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Manter extensão da articulação do Joelho; ◦ No decúbito dorsal colocar almofada na região aquiliana. Não colocar almofada na região poplíteia; ◦ No decúbito lateral para lado operado, com membro em extensão; • Assistir na realização dos posicionamentos; • Incentivar o autoposicionamento; • Assistir no levante e transferências; • Incentivar a realização do levante e transferências com apoio do cuidador;
<u>Avaliações:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 29/09/2022: Alto risco de formação de úlcera por pressão, com score 16; ✓ 21/11/2022: Baixo risco de formação de úlcera por pressão, com score 22.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Duarte, A. (2020). Dupla fratura periprotésica femoral distal: um caso clínico. (Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Alencar, P., Bortoli, G., Vieira, I. & Uliana, C (2010). Fraturas periprotéticas em artroplastia total de joelho. *Revista Brasileira Ortopedia*. 45(3):230-5.
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016) CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA. LUSODIDATA: Loures
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer sobre atividades de vida diária. MCEER (nº12 de 18/09/2010)
- Petronilho, F. (2012) AUTOCUIDADO: CONCEITO CENTRAL DA ENFERMAGEM. Coimbra: Formasau.

APÊNDICE II: Estudo de Caso 2

13º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso em contexto hospitalar

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa pós Acidente Vascular Cerebral Isquémico

Discente: Miriam Filipa Verga Chaparro nº 6392
Professor Orientador: Miguel Serra



SUMÁRIO



- Colheita de dados
- Avaliação pelo enfermeiro de Reabilitação
- Plano de Cuidados
- Considerações Finais

COLHEITA DE DADOS



Identificação:



Nome: J.H.B

Idade: 68 anos

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casado

Ocupação: Reformado

Agregado Familiar: Esposa e filha

3

COLHEITA DE DADOS



Antecedentes pessoais de saúde

- Hipertensão Arterial;
- Diabetes Mellitus 2 não insulino**tr**atado;
- Obesidade;
- Ex-fumador (há cerca de 7 anos).



Medicação Habitual:

- Nifedipina 30 mg PO 1x dia;
- Metformina 500mg PO 3xdia;

4

COLHEITA DE DADOS



História de Doença atual

3/1

Diminuição da força do hemicorpo esquerdo e desequilíbrio

TAC CE: lesão isquêmica recente na ACM direita

5/1

Transferido para U-AVC HVFX

11/1 e 19/1

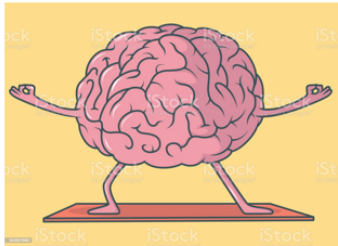
Avaliação enfermagem de Reabilitação



5

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. Avaliação Neurológica

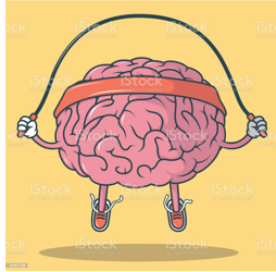


- Vígil, orientado no tempo espaço e pessoa;
- Discurso coerente e fluente;
- Cumpre ordens simples e complexas;
- Capacidade de nomear e repetir mantida;
- Com apagamento do sulco nasogeniano esquerdo, mas sem desvio da comissura labial, sem desvio da língua e sem desvio da úvula;
- Sem disfagia (segundo escala de GUSS);
- Sem desvio do olhar, pupilas isocóricas e isoreativas, sem hemianopsia presente e sem extinção visual;
- Sem hipostesia e/ou hipoalgesia e sem extinção da sensibilidade tátil ou dolorosa.

6

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2. Avaliação Física



- Pele e mucosas íntegras, coradas e hidratadas;
- Sem presença de edema;
- Abdômen mole e depressível, sem dor à palpação;
- Sem cansaço em repouso ou em esforço;
- **Sinais vitais:**
 - Tensão Arterial 131/93 mmHg
 - Frequência cardíaca 84 bpm
 - Temperatura timpânica 36.3°
 - Frequência respiratória 18 cym
 - Saturação periférica de oxigênio 98% em ar ambiente
 - Dor 0

7

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3. Motricidade



Coordenação:

- Avaliação dedo nariz: sem dismetria ou ataxia;
- Avaliação braços estendidos: sem alterações;
- Avaliação Mingazzini: alteração à esquerda;
- Avaliação de Barré: sem alterações;
- Avaliação calcanhar- joelho: alteração à esquerda.

