

REABILITAÇÃO

*NÔMADES em busca de SENTIDO
para o CUIDADO da
PESSOA COM DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA*

Organizadores:

Nébia Maria A. de Figueiredo

William César A. Machado

Maria Manuela Martins



CAPÍTULO IX

A LONGA TRANSIÇÃO DO CLIENTE COM AVC SUSTENTADA NO REFERENCIAL TEÓRICO DE MELEIS

Maria Manuela Martins

Ana Conceição Alves Faria

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro

Maria Clara Duarte Monteiro

Maria Gorete Mendonça dos Reis

Este capítulo trata não apenas de uma questão particular, mas de uma prática de cuidados para clientes com AVE (AVC) ancorada em teórica de enfermagem Afaf Meleis, desde os processos patológicos até as diversas propriedades da transição aos diagnósticos de enfermagem.

Introdução

Os Enfermeiros na sua prática de cuidados, procuram ao longo do ciclo vital das pessoas prevenir a doença e promover processos de readaptação para uma autonomia, enquanto pessoas, procuram a satisfação das necessidades humanas básicas fundamentais e a máxima independência nas atividades de vida diária e autocuidados, assim como a adaptação funcional aos défices e a múltiplos fatores, tendo por isso um papel preponderante junto das pessoas que transitam da autonomia e independência para a dependência após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), 15 milhões de pessoas sofrem AVC em todo o mundo a cada ano, e, destes, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam permanentemente incapacitados. A dependência limita a pessoa na realização das AVD, no seu papel familiar, na participação social e laboral e, conseqüentemente piora a sua qualidade de vida (SCALZO, 2010). Deste modo, as pessoas com AVC que

transitam da autonomia/ independência para a dependência são alvo dos cuidados de Enfermagem.

Na fase aguda do AVC, é preocupação dos Enfermeiros prevenir a recorrência de AVC; monitorizar os sinais vitais; avaliar a consciência, a orientação, os défices motores e sensitivos da pessoa; efetuar posicionamentos terapêuticos e mobilizações no leito de modo a evitar o padrão espástico que ocorre após o AVC. Recordemos que o padrão espástico é uma postura adotado por falta de controlo cortical que, na fase de recuperação, dificulta a realização dos autocuidados e atividades de vida diária, devido a um desenvolvimento acentuado dos músculos flexores do membro superior (os mais fortes) e os extensores dos membros inferiores associados a uma manifestação de espasticidade. Após esta fase, o Enfermeiro de Reabilitação dota a pessoa e a sua família de competências que lhes permitam reconstruir o dia a dia mantendo qualidade de vida, autonomia e independência dentro da nova condição de saúde.

As sequelas do AVC mais evidentes, são os défices físicos e cognitivos, no entanto outras como a redução da capacidade de resistência ao esforço, as consequências de imobilidade, a perda de habilidades para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, de lazer ou trabalho são um conjunto de défices com um impacto muito elevado na funcionalidade e nos resultados obtidos com a reabilitação (Ramas, 2007).

Estas alterações modificam as condições de vida da pessoa, da sua família, alterando os papéis pessoais, familiares, sociais e profissionais do doente. A doença e a dependência agravam a situação financeira e provocam a sobrecarga dos vários elementos da família. Para além disso dificultam o bem-estar, vivenciando a pessoa sentimentos que vão desde a motivação, coragem e fé à apatia, sofrimento, depressão, vergonha, culpa e remorsos.

Perante tais mudanças, a pessoa doente e a sua família têm que aprender a viver com as novas condições e conhecer estratégias que permitam readaptar-se. As dificuldades de adaptação a uma mudança tão súbita fazem com que os profissionais de saúde, em particular os Enfermeiros, se preocupem em ajudar a pessoa a restabelecer a sua independência preservando a sua autonomia e a respetiva família na vivência desta transição para uma vida diferente.

A preparação da alta e reintegração na comunidade é também fundamental na reabilitação da pessoa após AVC, permitindo adaptação à nova situação e um novo equilíbrio de papéis (MARKLE-REID et al., 2011).

Partindo do interesse em compreender e analisar o processo de transição das pessoas que vivenciam a dependência após AVC, exploramos o processo patológico da pessoa com AVC, seguidamente descrevemos um caso clínico duma pessoa com AVC, desde a avaliação inicial até ao plano de cuidados e por fim analisamos o papel dos Enfermeiros na facilitação deste processo de transição.

Do processo patológico à situação da pessoa com AVC

A pessoa com AVC tem manifestações muito deferentes conforme a área cerebral atingida, além da forma única como vai vivenciar a doença daí que, seja fundamental para os cuidados de enfermagem compreender com alguma profundidade o processo patológico, só assim poderá fazer evoluir a sua intervenção em cada pessoa que cuida.

Etiologia

O AVC define-se como um evento neurológico agudo que resulta de uma doença cardiovascular e que conduz ao aparecimento de sequelas observáveis que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte (OMS, 2009). É provocada por uma interrupção no suprimento de sangue ao cérebro e ocorre quando uma artéria que fornece sangue a uma região cerebral fica bloqueada ou se rompe.

O AVC é uma das principais causas de morte, morbilidade e de potenciais anos de vida perdidos no conjunto das doenças cardiovasculares, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (GUO et al., 2010).

As classificações tipológicas dos AVC's não são unânimes, no entanto, as mais utilizadas baseiam-se no critério etiológico, classificando-se em isquémicos ou hemorrágicos. Segundo a European Stroke Initiative (EUSI, 2003), a nível mundial, cerca de 75% dos AVC's são isquémicos e 25 % são hemorrágicos.

Quadro 1 – Classificação dos AVC's

TIPOS DE AVC	SUBTIPOS DE AVC
Isquêmico	Lacunar Trombótico Embólico
Hemorrágico	Intracerebral Subaracnoide

O sintoma mais associado à distinção entre um AVC hemorrágico e isquêmico é a ocorrência, no primeiro, de uma dor de cabeça forte e repentina. Todos os outros sintomas (fraqueza motora, ataxia, perda sensorial, alteração da acuidade visual e da percepção visuoespacial, alterações ao nível da linguagem e da produção de discurso, défices cognitivos e défices comportamentais) poderão ocorrer em ambos os tipos de AVC's (SILVERMAN et al., 2011).

Sequelas

A alteração neurológica resultante do AVC não tem a ver com o tipo de AVC, mas com o local da lesão vascular do cérebro, o tamanho da lesão e a lateralidade afetada. No entanto, alguns sintomas são frequentemente encontrados, tais como: diminuição de força e/ou sensibilidade contralateral, afasia, apraxia, disartria, hemianopsia parcial ou completa, alteração de consciência e confusão, diplopia, vertigem, nistagmo e ataxia (EUSI, 2003)

As alterações podem ser singulares, múltiplas ou difusas e podem também envolver perda de funções motoras, sensitivas, visuais, assim como nas funções de percepção e da linguagem, e podem ser tão leves, como por exemplo um adormecimento de uma parte do corpo, que se tornam insuficientes para perturbar as atividades do indivíduo ou, tão graves que conduzem a um estado de inconsciência total (MARTINS, 2002).

O vaso mais frequentemente afetado é a artéria cerebral, seguindo-se-lhe com maior regularidade a carótida interna, sendo os outros vasos mais raramente afetados (MARTINS, 2006). Conforme a área afetada, o doente apresenta diferentes sequelas (Quadro 2).

Quadro 2 – Territórios vasculares e sequelas após AVC

TERRITÓRIO CAROTÍDEO	TERRITÓRIO VERTEBRO-BASILAR
<p>Artéria central da retina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cegueira ipsilateral • Amaurose fugaz ipsilateral 	<p>Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos</p> <p>Os quadros são múltiplos, dependendo das combinações das zonas afetadas. Sintomas e sinais mais frequentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desequilíbrio, ataxia • Nistagmo • Diplopia, paresia dos movimentos oculares conjugados • Disartria • Disfagia, soluços • Coma • Síndromas alternas (paresia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparesia e/ou hemihipostesia contralateral) • Paresias e/ou alterações de sensibilidade
<p>Artéria cerebral anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome frontal • Parésia do membro inferior contra lateral • Afasia transcortical (hemisfério esquerdo) 	
<p>Artéria coroideia anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemiparesia contralateral • Hemihipostesia contralateral • Hemianopsia contralateral 	
<p>Artéria cerebral média</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Todo o território:</u> hemiparesia contralateral, de predomínio braquifacial, afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia. • <u>Ramos ântero-superiores:</u> hemiparesia contra lateral, de predomínio braquifacial, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito). • <u>Ramos póstero-inferiores:</u> afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito) e quadrantanopsia contralateral. • <u>Ramos profundos:</u> hemiparesia contralateral e Hemihipostesia contralateral. 	<p>Artéria cerebral posterior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemianopsia contralateral • Hemihipostesia contralateral • Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo) • Agnosia para cores (hemisfério esquerdo) • Agnosia visual (hemisfério esquerdo) • Prosopagnosia (hemisfério direito)

Fonte: Ferro; Pimentel, 2006, p. 81.