Força Muscular (Medical Research Council):

- Membro superior direito: 5/5
- Membro superior esquerdo: 4/5
- Membro inferior direito: 5/5
- Membro inferior esquerdo: 3/5

8

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3. Motricidade



Espasticidade (Escala Modificada de Ashworth):

- Grau 0: sem aumento do tónus muscular

Equilíbrio (Escala de Tinetti):

- Estático mantido na posição de sentado e ortoestatismo;
- Dinâmico alterado em ortoestatismo.
- Valor: 12/16 (2+2+2+1+1+1+1+0+2)

Marcha (Escala de Tinetti):

- Diminuição da velocidade, aumento da base de sustentação, com diminuição da passada, com alteração dos pontos de apoio do pé;
- Diminuição do movimento dorsi-flexão tornozelo e flexor do joelho esquerdo;
- Sem desvio tronco;
- Valor: 6/12 (1+1+1+0+0+0+0+1+2+0)

9

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

4. Autocuidado

Avaliação dos Requisitos Universais: manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso comprometido



Avaliação das Atividades de Vida diária:
Índice de Barthel – score 90

Alimentação: independente (10)	Mobilidade: ajuda parcial (10)
Transferências: independente (15)	Subir e Descer escadas: ajuda parcial (5)
Arranjar-se: independente (5)	Vestir: independente (10)
Utilização do WC: independente (10)	Controlo Intestinal: continente (10)
Banho : independente (5)	Controlo Vesical: continente (10)



10

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

5. Diagnósticos de enfermagem

Diminuição força muscular

Mobilidade comprometida

Equilíbrio comprometido

Marcha Ineficaz

Autocuidado comprometido

Risco de Queda elevado

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções:	Avaliações
Mobilidade comprometida no <u>hemicorpo</u> esquerdo	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para se mobilizar; - Aumento da força <u>hemicorpo</u> esquerdo; - Adesão e cumprimento do plano de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular através da MRC; • Executar exercícios musculares (mobilizações ativas/assistidas → ativas com resistência) nos membros inferiores e superiores <ul style="list-style-type: none"> o Mobilizações ativas da articulação tibiotársica, do joelho, do cotovelo e escapulo-umeral; • Realização de exercícios terapêuticos (rolar na cama, realização da ponte, facilitação cruzada, <u>auto-</u> mobilizações); • Utilização de pedaleira; • Realização de terapia por restrição do movimento; • Realização de exercícios de motricidade da mão e dedos, com uso de bolas, molas, copos e pins; • Assistir na realização dos exercícios supracitados; • Ajustar o plano ao longo do tempo consoante capacidades e ganhos. 	19/1: Ganhos de força no <u>hemicorpo</u> esquerdo, melhoria da <u>motricidade fina</u> na mão esquerda

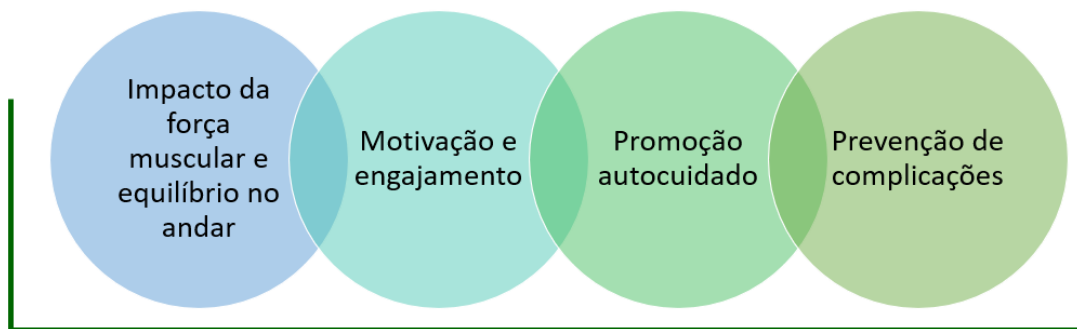
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções:	Avaliações
Equilíbrio comprometido	Melhoria do equilíbrio dinâmico	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o equilíbrio através da escala de Tinetti; Educar sobre noções de equilíbrio (a linha média, base de sustentação e o centro da gravidade/equilíbrio) Promover exercícios de elevação da cintura pélvica (ex. ponte); Incentivar treino de transferências Realizar exercícios de sentar/levantar da cama e/ou cadeira; Assistir na realização dos exercícios supracitados, se necessário; Reajustar posicionamento corporal; Incentivar à realização dos exercícios em duas séries de 10 repetições 2x dia 7dias/semana, mediante tolerância; Reavaliar a realização dos exercícios; Ajustar o plano ao longo do tempo consoante capacidades e ganhos. 	19/1: melhoria do equilíbrio

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções:	Avaliações
Marcha ineficaz	Marcha eficaz com uso adequado Dispositivo Auxiliar de Marcha	<ul style="list-style-type: none"> Executar mobilizações ativas dos membros superiores (flexão-extensão cotovelo; flexão-extensão escapulo-umeral); Executar exercícios de correção postural com recurso a bastão e espelho; Avaliar da marcha; através da velocidade, cadência, amplitude da passada, colocação do pé e pontos de apoio e escala de Tinetti; Identificar o conhecimento da cliente sobre a utilização de auxiliares de marcha; Adequar as características do dispositivo auxiliar de marcha Instruir a andar com bengala; Treinar o uso de escadas - subir e descer escadas; Assistir na realização dos exercícios supracitados; Incentivar à realização dos exercícios em duas séries de 10 repetições 2x dia 7dias/semana, se tolerância; Reavaliar a realização dos exercícios; Ajustar o plano ao longo do tempo consoante capacidades e ganhos. 	19/1: Padrão de marcha eficaz com recurso a bengala

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Sucesso intervenção de reabilitação

13º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso em contexto hospitalar

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa pós Acidente Vascular Cerebral Isquémico

Discente: Miriam Filipa Verga Chaparro nº 6392
Professor Orientador: Miguel Serra

APÊNDICE III: Póster apresentado no 2º Webinar “Enfermagem de Reabilitação: da Formação à Prática Baseada na Evidência”

IMPACTO DOS CUIDADOS RESPIRATÓRIOS PRESTADOS PELO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM NEOPLASIA DO PULMÃO

Autores: Ana Rita Vieira Diniz Gil Antunes; Marcos António Torgal Martins; Miriam Filipa Verga Chaparro¹; José Carlos Magalhães²
1- Enfermeiros - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2- Professor - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1. INTRODUÇÃO

6ª causa de morte mundial e a 4ª em Portugal.

Sintomatologia

Respiratórios: Tosse, expetoração, Hemoptises, Dispneia, Toracalgia

Outros: Dor osteoarticular muscular, Rouquidão, Parestesias, Fadiga, Astenia, depressão, Ansiedade, perda do autocontrolo e de confiança.



Tratamento

1ª Linha:
Cirurgia
2ª Linha:
Quimioterapia,
Radioterapia,
Imunoterapia.

Cuidados Paliativos

EEER

Cuidados pré-operatórios; controlo da dispneia; Técnicas de Expansão Torácica; Tosse Assistida; Respiração Diafragmática; Exercícios de respiração segmentares.

2. OBJETIVOS

GERAL: Impacto dos cuidados respiratórios prestados pelo enfermeiro de reabilitação à pessoa com neoplasia do pulmão.

ESPECÍFICOS:

- Identificar os cuidados respiratórios realizados à pessoa com neoplasia do pulmão;
- Perceber o impacto dos cuidados respiratórios realizados à pessoa com neoplasia do pulmão;
- Comprovar o papel do EEER na prestação de cuidados respiratórios à pessoa com neoplasia do pulmão.

3. METODOLOGIA

- Qual o impacto dos cuidados respiratórios prestados à pessoa com neoplasia do pulmão?

População	Intervenção	Comparação	Outcomes
Pessoa com neoplasia do pulmão	Cuidados respiratórios	Se existir	Impacto da intervenção

Fórmula de pesquisa:

- **MEDLINE Complete:** Lung Neoplasms AND (Respiratory Therapy OR Respiratory Care Practice OR Rehabilitation, Pulmonary)
- **CINAHL Complete:** Lung Neoplasms AND (Respiratory Therapy OR Rehabilitation)

4. RESULTADOS

3,4,5,6,12

IDENTIFICAÇÃO

- **MEDLINE Complete** (N= 51)
- **CINAHL Complete** (N= 54)

RASTREIO

15

N= 9

Após exclusão de estudos que não tenham o idioma: português, inglês; acesso Integral; publicados entre 2012 e 2022; que não cumpram com os critérios de inclusão: Analisados por título e resumo e duplicados

INCLUSÃO

N= 5 Após leitura integral

IMPACTO DOS CUIDADOS RESPIRATÓRIOS

Diminuição dos sintomas;
Manutenção da capacidade funcional respiratória;
Melhor tolerância ao esforço;
Diminuição do tempo de internamento;
Diminuição dos custos hospitalares;
Diminuição complicações pós-operatórias;

5. CONCLUSÃO

3,4,5,6,7,8,12

Impacto positivo dos cuidados respiratórios à pessoa com Neoplasia Pulmonar.