A dependência após AVC restringe a pessoa desde os autocuidados mais simples até às tarefas complexas para além da fase aguda. A paralisia dos músculos, a rigidez das partes do corpo afetadas, a perda da mobilidade das articulações, as dores difusas, os problemas de memória, as dificuldades

na comunicação oral e escrita e as incapacidades sensoriais comprometem várias atividades do quotidiano da pessoa (ANDRADE et al., 2009).

Porém, se é verdade que as células cerebrais que perdem o fornecimento de oxigénio e nutrientes podem deixar de trabalhar temporariamente ou morrer, é igualmente verdade que existem muitas células remanescentes, pelo que, se a pessoa for reabilitada logo que seja possível após o AVC, muitos dos movimentos perdidos podem ser recuperados (STOKES, 2004).

Rabelo e Neri (2006) acrescentam que, na maioria das situações, as sequelas do AVC implicam algum grau de dependência, afastando a pessoa de alguns papéis relevantes para si e modificando a vida da sua família para que lhe preste cuidados e para que se encarregue de tarefas antes realizadas por si, despertando por vezes sensação de perda da sua identidade e autonomia. Por isso, cabe aos Enfermeiros facilitar a vivência deste processo de transição.

Processo de enfermagem

O enfermeiro na sua prática de cuidados diagnóstica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de cuidados fundamentado em parceria com a pessoa doente e família (OE, 2012).

Assim será descrito um caso clínico e respetivo processo de enfermagem, de acordo com as necessidades da pessoa e sua família. Na avaliação inicial serão preenchidas escalas que facilitam a identificação dos diagnósticos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Caso Clínico

O Sr.M., previamente autónomo, foi trazido pela esposa ao Serviço de Urgência dum hospital do norte de Portugal por sonolência e diminuição da força muscular à esquerda, deixando cair objetos.

Foi observado, fez TC cerebral e foi-lhe diagnosticado AVC Hemorrágico. Apresentava hematoma lobar subcortical temporal à direita com discreto desvio da linha média. Ao exame neurológico, apresentava 15 na Escala de Coma de Glasgow, disartria, paresia facial inferior esquerda, paresia do membro superior e inferior esquerdo, desequilíbrio posterior e à esquerda e marcha do tipo ceifante. Apresenta-se com cabeça inclinada para a esquerda, ombro esquerdo com rotação interna, dedos da mão esquerda em

flexão, bacia em anteversão, coluna vertebral com denotação de hipercurvatura torácica e perna esquerda em extensão.

Esteve internado na Unidade de Cuidados Intensivos e de seguida foi transferido para o Serviço de Neurocirurgia. Por manter hipertensão intracraniana de difícil controlo foi efetuada Drenagem Ventricular Externa e craniectomia Descompressiva direita.

Tem como antecedentes HTA. Em relação ao processo familiar, o Sr. M vive com a esposa que está reformada, e tem 2 filhos que estudam na faculdade e vivem fora de casa. Tem uma relação muito próxima de amizade com alguns colegas professores na escola onde leciona, com quem mantém relações de convívio. Participa em atividades religiosas na paróquia que frequenta e em atividades comunitárias organizadas pela escola onde leciona. Apresenta ansiedade em recuperar, mas segundo o doente é uma ansiedade positiva, que lhe dá motivação e coragem. Também conta com apoio total da esposa, que está sempre presente nas horas de visita, mas está revoltada com esta situação de dependência do marido.

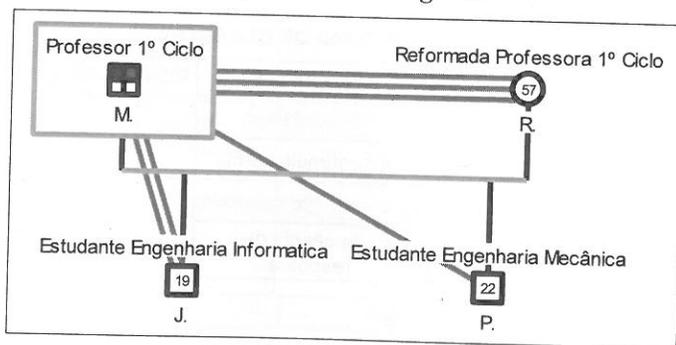
Avaliação Inicial

O Enfermeiro antes de elaborar um plano de cuidados efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem, e por isso faz a avaliação neurológica da pessoa e a avaliação do processo familiar.

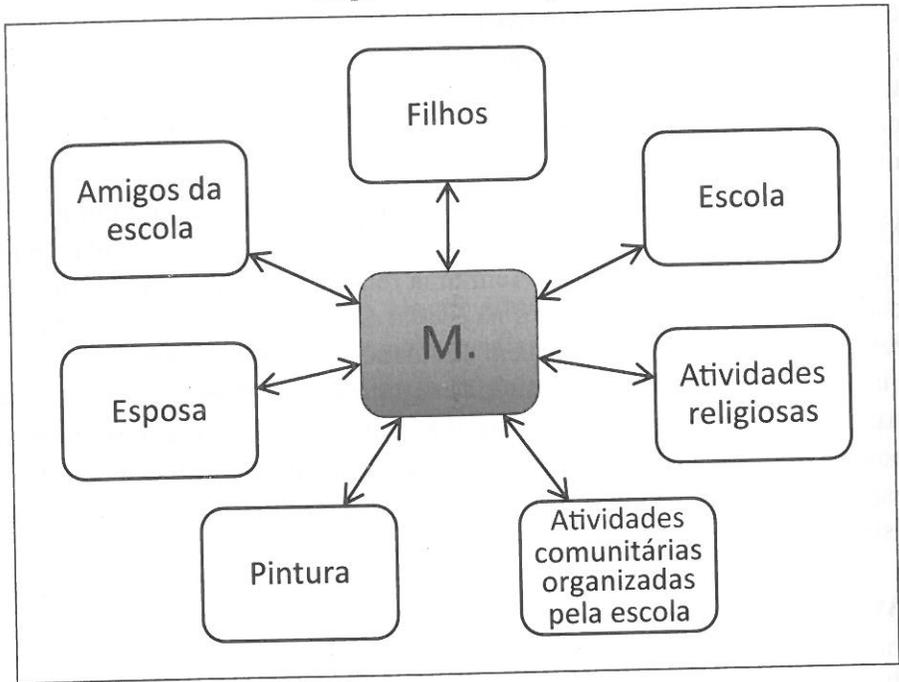
Avaliação do processo familiar

O Enfermeiro para avaliar o processo e dinâmica familiar utiliza dois esquemas: o Genograma e o Ecomapa, facilitando assim a elaboração do plano de cuidados.

Esquema 1 – Genograma



Esquema 2 – Ecomapa



Avaliação neurológica

A avaliação neurológica faz parte da avaliação inicial e para que seja completa, o Enfermeiro avalia a consciência da pessoa, os nervos cranianos, a função motora, o equilíbrio, o grau de dependência nos autocuidados, o risco de queda e de úlcera de pressão, a sensibilidade, o tipo de marcha, a capacidade de deglutição e comunicação, utilizando por vezes algumas escalas.

Quadro 3 – Avaliação do estado de consciência através da Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
PARÂMETROS	RESPOSTAS	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÃO
Abertura dos olhos	- Espontânea	4	4
	- Ao estímulo verbal	3	
	- Ao estímulo doloroso	2	
	- Ausência de resposta	1	

continua...

... continuação

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
PARÂMETROS	RESPOSTAS	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÃO
Melhor resposta verbal	- Orientada	5	5
	- Conversação confusa	4	
	- Palavras inapropriadas	3	
	- Sons incompreensíveis	2	
	- Ausência de resposta	1	
Melhor resposta motora	- Obedece a ordens	6	6
	- Localiza estímulos	5	
	- Movimento de retirada	4	
	- Flexão anormal	3	
	- Extensão anormal	2	
	- Ausência de resposta	1	
TOTAL			15

Quadro 4 – Avaliação do Risco de Queda através da Escala de Morse

ESCALA DE MORSE		
	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÃO
1. História de quedas; imediatas ou ocorridas no período de três meses	Não = 0	0
	Sim = 25	
2. Diagnóstico secundário	Não = 0	15
	Sim = 15	
3. Apoio para a deambulação	Nenhum/apoiado/acamado = 0	0
	Canadianas/bengala/ andarilho = 15	
	Apoia-se na mobília = 30	
4. EV/Uso de heparina	Não = 0	0
	Sim = 20	
5. Modo de andar/transferência	Normal/acamado/cadeira de rodas = 0	20
	Desequilíbrio fácil = 10	
	Défice de marcha = 20	
6. Estado mental	Consciente das suas limitações = 0	0
	Não consciente das suas limitações = 15	
TOTAL	Baixo risco de queda	35

Quadro 5 – Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão através da Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN	PONTUAÇÃO
Percepção sensorial – Capacidade de reação significativa ao desconforto	4
Humidade– Nível de exposição da pele à humidade	4
Atividade– Nível de atividade física	3
Mobilidade – Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	3
Nutrição– Alimentação habitual	4
Fricção e forças de deslizamento	2
TOTAL– Baixo risco de úlcera de pressão	20

Quadro 6 – Avaliação dos Nervos cranianos

AVALIAÇÃO DOS NERVOS CRANIANOS	
NERVOS CRANIANOS	ALTERAÇÕES
I – OLFATIVO	– Consegue distinguir cheiros
II – ÓTICO	– Pupilas: fotorreativas, isocóricas – Usa óculos
III – OCULOMOTOR	– Sem alterações dos movimentos oculares
IV – TROCLEAR	– Sem alterações dos movimentos oculares
V – TRIGÉMIO	– Sem alterações da sensibilidade da face – Reflexo córneo palpebral e esternutatório presente
VI – ABDUCENTE	– Sem alterações dos movimentos oculares
VII – FACIAL	– Desvio da comissura labial à direita – Apagamento do sulco labial esquerdo – Paralisia lábio inferior – Mimica facial comprometida à esquerda
VIII – VESTIBULOCOCLEAR	– Sem alterações da acuidade auditiva – Apresenta desequilíbrio posterior e à esquerda
IX – GLOSSOFARÍNGEO	– Sem alterações da mastigação – Reflexo de vômito presente – Sem alteração do paladar
X – VAGO	– Sem alterações da mastigação – Reflexo de vômito presente – Sem alteração do paladar
XI – ACESSÓRIO	– Apresenta dificuldade em elevar esternocleidomastoideu e trapézio à esquerda
XII – HIPOGLOSSO	– Ligeiro desvio da língua à direita

Quadro 7 – Avaliação do Grau de Dependência nos autocuidados através da Escala de Barthel

ESCALA DE BARTHEL			
AUTOCUIDADO	CATEGORIAS	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10	5
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca etc.)	5	
	Dependente	0	
VESTIR	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos etc.)	10	0
	Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5	
	Dependente	0	
BANHO	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5	0
	Dependente	0	
HIGIENE CORPORAL	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5	5
	Dependente	0	
USO DA CASA DE BANHO	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10	5
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5	
	Dependente	0	
CONTROLE INTESTINAL	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de ajuda para enemas ou microlax, fá-lo sozinho)	10	10
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajudas para enemas e microlax)	5	
	Incontinente fecal	0	
CONTROLO VESICAL	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10	10
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5	
	Incontinente ou algaliado	0	

continua ...

... continuação

ESCALA DE BARTHEL			
AUTOCUIDADO	CATEGORIAS	PONTUAÇÃO	AValiaÇÃO
SUBIR ESCADAS	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10	0
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5	
	Dependente	0	
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15	0
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10	
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5	
	Dependente	0	
DEAMBU-LAÇÃO	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andariho, canadianas...)	15	5
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10	
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5	
	Dependente	0	
TOTAL: 40 – Moderadamente dependente			40

Quadro 8 – Avaliação Motora através Escala de Força Muscular de Council e Escala de Espasticidade de Asworth

AVALIAÇÃO MOTORA						
SEGMENTOS	FORÇA MUSCULAR <i>Escala de força muscular Council</i>			ESPASTICIDADE <i>Escala de Ashworth modificada</i>		
		D	E		D	E
CABEÇA	Flexão	5	5	Flexão	0	0
	Extensão	5	5	Extensão	0	0
	Flexão lateral esquerda	5	5	Flexão lateral esquerda	0	0
	Flexão lateral direita	5	5	Flexão lateral direita	0	0
	Rotação	5	5	Rotação	0	0

continua ...

... continuação

AVALIAÇÃO MOTORA						
SEGMENTOS	FORÇA MUSCULAR <i>Escala de força muscular Council</i>			ESPASTICIDADE <i>Escala de Ashworth modificada</i>		
		D	E		D	E
ESCAPULO-UMERAL	Flexão	5	2	Flexão	0	1
	Extensão	5	4	Extensão	0	0
	Adução	5	4	Adução	0	0
	Abdução	5	2	Abdução	0	1
	Rotação interna	5	4	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	5	2	Rotação externa	0	1
COTOVELO	Flexão	5	3	Flexão	0	0
	Extensão	5	5	Extensão	0	0
ANTEBRAÇO	Pronação	5	3	Pronação	0	0
	Supinação	5	5	Supinação	0	0
PUNHO	Flexão palmar	5	3	Flexão palmar	0	0
	Dorsiflexão	5	3	Dorsiflexão	0	0
	Desvio radial	5	3	Desvio radial	0	0
	Desvio cubital	5	3	Desvio cubital	0	0
	Circundação	5	3	Circundação	0	0
DEDOS	Flexão	5	3	Flexão	0	0
	Extensão	5	3	Extensão	0	0
	Adução	5	3	Adução	0	0
	Abdução	5	3	Abdução	0	0
	Oponência do polegar	5	3	Oponência do polegar	0	0
COXO FEMURAL	Flexão	5	3	Flexão	0	0
	Extensão	5	4	Extensão	0	0
	Adução	5	3	Adução	0	0
	Abdução	5	4	Abdução	0	0
	Rotação interna	5	3	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	5	4	Rotação externa	0	0
JOELHO	Flexão	5	3	Flexão	0	0
	Extensão	5	4	Extensão	0	0
TÍBIO TÁRSICA	Flexão plantar	5	4	Flexão plantar	0	0
	Flexão dorsal	5	4	Flexão dorsal	0	0
	Inversão	5	4	Inversão	0	0
	Eversão	5	4	Eversão	0	0

continua ...

... continuação

AVALIAÇÃO MOTORA						
SEGMENTOS	FORÇA MUSCULAR <i>Escala de força muscular Council</i>			ESPASTICIDADE <i>Escala de Ashworth modificada</i>		
		D	E		D	E
DEDOS	Flexão	5	4	Flexão	0	0
	Extensão	5	4	Extensão	0	0
	Adução	5	4	Adução	0	0
	Abdução	5	4	Abdução	0	0

Quadro 9 – Avaliação da Sensibilidade

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE				
TIPO DE SENSIBILIDADES	MSD	MSE	MID	MIE
Tátil	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações
Térmica	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações
Dolorosa	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações
Propriocetiva postural	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações
Vibratória	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações

Quadro 10 – Avaliação do Equilíbrio e da Marcha através do Índice de Tinetti

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO			
CATEGORIAS	RESULTADO	SCORE	AVALIAÇÃO
1. EQUILÍBRIO SENTADO	Escorrega	0	0
	Equilibrado	1	
2. LEVANTAR-SE	Incapaz	0	0
	Capaz, usando os braços	1	
	Capaz sem os braços	2	
3. TENTATIVAS PARA SE LEVANTAR	Incapaz	0	0
	Mais de uma tentativa	1	
	Uma única tentativa	2	

continua ...

... continuação

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO			
CATEGORIAS	RESULTADO	SCORE	AVALIAÇÃO
4. EQUILÍBRIO DE PÉ IMEDIATO (1ºs 5 segundos)	Desequilibrado	0	1
	Equilibrado, mas com apoio externo	1	
	Equilibrado, mas sem apoio externo	2	
5. EQUILÍBRIO DE PÉ	Desequilibrado	0	1
	Equilibrado, mas com base de apoio ≥ 12 cm ou uso de apoio externo	1	
	Equilibrado com base diminuída e sem apoio externo	2	
6. TESTE DOS 3 TEMPOS (Utente na posição de pé com os pés juntos; o examinador empurra suavemente o utente à altura do esterno com a palma da mão, 3 vezes seguidas)	Começa a cair	0	0
	Cambaleia ou agarra	1	
	Equilibrado	2	
7. OLHOS FECHADOS (teste de Romberg)	Desequilibrado, instável	0	0
	Equilibrado	1	
8. GIRANDO 360°	Passos descontínuos	0	0
	Passos contínuos	1	
	Instável com desequilíbrios	0	
	Estável e equilibrado	1	
9. SENTAR-SE	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira)	0	1
	Usa os braços ou movimentos abruptos	1	
	Seguro com movimentos suaves	2	
TOTAL			3
AVALIAÇÃO DA MARCHA			
CATEGORIAS	RESULTADO	SCORE	AVALIAÇÃO
10. INÍCIO DA MARCHA	Iniciação ou várias tentativas para iniciar	0	0
	Sem hesitação	1	

continua ...

... continuação

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO				
CATEGORIAS	RESULTADO	SCORE	AVALIAÇÃO	
11. COMPRIMENTO E ALTURA DOS PASSOS	a) Pé direito – não ultrapassa o pé esquerdo	0	1	
	– ultrapassa o pé esquerdo	1		
	– não sai completamente do chão	0		
	– sai completamente do chão	1		
	b) Pé esquerdo – não ultrapassa o pé direito	– ultrapassa o pé direito	0	0
		– não sai completamente do chão	1	
		– sai completamente do chão	0	
		– sai completamente do chão	1	
12. SIMETRIA DOS PASSOS	Passos diferentes	0	0	
	Passos semelhantes	1		
13. CONTINUIDADE DOS PASSOS	Paradas ou passos descontínuos	0	0	
	Passos contínuos	1		
14. DIRECÇÃO	Desvio nítido	0	1	
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1		
	Linha reta sem apoio (bengala ou andarilho)	2		
15. TRONCO	Balanço grave ou uso de apoio	0	1	
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	1		
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	2		
16. DISTÂNCIA DOS TORNOZELOS	Tornozelos separados	0	0	
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1		
TOTAL			3	

Plano de cuidados

A partir dos dados da avaliação inicial do Sr. M., apresenta-se o plano de cuidados, partindo da classificação internacional para a prática de enfermagem.

Quadro 11 – Foco da prática de enfermagem – autocuidado: higiene

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – AUTOCUIDADO HIGIENE
<p><u>Dados relevantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Paresia do membro superior e inferior esquerdo; – Espasticidade nos flexores, abdutores e rotadores externos do ombro do braço esquerdo; – Doente inicia autocuidado higiene, mas necessita de assistência e orientação para completar o autocuidado.
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CAPACIDADE PARA AUTOCUIDADO HIGIENE dependente em grau elevado</p>
<p><u>Objetivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Aumentar a capacidade do doente para autocuidado higiene; – Diminuir ao grau de dependência.
<p><u>Intervenções de enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/ Instruir sobre o uso de estratégias adaptativas para o Autocuidado: higiene [para lavar os pés utilizar uma esponja de cabo comprido; para limpar os pés utilizar uma toalha comprida]; – Informar acerca de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene [tapetes antiderrapantes, cadeira para se sentar no poliban e barras laterais para que consiga sentar e levantar do poliban]; – Treinar as estratégias adaptativas para o Autocuidado: higiene.
<p><u>Resultados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Inicia a atividade com sucesso; – Executa a atividade na totalidade; – Demonstra aprendizagem de habilidades para o autocuidado higiene.

Quadro 12 – Foco da prática de enfermagem – autocuidado: uso do sanitário

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO
<p><u>Dados relevantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente necessita de ajuda no WC– não consegue sentar-se e levantar-se da sanita, limpar-se e descarregar autoclismo; – Doente com paresia e espasticidade dos músculos flexores, abdutores e rotadores externos do antebraço esquerdo e alteração do equilíbrio; – Doente desconhece estratégias adaptativas para se sentar e levantar da sanita.
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CAPACIDADE PARA AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO dependente em grau elevado</p>
<p><u>Objetivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Aumentar a capacidade do doente para autocuidado: uso do sanitário, de modo que consiga sentar-se na sanita, limpar-se, descarregar autoclismo; – Aumentar o conhecimento do doente; – Despertar doente para a existência de diversas ajudas técnicas; – Aumentar as habilidades do doente para autocuidado: uso do sanitário; – Diminuir ao grau de dependência.
<p><u>Intervenções de enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/ Instruir estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário [como sentar e levantar da sanita]; – Informar acerca de equipamento adaptativo para o autocuidado: uso do sanitário [barras laterais para que consiga sentar e levantar da sanita]; – Treinar estratégias adaptativas para o Autocuidado: uso do sanitário.
<p><u>Resultados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente colabora no autocuidado uso do sanitário, já se consegue limpar; – Doente aprendeu estratégias adaptativas e adquiriu habilidades para autocuidado: uso do sanitário; – Doente mantém o seu padrão de eliminação vesical e intestinal.

Quadro 13 – Foco da prática de enfermagem – autocuidado: vestuário

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – AUTOCUIDADO: VESTUÁRIO
<p>Dados relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente necessita de ajuda no autocuidado: vestuário– não consegue despir-se, nem vestir-se sozinho, nem calçar-se; – Doente com paresia e espasticidade dos músculos flexores, abdutores e rotadores externos do antebraço esquerdo e alteração do equilíbrio; – Doente não conhece estratégias adaptativas para autocuidado vestuário; – Doente sem habilidades adaptativas para autocuidado: vestuário.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CAPACIDADE PARA AUTOCUIDADO: VESTUÁRIO dependente em grau elevado
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Promover a independência do doente a vestir-se/ despir-se e calçar-se; – Aumentar o conhecimento do doente acerca de estratégias adaptativas para vestir/ despir e calçar-se/descalçar-se; – Despertar doente para a existência de diversas ajudas técnicas; – Aumentar as habilidades do doente para autocuidado: vestuário.
<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/ Instruir/ Treinar estratégias adaptativas [para vestir, despir e calçar]; – Informar/ Ensinar/Instruir/ Treinar acerca de equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário [pinças de cabo longo para vestir calças, cuecas e meias e, calçadeira de cabo longo para se calçar e descalçar]; – Informar vestuário/calçado adequado.
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente colabora no autocuidado: Vestuário. Consegue despir braço da roupa esquerdo e vestir braço da roupa direito; – Doente aprendeu estratégias adaptativas e adquiriu habilidades para autocuidado: Vestuário.

Quadro 14 – Foco da prática de enfermagem – autocuidado: alimentar-se

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE
<p>Dados relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente necessita de ajuda para se alimentar. Consegue segurar no garfo e no copo com braço direito, mas não consegue partir os alimentos; – Apresenta hemiparesia esquerda; – Doente desconhece técnicas sobre como alimentar-se e usar equipamento adaptativo; – Doente sem habilidades sobre como alimentar-se e usar equipamento adaptativo.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CAPACIDADE PARA AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE dependente em grau elevado
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Promover a independência do doente no autocuidado: alimentar-se; – Aumentar o conhecimento do doente sobre como alimentar-se; – Despertar doente para a existência de diversas ajudas técnicas; – Aumentar as habilidades do doente para autocuidado: alimentar-se.
<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/ Instruir/Treinar o doente para o posicionamento adequado para a alimentação; – Ensinar/ Instruir/Treinar estratégias adaptativas para fracionar alimentos [fixar o alimento antes de o fracionar]; – Informar/Instruir/Treinar acerca de equipamento adaptativo para fracionar alimentos mais duros [talheres de cabo grosso].
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente colabora no autocuidado alimentar-se. Consegue segurar no garfo e no copo com braço direito; – Aprendeu estratégias adaptativas e ficou sensibilizado acerca de equipamento adaptativo, de modo a ser mais fácil segurar os talheres; – Sabe como se posicionar para se alimentar em segurança; – Doente adquiriu habilidades adaptativas para autocuidado alimentar-se. Consegue cortar alguns alimentos.

Quadro 15 – Foco da prática de enfermagem – equilíbrio corporal

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – EQUILÍBRIO CORPORAL
<p><u>Dados relevantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente com desequilíbrio posterior e à esquerda; – Doente desconhece técnicas de treino de equilíbrio; – Doente não sabe executar técnicas de treino de equilíbrio.
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CAPACIDADE PARA EQUILIBRAR-SE comprometida em grau elevado</p>
<p><u>Objetivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Apresentar equilíbrio estático e dinâmico, sentado e de pé; – Aumentar o conhecimento do doente sobre como equilibrar-se; – Aumentar as habilidades da doente sobre como equilibrar-se.
<p><u>Intervenções de enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Executar exercícios de equilíbrio em pé: <ul style="list-style-type: none"> •Apoio nos calcanhares; •Apoio na ponta dos dedos dos pés; •Alternar o peso num pé e outro; •Exercícios de flexão, hiperextensão, abdução da anca. – Vigiar equilíbrio corporal; – Ensinar/ Instruir/Treinar técnica de equilíbrio sentado e em pé [estático e dinâmico]; – Ensinar/ Instruir/Treinar técnica de reeducação postural ao espelho; – Ensinar/ Instruir/ Treinar exercícios que favoreçam o equilíbrio do tronco.
<p><u>Resultados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente equilibra-se sentado, mas mantém desequilíbrio posterior e esquerdo em pé estático e na marcha; – Doente equilibra-se em pé, mas mantém desequilíbrio posterior e esquerdo na marcha.

Quadro 16 – Foco da prática de enfermagem – erguer-se

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – ERGUER-SE
<p><u>Dados relevantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente necessita de auxílio para levantar-se e sentar-se no leito; – Doente desconhece técnicas de levante; – Doente não sabe executar técnicas de levante.
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CAPACIDADE PARA ERGUER-SE comprometida em grau elevado</p>
<p><u>Objetivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Promover o levante seguro e independente; – Aumentar o conhecimento do doente acerca do levante; – Aumentar as habilidades do doente para autocuidado levantar-se.
<p><u>Intervenções de enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/ Instruir/Treinar estratégias adaptativas para levantar-se [com carga no cotovelo].
<p><u>Resultados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente mantém necessidade de auxílio para levantar-se e sentar-se no leito; – Doente aprendeu e participa com auxílio na técnica de levante.

Quadro 17 – Foco da prática de enfermagem – transferir-se

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – TRANSFERIR-SE
<p><u>Dados relevantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente não consegue transferir-se da cama para cadeira e da cadeira para cama; – Doente desconhece técnicas de transferência; – Doente não sabe executar técnicas de transferência.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CAPACIDADE PARA TRANSFERIR-SE dependente em grau elevado
<p><u>Objetivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Promover que doente inicie técnica de transferência; – Aumentar o conhecimento do doente acerca da transferência; – Dotar o doente de habilidades para autocuidado transferir-se.
<p><u>Intervenções de enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/Instruir/Treinar estratégias adaptativas para transferir-se: <ul style="list-style-type: none"> · Técnica de transferência pelo lado são– direito; · Técnica de transferência pelo lado lesado– esquerdo.
<p><u>Resultados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente mantém necessidade de auxílio para levantar-se e transferir-se da cama para cadeira e da cadeira para cama; – Doente aprendeu técnicas de transferência e participa com auxílio na técnica de transferência.

Quadro 18 – Foco da prática de enfermagem – posicionar-se

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – POSICIONAR-SE
<p><u>Dados relevantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente com hemiparesia à esquerda; – Doente necessita de auxílio no correto alinhamento corporal; – Doente desconhece estratégias adaptativas para posicionar-se; – Doente desconhece estratégias adaptativas para posicionar-se e não é capaz de aplicá-las.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CAPACIDADE PARA POSICIONAR-SE dependente em grau elevado
<p><u>Objetivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Promover o posicionamento independente do doente; – Aumentar o conhecimento do doente acerca do posicionamento anti-espástico; – Dotar o doente de habilidades para posicionar-se em padrão anti-espástico.
<p><u>Intervenções de enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/Instruir/Treinar estratégias adaptativas para posicionar-se através de [exercícios de rolar na cama]; – Ensinar Ensinar/Instruir/Treinar o doente sobre técnica de posicionamento em padrão anti-espástico na cama e na cadeira.
<p><u>Resultados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente mantém necessidade de auxílio para posicionar-se no leito; – Doente aprendeu técnica de posicionamento anti-espástico e posiciona-se de modo independente.

Quadro 19 – Foco da prática de enfermagem – disartria

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – DISARTRIA
<p><u>Dados relevantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Dificuldade na articulação das palavras; – Doente desconhece técnicas de estimulação da musculatura oral; – Doente não sabe utilizar técnicas de estimulação da musculatura oral.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – DISARTRIA
<p><u>Objetivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Diminuir disartria; – Aumentar o conhecimento do doente acerca de técnicas de estimulação da musculatura oral; – Dotar o doente de habilidades para executar os exercícios de estimulação da musculatura oral.
<p><u>Intervenções de enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Incentivar a comunicação; – Incentivar controlo da respiração; – Ensinar/ Instruir/Treinar exercícios de estimulação da musculatura oral.
<p><u>Resultados</u></p> <p>-Doente demonstra melhoria na articulação das palavras, aprendeu técnicas de estimulação da musculatura oral e executa com rigor essas técnicas.</p>

Quadro 20 – Foco da prática de enfermagem – deambular

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – DEAMBULAR
<p><u>Dados relevantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente não consegue deambular sem apoio; – Hemiparesia esquerda; – Desequilíbrio à esquerda; – Doente desconhece técnica de marcha com andarilho.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – DEAMBULAR dependente em grau elevado
<p><u>Objetivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Aumentar o conhecimento do doente acerca da técnica de marcha; – Dotar o doente de habilidades para deambulação segura e independente.
<p><u>Intervenções de enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Assistir doente a deambular; – Ensinar/ Instruir/Treinar doente a deambular com andarilho.
<p><u>Resultados</u></p> <p>Doente deambula com andarilho. Executa técnicas ensinadas para deambulação.</p>

Quadro 21 – Foco da prática de enfermagem – paresia facial à esquerda

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – PARESIA FACIAL À ESQUERDA
<p>Dados relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente com diminuição do sulco nasolabial esquerdo, ptose palpebral esquerda e desvio da comissura labial para o lado direito; – Doente desconhece técnicas de estimulação da musculatura facial; – Doente não sabe utilizar técnicas de estimulação da musculatura facial.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – PARESIA FACIAL À ESQUERDA
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Melhorar a força de contração dos músculos faciais à esquerda; – Melhorar a estética facial; – Aumentar o conhecimento do doente acerca de técnicas de estimulação da musculatura facial; – Dotar o doente de habilidades para executar os exercícios de estimulação da musculatura facial.
<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> – Executar exercícios de estimulação da musculatura facial; – Executar técnica de massagem facial; – Ensinar/ Instruir/Treinar exercícios de estimulação da musculatura facial.
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente demonstra aumento da força de contração da musculatura facial esquerda; delineação do sulco nasolabial esquerdo; abertura da pálpebra esquerda e simetria labial.

Quadro 22 – Foco da prática de enfermagem – paresia do braço esquerdo

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – PARESIA DO BRAÇO ESQUERDO
<p>Dados relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente com paresia do braço esquerdo; – Doente desconhece técnicas de movimento articular, muscular e de coordenação do braço esquerdo; – Doente não sabe executar técnicas de movimento articular, muscular e de coordenação do braço esquerdo.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – PARESIA DO BRAÇO ESQUERDO
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aumentar a força muscular no braço esquerdo de modo a tornar o doente o mais autónomo possível nos autocuidados; – Aumentar o conhecimento do doente acerca das técnicas de movimento articular, muscular e de coordenação do braço esquerdo; – Dotar o doente de habilidades para executar técnicas de movimento articular, muscular e de coordenação do braço esquerdo.
<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/ Instruir/Treinar movimento articular ativo-assistido [flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna /externa e circundução do ombro esquerdo, flexão/extensão do cotovelo esquerdo, pronação e supinação do antebraço esquerdo, desvio radial/desvio cubital, flexão palmar/dorsiflexão e circundução do punho esquerdo, flexão/extensão, abdução/adução dos dedos da mão esquerda e oposição do polegar da mão esquerda, auto-mobilização dos membros superiores, técnicas de dissociação da cintura escapular e exercícios de facilitação cruzada]; – Ensinar/ Instruir/Treinar exercícios estimuladores da motricidade fina da mão esquerda.
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente aprendeu técnicas de movimento articular, muscular e de coordenação; – Doente executa auto-mobilização dos membros superiores; – Doente executa flexão/extensão do cotovelo esquerdo, pronação e supinação do antebraço esquerdo, flexão palmar/ dorsiflexão, desvio radial/desvio cubital e circundução do punho esquerdo, flexão/extensão, abdução/adução dos dedos da mão esquerda e oposição do polegar da mão esquerda, técnicas de dissociação da cintura escapular e exercícios de facilitação cruzada com assistência; – Doente não consegue executar flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna /externa e circundução do ombro esquerdo.

Quadro 23 – Foco da prática de enfermagem – paresia da perna esquerda

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – PARESIA DA PERNA ESQUERDA
<p>Dados relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente com paresia da perna esquerda; – Doente desconhece técnicas de movimento articular e muscular da perna esquerda; – Doente não sabe executar técnicas de movimento articular e muscular da perna esquerda.
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – PARESIA DA PERNA ESQUERDA</p>
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aumentar a força muscular na perna esquerda de modo a tornar o doente o mais autônomo possível nos autocuidados; – Aumentar o conhecimento do doente acerca das técnicas de movimento articular e muscular da perna esquerda; – Dotar o doente de habilidades para executar técnicas de movimento articular e muscular da perna esquerda.
<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/ Instruir/Treinar movimento articular ativo-assistido [flexão/extensão da articulação coxofemural e joelho esquerdos; abdução/adução e rotação interna/ externa da articulação coxofemural esquerda; flexão plantar/flexão dorsal e eversão/ inversão do pé esquerdo, técnica de ponte, flexão/extensão, abdução/adução dos dedos do pé esquerdo, técnicas de rolamento, técnicas de dissociação da cintura pélvica, exercícios isométricos dos glúteos e quadríceps].
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente executa flexão/extensão da articulação coxofemural e joelho esquerdos com assistência; abdução/adução e rotação interna/ externa da articulação coxofemural esquerda; flexão plantar/flexão dorsal e eversão/ inversão do pé esquerdo, técnica de ponte, técnica de rolamento, técnica de dissociação da cintura pélvica, exercícios isométricos dos glúteos e quadríceps.

Quadro 24 – Foco da prática de enfermagem – síndrome de desuso do braço direito

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – SÍNDROME DE DESUSO DO BRAÇO DIREITO
<p>Dados relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente com diminuição da atividade do braço direito, devido ao período de alectuamento que teve na Unidade de Cuidados Intensivos; – Doente desconhece técnicas de movimento articular e muscular do braço direito; – Doente não sabe executar técnicas de movimento articular e muscular do braço direito.
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – SÍNDROME DE DESUSO DO BRAÇO DIREITO</p>
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aumentar a atividade do braço direito de modo a tornar o doente o mais autônomo possível nos autocuidados; – Aumentar o conhecimento do doente acerca das técnicas de movimento articular e muscular do braço direito; – Dotar o doente de habilidades para executar técnicas de movimento articular e muscular do braço direito.
<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/ Instruir/Treinar movimento articular ativo [flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna /externa e circundução do ombro direito, flexão/extensão do cotovelo direito, pronação e supinação, desvio radial/desvio cubital do antebraço direito, flexão/extensão, abdução/adução e circundução do punho esquerdo, flexão/extensão, abdução/adução dos dedos da mão direita, auto-mobilização dos membros superiores, técnica de dissociação da cintura escapular e exercícios de facilitação cruzada].
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente aprendeu e sabe executar técnicas de movimento articular e muscular do braço direito.

Quadro 25 – Foco da prática de enfermagem – síndrome de desuso da perna direita

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – SÍNDROME DE DESUSO DA PERNA DIREITA
<p>Dados relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente com diminuição da atividade da perna direita, devido ao período de alectuamento que teve na Unidade de Cuidados Intensivos; – Doente desconhece técnicas de movimento articular e muscular da perna direita; – Doente não sabe executar técnicas de movimento articular e muscular da perna direita.
Diagnóstico de enfermagem – SÍNDROME DE DESUSO DA PERNA DIREITA
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aumentar a atividade da perna direita de modo a tornar o doente o mais autónomo possível nos autocuidados; – Aumentar o conhecimento do doente acerca das técnicas de movimento articular e muscular da perna direita; – Dotar o doente de habilidades para executar técnicas de movimento articular e muscular da perna direita.
<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar/ Instruir/ movimento articular ativo [flexão/extensão da articulação coxofemural e joelho direitos; abdução/adução e rotação interna/ externa da articulação coxofemural direita; flexão plantar/flexão dorsal e eversão/ inversão do pé direito, técnica de ponte, técnica de rolamento, técnica de dissociação da cintura pélvica, exercícios isométricos dos glúteos e quadríceps].
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente aprendeu e sabe executar técnicas de movimento articular e muscular da perna direita.

Quadro 26 – Foco da prática de enfermagem – pé equino

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – PÉ EQUINO
<p>Dados relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente com hemiparesia à esquerda.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – RISCO DE PÉ EQUINO
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prevenir pé equino.
<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> – Assistir no posicionamento do pé em posição antiespástica; – Vigiar movimento articular [da articulação tibiotársica]; – Advogar movimento articular ativo [flexão plantar, flexão dorsal, eversão/ inversão].
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pé equino ausente.

Quadro 27 – Foco da prática de enfermagem – processo familiar

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – PROCESSO FAMILIAR
<p>Dados relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente previamente autónomo; vivia com a esposa; – Tem o apoio total da esposa, que está sempre presente nas horas de visita, mas a esposa está revoltada com esta situação de dependência do marido.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – PROCESSO FAMILIAR
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Promover um processo familiar adequado; – Promover consciencialização e aceitação do problema (dependência após AVC); – Dotar a família de estratégias de coping eficazes para o problema.
<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> – Envolver a família na resolução do problema; – Ensinar estratégias de coping eficazes para o problema.
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doente e esposa conscientes da dependência após AVC e envolvidos no processo de reabilitação.

Quadro 28 – Foco da prática de enfermagem – Úlcera de pressão

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – ÚLCERA DE PRESSÃO
<u>Dados relevantes</u> – Risco de úlcera de pressão, valor na escala de Braden de 20; – Doente com limitação da mobilidade e atividade.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO
<u>Objetivos</u> – Prevenir a úlcera de pressão
<u>Intervenções de enfermagem</u> – Assistir doente a posicionar-se de 3 em 3h; – Providenciar dispositivos de proteção das úlceras de pressão.
<u>Resultados</u> – Doente sem úlceras de pressão.

Quadro 29 – Foco da prática de enfermagem – queda

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – QUEDA
<u>Dados relevantes</u> – Doente com hemiparesia à esquerda e alteração do Equilíbrio; – Risco de queda, valor na escala de Morse de 35.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – RISCO DE QUEDA
<u>Objetivos</u> – Prevenir queda.
<u>Intervenções de enfermagem</u> – Vigiar a ação do doente; – Gerir ambiente físico; – Manter grades elevadas na cama.
<u>Resultados</u> – Doente sem quedas.

Quadro 30 – Espasticidade

FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM – ESPASTICIDADE
<u>Dados relevantes</u> – Doente com espasticidade dos flexores, abdutores e rotadores externos do braço esquerdo.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – ESPASTICIDADE
<u>Objetivos</u> – Diminuir a espasticidade no braço esquerdo de modo a que doente seja o mais autónomo possível nos autocuidados.
<u>Intervenções de enfermagem</u> – Avaliar tónus muscular; – Aplicar tala de insuflação Margaret Johnstone durante 20 minutos; – Massajar braço esquerdo; – Aplicar frio no braço esquerdo; – Assistir posicionamento do doente em padrão anti-espástico de 3/3 horas.
<u>Resultados</u> – Doente com espasticidade em regressão.

O presente plano é um exemplo para melhor compreensão das possibilidades de investir em cuidados específicos e autônomos junto da pessoa com AVC e sua família, contudo não é uma norma para se reproduzir em todos os doentes com AVC.

O papel dos enfermeiros na facilitação da transição

A dependência após AVC representa para a pessoa uma rutura com o estilo de vida anterior, originando uma mudança inesperada, não planeada, com a qual tem de lidar e se adaptar (ROCHETTE et al., 2007).

As dificuldades de adaptação a uma mudança tão súbita fazem com que os profissionais de saúde, em particular os Enfermeiros, se preocupem em ajudar a pessoa a restabelecer a sua independência e a respetiva família na vivência desta transição. Os Enfermeiros são agentes facilitadores para permitir que a pessoa usufrua de condições comunitárias e sociais, afim de reconstruírem uma nova vida, pelo que é fundamental terem competências para compreender a vontade dos familiares, amigos mas também a do doente, sendo capaz de superar dificuldades sentidas por estes no sentido de analisar propostas de resolução de problemas, mais que se impor como perito, pois o que esta em causa é a vida de terceiros com sonhos que teremos que ajudar a concretizar.

A transição após AVC não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e uma redefinição da pessoa para incorporar a mudança na sua vida (BRIDGES, 2004). Kralik, Visentin e Loon (2006) referem também que transição não é sinónimo de mudança, mas envolve a aceitação de novos papéis, a adaptação ao processo de dependência e a aprendizagem para os autocuidados. Martins (2002) confirma que a maior parte das pessoas vítimas de AVC sobrevivem com variadíssimos graus de incapacidade e morbilidade, constituindo-se um fator perturbador do quotidiano da pessoa doente e da sua família. A doença e a dependência agravam a situação financeira e provocam a sobrecarga dos vários elementos da família, pois a família para além de ter abandonar vários papéis para cuidar do doente, tem de executar outros que estavam a cargo do seu familiar. Para além disso dificultam o bem-estar, vivenciando a pessoa sentimentos que vão desde a motivação, coragem e fé à apatia, sofrimento, depressão, vergonha, culpa e remorsos.

Segundo Henckemaier (2004), para além da aceitação da nova condição de saúde, a pessoa ao ser internada passa por vários transtornos psicológicos, pois vivencia um distanciamento do seu contexto familiar e das suas atividades quotidianas, para se integrar num ambiente diferente, pouco acolhedor e cheio de normas e rotinas a respeitar.

Transição é um conceito contemporâneo que surge da teoria de crise, relevante nas Ciências sociais e na área da saúde, com o contributo recente

dos Enfermeiros para a compreensão do seu processo enquanto relacionado com a vida e a saúde (MELEIS, 2010; MELEIS et al., 2000; MELEIS, TRANGENSTEIN, 1994).

Inicialmente, para justificar o processo da transição recorria-se a aspectos individuais; atualmente, há um entendimento de que as condições e as influências das transições estão dependentes não só da pessoa, mas também da família e da organização (ZAGONEL, 1999).

Schumacher, Jones e Meleis (1999) referem que enquanto na transição individual saudável os processos movimentam-se na direção da saúde, nas transições para a doença, como é o caso do AVC, a movimentação faz-se no sentido duma maior vulnerabilidade e risco, tendo os Enfermeiros um papel fundamental ao ajudarem as pessoas na adaptação à sua nova condição.

A Teoria de médio alcance de Meleis facilita uma visão mais aprofundada sobre as transições. Os três domínios desta teoria (natureza da transição, condições da transição e padrões de resposta face à transição) permitem identificar possíveis tipos, padrões, propriedades, condições pessoais, sociais e da comunidade, assim como o processo e os resultados das transições, com o objetivo de se elaborar e implementar um plano de cuidados de Enfermagem. A transição da pessoa após AVC da autonomia para a dependência é do tipo saúde–doença, visto que ocorrem mudanças repentinas de bem-estar para um estado de doença, mas também do tipo situacional, pois ocorrem mudanças dos papéis pessoais, familiares, laborais e sociais resultantes da dependência e da hospitalização. Confrontada com a mudança, a pessoa tem de aprender estratégias para regressar a casa, lidar com a nova situação e aceitar a alteração dos vários papéis. Esta transição apresenta múltiplos padrões simultâneos e relacionados.

É necessário que a pessoa apresente consciência da situação, percecione a mudança e diferença e envolva-se no processo de recuperação. A situação de doença, dependência e a hospitalização são eventos críticos para a pessoa, variando o tempo de duração da transição consoante a sua capacidade de adaptação e da sua família à nova situação.

A Teoria de médio alcance das transições de Meleis permite aos Enfermeiros uma melhor compreensão do processo de transição, pois através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de Enfermagem, permitindo ao Enfermeiro pôr em prática estratégias que facilitem a transição da pessoa para a dependência após AVC.

Das propriedades da pessoa à identificação dos diagnósticos

Após a ocorrência do AVC, o enfermeiro de reabilitação deve efetuar uma avaliação inicial completa para identificar diagnósticos de enfermagem.

Por isso, deve avaliar o estado mental da pessoa, a motricidade, o equilíbrio e a marcha, a sensibilidade, a linguagem, a deglutição, o padrão de eliminação, a integridade cutânea, assim como deve efetuar uma avaliação completa dos pares cranianos.

Para além disso, o enfermeiro deve observar como a pessoa percebe a mudança e a diferença após a situação de doença e dependência, como se envolve no processo de recuperação e se tem consciência das implicações que a doença e dependência terão na sua vida e da sua família.

A consciencialização é uma propriedade chave de todo o processo de transição, pois está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. Quando existe tal reconhecimento, a pessoa consegue encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizar-se num novo modo de viver, de responder e de estar no mundo. Chick e Meleis (1986) consideram a consciencialização, em torno das mudanças essencial para “estar em transição”. Porém, Meleis et al. (2000) defendem que a ausência de consciencialização das mudanças não é sinónimo de não estar a iniciar a transição. Isto leva a refletir a importância de reconhecer antecipadamente a transição pelo Enfermeiro, antes mesmo de a pessoa doente tomar consciência da necessidade de se ajustar à nova condição.

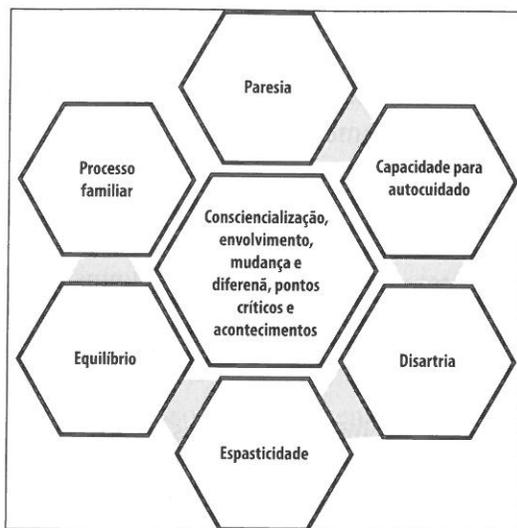
O envolvimento refere-se ao grau com que alguém revela implicar-se nos processos inerentes à transição. O envolvimento pode ser desencadeado tanto por eventos fora do controlo da pessoa como pela própria (CHICK; MELEIS, 1986).

Durante a transição, a pessoa pode experienciar várias mudanças significativas da condição de saúde física, mental, condição social, económica, da autoimagem, das expectativas ou da rede de suporte.

Para caracterizar a mudança e diferença interessa também perceber quão importante, ou grave, é a mudança e o impacto que vai ter no estilo e hábitos de vida da pessoa e sua família. A diferença verifica-se quando se confronta a realidade com as expectativas, podendo sentir-se ou ser visto como diferente ou ver o mundo de forma diferente.

Quanto ao período de tempo da transição, Bridges (2004) afirma que todas as transições começam por um fim, pois considera que antes de abraçar o novo, é necessário abandonar o passado. O fim, enquanto ponto de partida da transição, pode ser identificado a partir dos primeiros sinais de antecipação, de percepção, ou evidência da mudança. Evolui ao longo da transição, atravessando um período de instabilidade, de confusão e de stress, até um eventual novo fim, com um novo começo, ou período de estabilidade.

De acordo Meleis et al. (2000), as transições estão associadas a pontos ou eventos críticos caracterizados pela instabilidade, incerteza e ruptura com a realidade, podendo interferir com o desenrolar da transição, na medida em que podem influenciar a velocidade do processo, da consciencialização e do envolvimento.

Figura 1 – Das propriedades da transição aos diagnósticos de enfermagem

Deste modo, os Enfermeiros devem estar atentos ao envolvimento da pessoa e família, ao modo como consciencialização as mudanças e diferenças e os eventos críticos que causam vulnerabilidade. Devem também, avaliar as funções da pessoa que se alteraram após o AVC, como a função motora., o equilíbrio; a linguagem., e a capacidade para executar os autocuidados para planear cuidados de enfermagem que facilitam a vivência deste processo de transição.

Cuidados atendendo às condições de transição: da pessoa, comunidade e sociedade

Meleis et al. (2000) definiram três tipos principais de condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição: as condições pessoais, as condições comunitárias e as condições sociais.

Meleis et al. (2000) referem que os significados, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico e a preparação e o conhecimento prévio podem ser quer facilitadores quer inibidores do processo de transição.

A partir dos significados construídos, cada pessoa vai definindo a sua forma de agir, de sentir, de ver e de ser. A atribuição de significado positivo ou neutro à situação pode ser facilitador da transição, na medida em que tem o potencial de fomentar o envolvimento e a adaptação as mudanças necessárias para lidar com a nova condição.

O significado que o doente atribui à doença e dependência após o AVC condiciona o processo de transição.

A observação de melhoria clínica, aliada à fé e à motivação para recuperar facilitam o processo de transição. As crenças culturais e atitudes resultam da educação, da cultura, do ambiente envolvente, das pessoas consideradas como referência, e das experiências, afetando o modo como cada pessoa lida com a transição. Pessoas que recorrem à Fé, acreditando na melhoria têm maior facilidade de se adaptar à dependência.

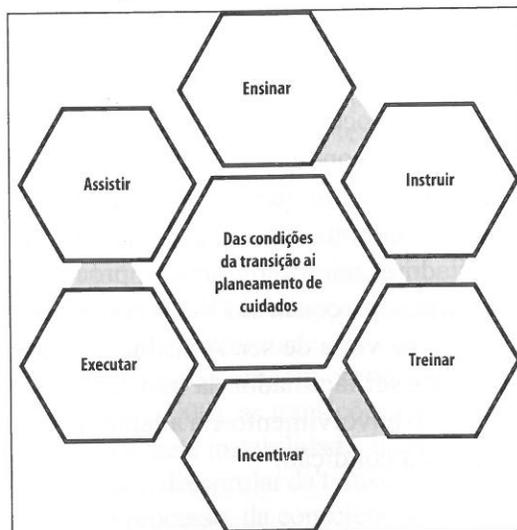
Em relação ao estatuto socioeconómico, alguns estudos demonstraram que as pessoas com estatuto socioeconómico mais baixo estão mais suscetíveis a sintomas psicológicos e eventos que dificultam a transição (MELEIS et al., 2000).

A preparação e conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição e as estratégias a utilizar na gestão da situação facilitam a experiência da transição, contudo o aparecimento súbito do AVC não permite a preparação prévia.

As condições pessoais que dificultam a transição após AVC são o significado negativo que o doente atribuiu ao afastamento do domicílio e as dificuldades que vivenciam na adaptação a esta nova condição.

A boa relação com os profissionais de saúde, o apoio dos familiares através das visitas hospitalares, a presença de todos os recursos humanos e materiais na hospitalização e o apoio social para a reintegração da pessoa após a alta, facilitam o processo de transição.

Figura 2 – Das condições da transição ao planeamento de cuidados



Os Enfermeiros ao analisarem as condições da transição, as dificuldades vivenciadas pela pessoa e família após o AVC podem planejar cuidados de enfermagem individualizados para aquela família, promovendo a inclusão social da pessoa dependente após AVC.

Dos modelos de resposta à continuidade de cuidados: indicadores de processo e resultado

O terceiro domínio da Teoria das Transições consiste nos padrões de resposta. Estes dividem-se em dois tipos: indicadores de processo e indicadores de resultado.

Os indicadores de processo incluem: sentimentos, interação, localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e coping (MELEIS et al., 2000).

Os sentimentos de confiança e gratidão em relação aos profissionais de saúde, a interação e esclarecimento de dúvidas, assim como os sentimentos de coragem e motivação para reabilitar facilitam o processo de transição (MELEIS, 2010; MELEIS et al, 2000).

O localizar-se e estar situado no tempo, espaço e relações é fundamental. Os Enfermeiros têm um papel preponderante na localização do doente e família neste contexto de transição para a situação de dependência. Meleis et al. (2000) referem que a comparação da vida anterior com a atual facilita a construção do sentir-se situado, em termos de tempo, de espaço, de relacionamentos e aceitação do estado de saúde.

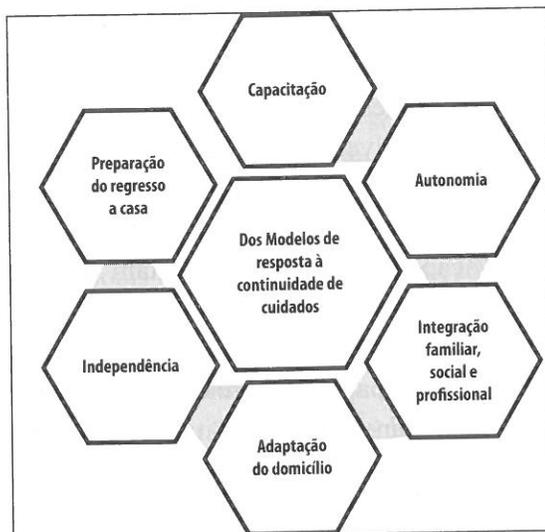
O desenvolvimento de confiança e estratégias de coping centradas no problema permite o aumento da confiança e compreensão nos processos em que o doente e a família estão envolvidos. O recurso a mecanismos de coping eficazes permite uma melhor adaptação ao novo contexto de saúde. A confiança no profissional de saúde e o suporte social sustentado (família, amigos) terá reflexo na forma como a pessoa adere ao regime terapêutico (MELEIS et al., 2000).

O conhecimento da doença, a preparação do regresso a casa e a estratégias aprendidas para fazer face às dificuldades no futuro promovem a adaptação à situação de dependência e reintegração da pessoa doente no seu contexto sociofamiliar.

Os indicadores de resultado referem-se ao domínio de novas competências (capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências imprescindíveis para lidar com a transição) e à reformulação de identidades.

O domínio de novas competências do autocuidado, da atividade motora e da sensibilidade propriocetiva, a atribuição do significado da vida após a doença, assim como a consciencialização das mudanças na vida familiar, social e profissional refletem um resultado saudável em lidar com o processo de transição. Esta é uma das áreas em que os Enfermeiros de Reabilitação tomam um lugar dominante, no apoio à pessoa doente, para que adquira ou aprenda novas competências.

Figura 3 – Dos Modelos de resposta à continuidade de cuidados



À medida que os doentes se aproximam de um período de estabilidade, os seus níveis de mestria aumentam e a redefinição da identidade resulta do facto da pessoa incorporar novos conhecimentos (MELEIS et al., 2000).

Assim, os Enfermeiros ao analisarem os indicadores de resultado podem preparar a continuidade de cuidados.

Conclusão

Intervir na pessoa com AVC é reconstruir uma vida a partir da condição de doença mas fazendo com que esta e sua família transite de forma a garantir qualidade de vida e autonomia, ajustando cada condição aos supremos interesses e direitos das pessoas envolvidas no processo.

A busca da independência requer uma reaprendizagem em diferentes papéis e atividades, nomeadamente autocuidados e atividades de vida diária

que vão para além de procedimentos físicos mas incorporam sempre a cultura do doente e sua família, a condição social e económica, pelo que é necessário que o doente estabeleça uma relação empática com os profissionais de saúde e participe ativamente no processo de reabilitação após AVC.

A análise das funções comprometidas em cada pessoa após o AVC, assim como as condições da transição e a alteração da dinâmica familiar permitem que o Enfermeiro estabeleça um plano de cuidados de acordo com as necessidades específicas do doente e sua família. O caso clínico apresentado demonstrou as vantagens da preparação da alta ainda no hospital para que a pessoa seja reintegrada no seu contexto sociofamiliar com conhecimentos e capacidades adaptativas a esta nova fase da vida.

Sabemos como fazer, mas temos que aprender com o doente, família e amigos, para poder implementar os cuidados, afim destes, produzirem efeitos significativos para quem cuidamos.

REFERÊNCIA

- ANDRADE, L. M.; COSTA, M. F. M.; CAETANO, J. A.; SOARES, E.; BESERRA, E. P. – A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem – USP.** 43 (1), (2009), p. 37-43.
- BRIDGES W. – **Transitions: Making Sense of Life's Changes.** Da Capo Press, Cambridge, MA, 2004.
- CHICK, N.; MELEIS, A.I. – **Transitions: a nursing concern.** Chinn IP, Nursing research methodology, Boulder (CO), Aspen Publication, p. 237-57, 1986.
- EUROPEAN STROKE INICIATIVE – **AVC isquêmico: profilaxia e tratamento.** Alemanha, EUSI, 2003.
- GUO, J. M.; LIU, A. J.; SU, D. F. **Genetics of stroke.** Acta Pharmacol Sin 31: 1055–1064. 2010.
- HENCKEMAIER, L. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: ELSÉN, I.; MARCON, S.; SILVA, M. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá, Eduem, p. 357-568, 2004.
- KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. Transition: A literature review. **Journal of Advanced Nursing.** 55 (3), 2006, p. 320-329.
- MARKLE-REID, M.; ORRIDGE, C.; WEIR, R.; BROWNE, G.; GAFNI, A.; LEWIS, M.; WALSH, M.; LEVY, C.; DAUB, S.; BRIEN, H.; ROBERTS, J.; THABANE, L. Interprofessional Stroke Rehabilitation for Stroke Survivors Using Home Care. **The Canadian Journal of Neurological Sciences.** 38, (2011), p. 317-334.
- MARTINS, M. M. **Uma Crise Acidental na Família – o doente com AVC.** Coimbra, Editora Formasau, 2002.
- MARTINS, T. **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores.** Coimbra, Formasau, 2006.
- MELEIS, A. **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.** New York, Springer, 2010.

MELEIS, A.; SAWYER, L.; IM, E. O.; HILFINGER; MESSIAS, D.; SCHUMACHER, K. – Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), (2000), p. 12-28.

MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*. 42 (6), (1994), p. 255-259.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados descritivos, **Divulgar**. (Dezembro de 2001).

_____. **Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**, 2012, in Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. [Consult. 2013-01-07]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004.

_____. **Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais**, WHO STEPS STROKE MANUAL ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2009.

RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. Universidade Estadual de Campinas. **Revista Estudos de Psicologia**. 11(2), (2006), p. 169-177.

RAMAS J. et al. Effect of training programs and exercise in adult stroke patients: literature review. **Annales de réadaptation et de médecine physique**. 50, (2007), p. 438-444.

ROCHETTE, A.; BRAVO, G.; DESROSIERS, J.; TRIBBLE, D.; BOURGET, A. Adaptation process, participation and depression over six months in first-stroke individuals and spouses. **Clin Rehabil**. 21(6), (Jun. 2007), p. 554-562.

SCALZO, P. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista Neurociência**. V. 18, n. 2 (Ago/Jan 2010), p. 139-144.

SCHUMACHER, K. L.; JONES, P. S.; MELEIS, A. I. Helping elderly persons in Transition: A framework for research and practice. In: SWANSON, E.; TRIPP-REIMER, T. **Life Transitions in older adult. Issues for nurses and other health professionals**. New York, Springer Publishing Company, p. 1-24, 1999.

SILVERMAN, I. E.; RYMER, M. M.; RUILOPE, L. M. **Visual Guide for Clinicians Understanding Stroke**. Oxford, Clinical Publishing, 2011.

STOKES, M. **Physical Management in Neurological Rehabilitation**. 2. Ed., Edinburgh, Elsevier Limited, 2004.