Limitações:

- Amostra reduzida de estudos;
- Estudos centrados na área cirúrgica.

- Ultrapassar a "prescrição" dos exercícios respiratórios;
- Avaliação e atuação multidimensional (Fatores emocionais, psicológicos e sociais);
- Importância equilíbrio proteico e alimentar;
- Exercício físico;
- Capacitação e Motivação;
- Autoeficácia;
- Mudanças comportamentais;

Cuidados Respiratórios dos estudos entram no leque abrangido no domínio de competências do EEER.

Descritores:

Reabilitação Pulmonar;
Cuidados Respiratórios; Enfermagem de Reabilitação; Neoplasia do Pulmão.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ANEXOS

**ANEXO I: Certificado de participação curso online “Angels
Initiative: Hyper Acute Phase”**

ANGELS INITIATIVE



HYPER ACUTE PHASE ONLINE COURSE

THIS IS TO CERTIFY THAT

Miriam Chaparro

NAME

08/10/2022

DATE

SUCCESSFULLY COMPLETED
THE E-LEARNING COURSE

JAN VAN DER MERWE
Angels Project Lead

THOMAS FISCHER
Angels Project Lead

LET'S CONTINUE TO WORK TOGETHER EVERY
DAY TO SAVE **100,000 lives***

* Death and
disability

angels 
LEAVE YOUR LEGACY

**ANEXO II: Certificado de participação curso online “Angels
Initiative: NIHSS”**

ANGELS INITIATIVE



NIHSS EVALUATION ONLINE COURSE

THIS IS TO CERTIFY THAT

Miriam Chaparro

NAME

08/10/2022

DATE

SUCCESSFULLY COMPLETED
THE E-LEARNING COURSE

A blue ink signature of Jan van der Merwe, consisting of a large, stylized 'J' and 'M'.

JAN VAN DER MERWE
Angels Project Lead

A blue ink signature of Thomas Fischer, written in a cursive style.

THOMAS FISCHER
Angels Project Lead

LET'S CONTINUE TO WORK TOGETHER EVERY
DAY TO SAVE 100,000 *lives*.*

* Death and
disability

angels 
LEAVE YOUR LEGACY

**ANEXO III: Certificado de participação curso online “Angels
Initiative: NIHSS second evaluation”**

ANGELS INITIATIVE



NIHSS SECOND EVALUATION ONLINE COURSE

THIS IS TO CERTIFY THAT

Miriam Chaparro

NAME

12/10/2022

DATE

SUCCESSFULLY COMPLETED
THE E-LEARNING COURSE

JAN VAN DER MERWE
Angels Project Lead

THOMAS FISCHER
Angels Project Lead

LET'S CONTINUE TO WORK TOGETHER EVERY
DAY TO SAVE 100,000 *lives*.

*Death and
disability

angels 
LEAVE YOUR LEGACY

**ANEXO IV: Certificado de participação curso online “Angels
Initiative: post acute phase for nurses”**

ANGELS INITIATIVE



POST ACUTE PHASE FOR NURSES ONLINE COURSE

THIS IS TO CERTIFY THAT

Miriam Chaparro

NAME

08/10/2022

DATE

SUCCESSFULLY COMPLETED
THE E-LEARNING COURSE

JAN VAN DER MERWE
Angels Project Lead

THOMAS FISCHER
Angels Project Lead

LET'S CONTINUE TO WORK TOGETHER EVERY
DAY TO SAVE 100,000 *lives*.*

* Death and
disability



**ANEXO V: Certificado de participação 1º Congresso do Colégio
da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MIRIAM FILIPA VERGA CHAPARRO

membro nº **92549** desta Ordem, participou no(a) "**I Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**", realizado de **18 de Outubro de 2022 a 19 de Outubro de 2022**, com duração total de **11 horas**, no(a) **Centro de Congressos do LNEC**.

Lisboa, 19 de Outubro de 2022

P¹ª Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,80** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho da Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos