

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

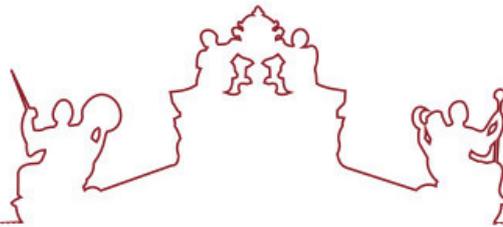
Relatório de Estágio

Reabilitação Precoce da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

David Filipe Franco dos Santos

Orientador(es) | João Vítor da Silva Vieira

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

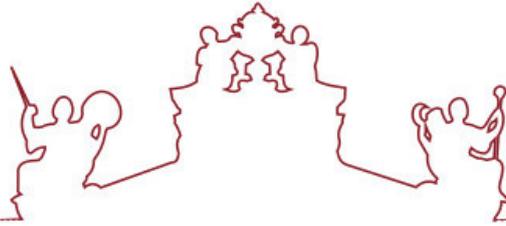
Relatório de Estágio

Reabilitação Precoce da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

David Filipe Franco dos Santos

Orientador(es) | João Vítor da Silva Vieira

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Gorete Reis (Universidade de Évora) (Arguente)
João Vítor da Silva Vieira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

“Tudo é possível para quem sonha, ousa, trabalha e nunca abandona!”

(Xavier Dolan)

Agradecimentos

Ao Professor orientador João Vítor Vieira, pela sua exigência, ajuda, gentileza e disponibilidade.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e perceptores dos estágios, por toda a disponibilidade, empatia e transmissão de conhecimentos.

À minha enfermeira chefe Conceição Cruz, por ser um exemplo de enfermeira gestora e líder de equipa, por sempre ajustar o meu horário para conciliar com os estudos e pelo seu incentivo constante, para que apostasse na minha formação.

A todos os meus colegas de serviço e amigos, pela amizade e companheirismo.

Ao meu pai e mãe por todo o apoio ao longo da vida.

À minha família, avós, tios e tias, pelo apoio e ajuda incondicional.

Ao meu padrinho e madrinha, que sempre foram uns segundos pais para mim e pelo exemplo que são na enfermagem.

Ao meu falecido avô e enfermeiro de profissão, que sempre foi uma inspiração.

A minha esposa Patrícia, pela sua amizade, cumplicidade, paciência, apoio e incentivo constante.

Ao meu filho Daniel, a minha principal fonte de inspiração e força intrínseca para realizar este percurso formativo, e a quem eu dedico este trabalho.

A todos vós, o meu muito obrigado!

RESUMO

O Presente Relatório, incide sobre o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e competências de Mestre, adquiridas em contexto de estágios de Enfermagem de Reabilitação. Foi realizado e aplicado um projeto de intervenção profissional, cujo objetivo foi demonstrar a efetividade do programa de Enfermagem de Reabilitação, dirigido à pessoa acometida com acidente vascular cerebral, fundamentalmente na prevenção da instalação da espasticidade e nos ganhos da capacidade funcional através do autocuidado e na qualidade de vida. Para enquadramento da temática foi realizado uma fundamentação teórica. Seguiu-se a aplicação do programa, análise e discussão do resultados e avaliação dos objetivos alcançados. Concluímos que o programa de reabilitação foi eficaz para os objetivos delineados, ou seja, a atuação precoce de forma a potenciar a funcionalidade, através da capacitação da pessoa, sendo assim, inversamente proporcional à instalação da espasticidade.

Palavras Chave: Enfermagem, Enfermagem de Reabilitação, Funcionalidade, Acidente Vascular Cerebral, Espasticidade

ABSTRACT

“Early rehabilitation of the person with a stroke”

This report focuses on the development of the common competencies of the Specialist Nurse, the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and the Master's competencies acquired during the Rehabilitation Nursing internships. A professional intervention project was conducted and applied, whose purpose was to demonstrate the effectiveness of the Rehabilitation Nursing program aimed at stroke patients, mainly in preventing the onset of spasticity and functional capacity gains through self-care and quality of life. For the thematic framing, a theoretical foundation was carried out. This was followed by the application of the program, analysis and discussion of the results, and evaluation of the objectives achieved. We conclude that the rehabilitation program was effective for the objectives outlined, i.e., early action in order to enhance functionality through the empowerment of the person, thus being inversely proportional to the onset of spasticity.

Keywords: Nursing, Rehabilitation Nursing, Functionality, Stroke, Spasticity

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2 APRECIACÃO DO CONTEXTO.....	17
2.1. Caracterização do centro Hospitalar	17
2.2. Caracterização da População	17
2.3. Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos	18
2.3.1. Serviço de Ortopedia	18
2.3.2. Serviço de Medicina Interna	19
3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS.....	20
3.1. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	20
3.2. Fundamentação e enquadramento conceptual.....	22
3.2.1 Acidente Vascular Cerebral.....	24
3.2.2 A pessoa com Espasticidade.....	28
3.3. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral.....	32
4. OBJETIVOS.....	39
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	42
5.1. Metodologia.....	42
5.2. Estratégias de Intervenção Profissional.....	42
5.2. População e amostra.....	46
5.3 Instrumentos de avaliação e Recolha de dados.....	47
5.4. Princípios Éticos.....	48
5.5 Resultados do plano de intervenção.....	50
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	60

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	64
7.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	64
7.2. Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	68
7.3 Competências de Mestre.....	71
8. CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
APÊNDICES.....	88

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I: Colheita de Dados	89
Apêndice II: Avaliação da Força Muscular – Medical Research Council.....	91
Apêndice III: Avaliação do Tónus Muscular – Escala Modificada de Ashworth.....	94
Apêndice IV: Registo de Sessão de Reabilitação.....	97
Apêndice V: Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale.....	101
Apêndice VI: Índice de Barthel Modificado.....	103
Apêndice VII: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....	109

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 – Diagrama causa/efeito espasticidade.....	31
Imagem 2 – Atitude de Wernicke – Mann.....	32
Imagem 3 – Exercício da ponte.....	35
Imagem 4 – Facilitação Cruzada.....	35
Imagem 5 - Terapia de restrição e indução ao movimento.....	35
Imagem 6 – Fluxograma Programa de Reabilitação a pessoa acometida por Acidente Vascular Cerebral.....	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra pela Faixa etária.....	51
Gráfico 2 – Prevalência de antecedentes clínicos na amostra.....	53
Gráfico 3 – Escala MRC média no Membro superior (MS) Afetado.....	54
Gráfico 4 – Escala MRC no Membro inferior (MI) afetado.....	54
Gráfico 5 – Escala de Ashworth do hemicorpo afetado da Pessoa 5.....	55
Gráfico 6 – Escala de Ashworth do hemicorpo afetado da Pessoa 7.....	56
Gráfico 7 – Escala de Ashworth do hemicorpo afetado da Pessoa 7.....	56
Gráfico 8 – Evolução do Índice Barthel, relativamente à média e ao Desvio Padrão.....	58
Gráfico 9 – Evolução do Índice de Barthel durante o Plano de Reabilitação.....	58

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tipos de Acidente Vascular Cerebral.....	26
Tabela 2 – Fatores de risco Acidente Vascular Cerebral.....	27
Tabela 3 – Instrumentos de avaliação.....	48
Tabela 4 – Distribuição da amostra pela Faixa Etária.....	49
Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	52
Tabela 6 – Índice Barthel Modificado.....	57
Tabela 7 – Escala Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale.....	59

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DR – Diário da República

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESO – European Stroke Organization

INE – Instituto Nacional de Estatística

LCFS - Escala Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PR – Programa de Reabilitação

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

1. INTRODUÇÃO

No contexto dos Estágios em Enfermagem de Reabilitação e Estágio Final, é elaborado o presente Relatório, do curso de mestrado em Enfermagem, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora – associada com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este relatório tem como objetivo principal expor e analisar a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista, competências específicas de Enfermeiro de reabilitação e competências de Mestre. Simultaneamente, procedemos ao relato da implementação e devidas conclusões do projeto intitulado “Reabilitação Precoce da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral”.

A escolha da temática teve por base, preferências pessoais, bem como a prevalência cada vez mais evidente na população da patologia em questão, que será justificada posteriormente. O mesmo foi aplicado durante a realização do Estágio Final, realizado num serviço de medicina interna, no período compreendido entre 13 setembro de 2021 e 14 de janeiro de 2022.

O Relatório consiste num documento científico, quem tem como princípio comunicar o desenvolvimento e conclusões de um estágio/projeto de intervenção profissional, enquadrado na área especializada, neste caso Enfermagem de Reabilitação (ER). Como foi referido anteriormente, previamente à realização deste relatório, foi elaborado um projeto de estágio, onde foi identificado um problema real e definidas estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.

A Reabilitação é entendida como a recuperação física e psicológica da pessoa com incapacidade (Serôdio, 2014) com o intuito da maximização funcional do individuo e sua reintegração no meio familiar e social (Ordem dos Enfermeiros (OE), (2011). Os objetivos da reabilitação passam por aperfeiçoar a funcionalidade, promover a independência, a satisfação da pessoa e melhorar a sua autoestima com efeitos consequentes positivos na sua qualidade de vida. (OE, 2011). Hoeman (2011), a reabilitação é uma intervenção ativa para atingir a máxima funcionalidade e para aperfeiçoar a qualidade de vida. Segundo Hesbeen (2001), a finalidade da reabilitação é

assegurar à pessoa incapacitada, mecanismos de ação que permitam suprimir, mitigar ou superar obstáculos geradores de desvantagem. Os princípios e a prática fulcrais da enfermagem de reabilitação são extensíveis em todos os níveis de intervenção, essenciais para cuidados de qualidade em todos os setores da saúde. (Hoeman, 2011).

A reabilitação tem como base um processo, com etapas e inclui uma amplitude de interlocutores com profissionais e saúde, pessoa alvo de cuidados, família, cuidadores, em que uma abordagem estruturada é fundamental para atingir os objetivos delineados (Marques -Vieira e Sousa, 2016).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), é parte integrante da equipa de reabilitação, tendo a responsabilidade de conceber, aplicar, monitorizar e avaliar programas de enfermagem de reabilitação. O elevado conhecimento permite-lhe tomar as decisões que foram mais adequadas e promotoras da saúde, para a pessoa alvo de cuidados (OE, 2011). A este são reconhecidas competências que permitem não só a prestação de cuidados gerais de enfermagem, bem como cuidados de ER. O EEER enquanto detentor de competências acrescidas e específicas, pode atuar a um nível de complexidade mais elevado (Pestana, 2016).

Atualmente constata-se uma tendência mundial para o envelhecimento populacional e conseqüentemente um aumento de problemas de saúde e diferentes níveis de dependência no autocuidado.

Em Portugal e segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), observou-se um aumento da faixa etária superior a 65 anos na última década de 20,6%, ou seja, em 2011 para cada 100 jovens¹, correspondiam 128 pessoas com mais de 65 anos, esse número aumentou para 182 pessoas com mais de 65 anos, para 100 jovens (INE,2021). O mesmo instituto refere que a faixa etária superior a 65 anos, foi a única faixa etária que apresentou um incremento, comparativamente a outras.

Uma das conseqüências do aumento da esperança de vida e do envelhecimento populacional é o surgimento das doenças crónicas e degenerativas, tornando-se as suas complicações predominantes. Como tal, os seres humanos vivem mais tempo, mas experienciam um maior número de condições crónicas (Alves et al., 2008).

Hoje em dia, as doenças crónicas constituem um problema de saúde pública mundial (Ferreira, 2021). O aumento no número de doenças crónicas tem como conseqüência um maior número de pessoas com incapacidade funcional (Alves et al., 2008).

¹ O INE define “jovem”, a faixa etária dos 0-14 anos (INE,2021).

A evolução tecnológica e do conhecimento em saúde, gera cada vez um maior número de pessoas sobreviventes a lesões potencialmente fatais, resultante assim em impacto direto na sua funcionalidade e autonomia. (OE, 2018). Esta incapacidade funcional tem consequências diretas no autocuidado. Petronilho (2013), refere que o conceito de autocuidado conserva a saúde e permite a gestão da doença. Recebendo contributos de práticas diárias a esses desideratos. Segundo o mesmo autor, o conceito de autocuidado na enfermagem, tem evoluído ao longo dos tempos e relaciona-se a autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho, 2013).

A necessidade de cuidados de ER está em constante evolução, sendo um desafio para os EEER (OE, 2018).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença súbita que atinge determinada região cerebral, provocando sinais e sintomas deficitários que se traduzem na perda de função da área cerebral lesada (Ferro, 2006). A doença consiste na obstrução ou a hemorragia de uma artéria que irriga áreas dos hemisférios cerebrais ou do tronco cerebral (Marques, 2007).

Alguns estudos e autores constataam, que a maioria das pessoas vítimas de AVC desenvolvem em maior ou menor intensidade, de forma mais precoce ou mais tardia, espasticidade (Brainin et al., 2011). Esta é uma realidade que o mestrando confirma na sua experiência profissional enquanto enfermeiro de cuidados gerais e alocado a um internamento de medicina interna. Esta ocorrência de espasticidade, é causa de sofrimento multidimensional, comprometendo a capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária (AVD's) e afeta a qualidade de vida da pessoa acometida por AVC (Abreu, 2015).

Ward (2012), refere que uma lesão cerebral, na qual inclui o AVC, tem como consequência um desequilíbrio de impulsos inibitórios e excitatórios, que resulta em sintomas diversos e níveis de gravidade. O início da instalação da espasticidade, pode ocorrer de imediato ou por um período superior a um ano após o AVC e pode delimitar o sucesso da reabilitação (Ward, 2012).

Definimos como objetivos específicos como plano para este trabalho, refletir sobre o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de EEER e competências de mestre, efetuar uma fundamentação teórica da temática em estudo, neste caso uma abordagem global sobre o AVC e espasticidade, apresentação do projeto de intervenção, com os seus devidos resultados e discussão dos mesmos.

Este relatório está dividido em sete capítulos. O primeiro apresenta uma apreciação de contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente à caracterização do espaço físico dos campos de estágios de ER e uma breve reflexão sobre os recursos materiais e humanos disponíveis. No segundo capítulo produzimos uma análise aos cuidados de ER, específicos da experiência do campo de estágio. No terceiro capítulo realizamos uma abordagem teórica sobre a temática que sustentou o programa de intervenção profissional, nomeadamente o AVC e espasticidade e os cuidados de ER inerentes. No quarto capítulo estabelecemos os objetivos e justificamos a estratégia de intervenção, ou seja, o que nos motivou para a temática. No quinto capítulo, apresentamos o projeto de intervenção profissional com o título já referido anteriormente. Apresentamos as características sociodemográficas da amostra, os resultados do estudo. O sexto é caracterizado pela discussão dos resultados obtidos na aplicação do projeto de intervenção profissional. O sétimo capítulo, refere-se à análise reflexiva da aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista, competências especificadas de EEER e competências de Mestre. Finda este relatório com um balanço final ao relatório de estágio, bem como às conclusões do programa de Reabilitação (PR) as respetivas referências e apêndices.

Este trabalho está estruturado em consideração pelas recomendações de referência bibliográfica da *American Psychological Association* 7ª edição [APA].

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

2.1 Caracterização do Centro Hospitalar

O centro hospitalar onde se desenrolou os estágios, é constituído por hospitais e outros serviços de saúde. Este centro hospitalar serve uma população estimada em mais de 438 mil residentes, segundo dados de 2019 (INE, 2020), a que crescem, no pico sazonal turístico, algumas centenas de milhares de. A população servida apresenta elevados níveis de envelhecimento, sendo que 21,9% da população apresenta mais de 65 anos (INE, 2020).

2.2 Caracterização da População

No primeiro serviço onde se realizou o estágio, o serviço de internamento de Ortopedia, em que a população alvo de cuidados, é essencialmente de uma faixa etária mais alta. As patologias mais frequentes são as doenças osteoarticulares degenerativas, como coxoartrose e gonartrose. Outros diagnósticos frequentes são na maioria consequência de quedas ou acidentes da qual resultam a fratura da extremidade proximal do fémur, fratura dos ossos da perna (tíbia, perónio) e fratura do úmero.

No serviço de medicina interna, onde se desenrolou o maior espaço temporal do estágio e onde foi aplicado o projeto de estágio, a população corresponde a uma faixa etária mais alta, com o predomínio de pessoas alvo de cuidados com idades acima dos 65 anos. Essencialmente os internamentos devem-se a descompensações de doenças crónicas, associadas à idade e outros fatores. Os diagnósticos mais presentes são do foro neurológico, respiratório, cardíaco e neoplásico.

Devido ao fator idade e comorbilidade foi patente a prevalência de maior incapacidade funcional e conseqüentemente maior incapacidade para o autocuidado no serviço de medicina interna.

2.3 Caracterização de recursos materiais e humanos

2.3.1 Serviço de Ortopedia

O serviço de Ortopedia, conta com a lotação de 39 camas, distribuídas por uma enfermaria de 6 camas, 9 enfermarias de 3 camas e 3 enfermarias de 2 camas. Cada enfermaria é provida de uma casa de banho que permite banho assistido. A nível de recursos humanos o serviço é dotado de uma extensa equipa multidisciplinar, com enfermeiros, Assistentes operacionais, Médicos Ortopedistas, Médicos Fisiatras, Fisioterapeutas, Nutricionista e Assistente Social. A equipa de enfermagem, é constituída por 27 elementos, sendo que um elemento é especialista em enfermagem de Medico cirúrgica, dois EEER, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, e 23 enfermeiros de cuidados gerais. Os enfermeiros de cuidados gerais são distribuídos em 6 no turno da manhã, 4 no turno da tarde e 2 no turno da noite. Os EEER exercem função nos turnos de manhã e tarde, exercendo na sua área de especialidade de acordo com o elucidado no Regulamento n.º 392/2019 da OE.

Ao seu dispor, os EEER têm diversos recursos materiais, como por exemplo: almofadas; rolos de areia; cadeiras de rodas com perneiras de elevação; 4 andarilhos; 1 par de canadianas axilares; 3 pares de canadianas de antebraço; 3 goniómetros; 2 oxímetros de dedo; 1 cinto de transferência; 1 aparelho artromotor para membro superior; 1 aparelho artromotor para membro inferior; bastão; cadeira sanitária e alterador de sanita.

Neste serviço, tivemos a oportunidade de prestar cuidados de ER a pessoas com disfunção ortopédica e ortotraumatológica, desde o pré-operatório, ao pós-operatório e posteriormente na orientação e ensinamentos para a alta segura e eficaz das pessoas internadas. A experiência foi vasta, pois houve igualmente a oportunidade de prestar cuidados de ER na reeducação funcional respiratória (RFR) e na avaliação da função da deglutição. A referir a oportunidade e possibilidade de assistir a uma cirurgia ortopédica no bloco operatório central, nomeadamente uma prótese total do joelho. Esta circunstância permitiu-nos adquirir uma noção mais detalhada e concreta da cirurgia em si, da anatomofisiologia da articulação do joelho e conseqüentemente da importância do papel da ER na recuperação e reabilitação da funcionalidade motora do joelho sujeito a prótese total, da pessoa alvo de cuidados.

2.3.2 Serviço de medicina interna

O serviço de Internamento da Medicina Interna, a nível de recursos humanos é dotado de uma extensa equipa multidisciplinar, com enfermeiros, Assistentes operacionais, Médicos Internistas, Fisioterapeutas, Nutricionista e Assistente Social. A unidade é composta por uma equipa de 38 enfermeiros, uma EEER e 37 enfermeiros de cuidados gerais. A equipa de enfermagem é distribuída por 8 enfermeiros de cuidados gerais no turno da manhã, 4/5 na tarde e 3 no turno da noite. A lotação é de 40 camas.

Tal como no serviço descrito anteriormente, o EEER atua em multidisciplinaridade com a restante equipa, sendo igualmente responsável pela sinalização e referenciação de pessoas para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O EEER tem ao seu dispor diversos recursos materiais, algo limitados no desgaste, mas que são facilmente adaptáveis para a melhor prestação de cuidados. Destaca-se: almofadas, cadeiras de rodas com perneiras de elevação, cadeirões, 2 andarilhos, 3 pares de canadianas de antebraço, 2 bastões, oxímetros, como elásticos ou halteres; material para RFR, nomeadamente espirómetros, acapella, câmaras expansoras, insuflador/exsuflador mecânico (vulgo cough-assist).

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

3.1 Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Durante os estágios em diferentes contextos, foi possível aplicar os cuidados de ER em situações diferentes. No serviço de Ortopedia, exercem funções 2 EEER, que têm um papel preponderante durante o planeamento de cuidados e sua respetiva execução. Estes atuam em complementaridade entre si, contemplando com um rácio de cerca de 20 pessoas alvo de cuidados para cada.

Os EEER neste contexto clínico, adequam o seu plano de cuidados, desde aos ensinamentos pré-operatórios, como o ensino do controlo da respiração e tosse eficaz, na prevenção das pneumonias associadas à imobilidade pós-cirurgia, e vão até aos cuidados de reabilitação no pós-operatório, sendo estes os principais responsáveis pelo primeiro levante pós-cirurgia. O nível de atuação dos EEER vai desde a admissão ao serviço até ao seguimento pós-alta, sendo estes os elos de ligação com a assistente Social para resolução de limitações sociais e responsáveis por sinalizar as pessoas internadas para a RNCCI. Estas sinalizações ocorrem com alguma periodicidade, dada a faixa etária mais alta das pessoas internadas e conseqüentemente a sua dependência maior e a necessidade de prolongar o plano de reabilitação pelo tempo.

Os EEER, neste serviço são responsáveis por criar, executar, monitorizar e avaliar os planos de ER, de acordo com as limitações e capacidades das pessoas, promovendo a sua autonomia e saúde, prevenindo complicações, cuidando, capacitando e maximizando a sua funcionalidade. O primeiro levante da pessoa alvo de cuidados pós-cirurgia é por da responsabilidade do EEER quando este se encontra de serviço, mas os colegas de cuidados gerais também realizam os levantamentos na ausência de EEER.

São hoje em dia amplamente conhecidos os efeitos nocivos da imobilidade. A imobilidade prolongada é prejudicial para o ser humano e em apenas uma semana de repouso no leito constata-se uma redução significativa da massa muscular, densidade óssea. (Parry & Pulheuchery 2015). O repouso no leito por um período prolongado afeta, todos os sistemas orgânicos de uma forma global, nomeadamente, ao nível dos sistemas respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, músculo-esquelético, geniturinário, metabólico, cutâneo, neurológico e ainda psicossociais e familiares. (Potter et al., 1996;

OE, 2013). Neste contexto clínico, e por limitações próprias do sistema nacional de saúde, algumas pessoas alvo de cuidados, acabam por ter que ficar confinadas ao leito a aguardar a cirurgia, nomeadamente nas fraturas dos membros inferiores. Assim, são determinantes os EEER, que trabalham com as pessoas alvo de cuidados na prevenção das consequências da imobilidade, aquando do seu repouso prolongado no leito por razões já emanadas anteriormente.

No serviço de Medicina Interna, exerce funções um EEER para uma unidade que comporta até 40 pessoas internadas, mas que foi reduzida a lotação para 32 pessoas, devido a gestão de controlo de infeção associada à pandemia. Neste ponto, efetuamos uma pequena reflexão sobre o rácio de EEER-pessoa alvo de cuidados, que segundo as dotações seguras patenteadas pelo regulamento número 743/2019 da OE (OE, 2019), fica consideravelmente aquém do sugerido/orientado. “A alocação, por serviço de, pelo menos 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, por cada 15 clientes, calculada adicionalmente, por forma a garantir a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana.” (DR, 2019, p.140). Ou seja, o rácio, consideravelmente abaixo do desejado, dificultando a capacidade do EEER de conseguir prestar cuidados de alta qualidade a todas as pessoas alvo de cuidados, algo que sentimos durante o estágio.

No serviço de Medicina, o EEER é responsável por conceber, implementar, monitorizar e avaliar programas de reabilitação diferenciados, tendo como premissa a identificação das necessidades específicas da pessoa, reconhecendo os problemas reais ou potenciais, intervindo ao nível da reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva. Assume um papel de destaque, no treino de AVD's, treino do autocuidado, reabilitação funcional motora e cardiorrespiratória. A população internada neste serviço é de uma faixa etária mais elevada e tem mais comorbilidades associadas, sendo assim menos capacitados na capacidade funcional, o que por si só obriga a uma sessão de treino mais morosa (Menoita, 2012). No treino de RFR, o EEER assume um papel vital, delineando sessões de treino com dispositivos como o inspirómetro de incentivo ou insuflador/exsuflador mecânico (vulgo cough-assist). O EEER atua em complementaridade com a restante equipa multidisciplinar, principalmente com a equipa de reabilitação. Para esse efeito participa e é um elo ativo na reunião semanal do serviço, onde são avaliadas as pessoas internadas. Este é igualmente responsável pela sinalização das pessoas à RNCCI.

3.2 Fundamentação e Enquadramento Conceptual

O projeto de intervenção profissional incidu sobre um PR, na pessoa acometida por AVC. Este foi delineado e aplicado no Estágio Final, realizado no internamento de medicina interna, com a duração de 16 semanas, entre o período de 13 de setembro 2021 e 14 janeiro 2022. O grande objetivo do projeto, foi desenvolver um PR junto da pessoa com AVC, na prevenção da espasticidade e melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida. Como tal, neste capítulo será feita a fundamentação teórica dos temas anteriormente descritos.

Autocuidado

Para a elaboração do projeto, considerou-se relevante a adoção de um referencial teórico de enfermagem que sirva de suporte ao mesmo. Dado o tema em estudo que afeta diretamente o autocuidado, o modelo teórico elegido foi a Teoria de enfermagem do défice do autocuidado de Dorothea Orem.

O autocuidado é um conceito que diz respeito ao ser humano, e está presente durante toda a sua vida, não se limitando apenas a atividades que se desenvolvem no dia-a-dia, abrangendo todos os aspetos da vida do indivíduo. O autocuidado está associado à independência, na medida em que todas as pessoas têm a capacidade de autocuidado (Queirós, 2010).

O autocuidado universal que foi definido por Dorothea Orem em 1987 pode ser considerado como o:

“(...) autocuidado natural – existe para suprir, satisfazer, necessidades inerentes ao processo de vida ao longo do ciclo vital. Às necessidades de autocuidado os humanos respondem naturalmente de acordo com o estadio de desenvolvimento, recursos pessoais e sociais e exigências do meio. Quando os recursos existentes não permitem a autossatisfação dessas necessidades, a capacidade de autocuidado diminui e surge a exigência de autocuidado

terapêutico, tornando-se imperioso a ajuda de terceiros (...) podem ser informais ou profissionais organizados (...)” (Queirós, 2010, p. 5).

Segundo Tomey e Alligood (2002), o conceito de déficit de autocuidado “exprime a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidados” (p. 218). É considerado o déficit de autocuidado quando se refere à limitação de ação e fornece dados que permita que outrem possa substituir a pessoa com o déficit para que se entenda a função da pessoa alvo de cuidados relativamente ao seu autocuidado.

Para Queirós et al. (2014), Orem teve um papel importante no desenvolvimento de uma teoria abrangente que permite “dar sentido disciplinar à atividade profissional” (p. 163). Ao criar a sua teoria, permitiu explicar o que é a prática dos Enfermeiros, bem como os padrões de conhecimento que utilizam no seu dia-a-dia quando necessitam de responder a questões referente a situações de saúde e doença das pessoas a quem prestam cuidados.

A teoria de Orem permitiu a criação de uma linguagem que diz respeito à parte disciplinar da profissão, permitindo o desenvolvimento de conceções, como o “conceito *major* de autocuidado” (Queirós et al., 2014, p. 163). O conceito permite explicar a finalidade da Enfermagem na promoção e manutenção do autocuidado das pessoas alvo de cuidados, o que favorece a aquisição de capacidades que contribuem para a sua autonomia (Queirós et al., 2014).

Todas as teorias de Enfermagem podem ser desenvolvidas como estruturas que contribuem para a criação de um modelo de intervenção. A teoria de Orem tem como principal objetivo desenvolver uma estrutura para identificar as necessidades das pessoas alvo de cuidados, de forma a desenvolver intervenções que contribuam para o aumento das competências das pessoas alvo de cuidados e posteriormente dos cuidadores, o que lhes permite cuidar de si próprios e das pessoas que lhes são dependentes, mantendo a sua integridade pessoal e social. Os Enfermeiros na sua prática clínica têm em consideração os princípios do autocuidado para que possam fornecer cuidados de suporte e terapêutica (Meleis, 2010). Ou seja, havendo um déficit de autocuidado, está pressuposto uma transição do estado de saúde em que era permitido o bastar do autocuidado, para outro estado de saúde em que esse bastar está deveras comprometido.

O autocuidado quando desenvolvido de forma apropriada contribui para a integridade e o desenvolvimento humano. A capacidade para a atividade e a atividade propriamente

dita são estruturas ligadas à percepção, pelo que a capacidade de autocuidado faz parte do organismo humano. O autocuidado para ser bem-sucedido deve estar associado a uma série de outros fatores como a adoção de hábitos de vida saudáveis, ser fisicamente e mentalmente ativo, estabelecer relações sociais, sentir-se satisfeito. O autocuidado para além de ser um elemento facilitador das transições, também pode resultar destas (Söderhamn, 2013).

O autocuidado é tradicionalmente visto como uma intervenção que tem um objetivo, o de atingir, restaurar e promover a saúde. A capacidade de autocuidado não é em si um meio para atingir o objetivo, mas sim a potencialidade para a atividade de autocuidado como uma parte essencial ao corpo humano (Söderhamn, 2000).

De acordo com International Council of Nurses (2018), o autocuidado consiste na: “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (OE, 2018, p. 12,).

Os enfermeiros têm um papel muito importante na promoção do autocuidado, desenvolvem intervenções com vista à independência da pessoa, podendo substituí-lo na satisfação das suas atividades de vida que o mesmo não consegue desempenhar ou apoiá-lo no desempenho de ações que o mesmo tem dificuldade. Sendo assim “o autocuidado é mencionado numa das categorias nos enunciados descritivos da OE, é uma das áreas potenciadoras de ganhos em saúde, reconhecido como um indicador de qualidade dos cuidados e como critério de qualidade do exercício profissional” (Ferreira, 2015, p. 40).

Dorothea Orem, em 2001, elabora a teoria do défice do autocuidado. Orem divide em 5 tipos de ajuda: 1) agir ou fazer pela pessoa; 2) guiar ou orientar; 3) Proporcionar apoio físico e psicológico; 4) Proporcionar e manter um ambiente seguro; 5) Ensinar. Sendo que orem refere que quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa, surge então um défice de autocuidado, responsável pela relação entre a capacidade de ação e as necessidades de cuidados (Sousa & Vieira, 2016).

3.2.1 Acidente Vascular Cerebral

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2019), o AVC é a segunda principal causa de morte e de incapacidade, acarretando inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo a funcionalidade do indivíduo especificamente no que se

refere à independência nas atividades de vida diárias (AVD). Segundo dados mais atuais da OMS, em 2019, o AVC continua a ser a segunda causa de morte a nível mundial (OMS, 2019).

Segundo a *European Stroke Organization* (ESO): “O AVC é a causa mais importante de morbidade e incapacidade a longo prazo na Europa” (ESO, 2018).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde de 2018, as doenças cardiovasculares mantêm-se como a principal causa de morte em Portugal (Ministério da Saúde, 2018). Em 2018, só o AVC isquémico representou cerca de 20 mil episódios e 250 mil dias de internamento. No nosso país, estima-se que a incidência de AVCs seja de um a dois por cada 1.000 habitantes por ano (Menoita, 2012).

Segundo dados do INE, os óbitos por AVC nos últimos anos sofreram um decréscimo de 13,9% em 2008 para 9,9% em 2018 e foi a que maior impacto teve no decréscimo das mortes causadas por doenças do aparelho circulatório.

O AVC é caracterizado por “...interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, com sinais clínicos de distúrbios da função cerebral que perduram por um período superior a 24 horas” (Menoita, 2012, p. 9). A morte celular ocorre por dois processos distintos, a necrose e apoptose. A necrose ocorre rapidamente com deleção do citoesqueleto provocado pelo défice de energia na célula. A apoptose, desencadeia um excesso de morte celular programada. (Branco e Santos, 2010). Brunner e Suddarth (2002) descrevem o AVC como “uma perda súbita da função cerebral em decorrência da rutura do aporte sanguíneo para uma região do cérebro” (p.277). Para as mesmas autoras, os AVC’s podem ser divididos em duas categorias: hemorrágicos e não hemorrágicos. Menoita (2012), AVC é dividido por isquémico (embólico, lacunar ou trombótico) e hemorrágico (parenquimatoso, subaracnoideu, intracerebral) (Tabela 1).

Tabela 1 – Tipos de AVC

AVC Isquêmico	Trombótico
	Lacunar
	Embólico
AVC Hemorrágico	Parenquimatoso
	Subaracnoide
	Intracerebral

Fonte: Adaptado de Menoita (2012)

Dentro da definição de AVC isquêmico, considera-se o AVC trombótico, caracterizado por um processo patológico, que ocorre no local da oclusão, sucedendo o endurecimento e espessamento das artérias, que perdem a sua elasticidade. Há o aumento de lípidos no sangue que se acumulam lenta e gradualmente, formando placas de ateroma nas artérias, originando agregação das plaquetas sanguíneas (Menoita, 2012). AVC embólico, ocorre quando a oclusão arterial é causada por um corpo estranho que se desloca até às artérias cerebrais. Sendo que 34% dos êmbolos são de origem cardíaca, associa-se por norma este tipo de AVC à fibrilhação auricular, a outros tipos de arritmia, ao enfarte do miocárdio, à endocardite bacteriana e a complicações de cirurgia vascular ou de prótese valvular (Menoita, 2012). AVC lacunar é definido como a oclusão de pequenos vasos na cápsula interna, no tálamo e na substância branca da coroa radiada, produzindo pequenos enfartes, que cavitam, formando lacunas (Menoita, 2012).

O AVC hemorrágico é considerado o mais grave, com mortalidade acima dos 50%, nos 30 dias consequentes e ocorre numa faixa etária mais jovem (Menoita, 2012). O AVC hemorrágico parenquimatoso ocorre nos pequenos vasos na cápsula interna, no tálamo, na ponte e na substância branca da coreia radiada, que produzem pequenos enfartes, que cavitam, formando lacunas. O AVC hemorrágico intracerebral é a hemorragia mais frequente em pessoas com hipertensão e arteriosclerose, sendo que a hemorragia atinge pequenos vasos em regiões cerebrais com os gânglios da base, cerebelo e tronco cerebral. O AVC hemorrágico subaracnoide é causado pela rutura de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas ou traumatismos. É menos frequente

e afeta pessoas de uma faixa etária inferior a 35 anos (Menoita, 2012; Branco & Santos, 2010).

Ferro (2006), divide os fatores de risco para o AVC em não modificáveis (idade, sexo e etnia) e modificáveis (hipertensão, Diabetes Mellitus, hiperdislipidemia, acidente isquêmico transitório – AIT, obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo).

Hoeman (2011) divide os fatores de risco em três categorias: não reversíveis (sexo, a idade, a raça e a hereditariedade), parcialmente reversíveis (hipertensão, diabetes, problemas cardíacos e alterações lipídicas do sangue) e reversíveis (tabagismo, obesidade, ingestão de sódio, nível de colesterol, estilo de vida sedentário e o uso de alguns contraceptivos orais) (Tabela 2).

Tabela 2 – Fatores de risco AVC

Não Reversíveis	Parcialmente reversíveis	Reversíveis
Sexo	HTA	Tabagismo
Idade	Diabetes mellitus	Obesidade
Raça	Problemas Cardíacos	Ingestão de Sódio
Hereditariedade	Alterações lipídicas no sangue	Colesterol
		Sedentarismo Uso de contraceção Oral

Fonte: Adaptado de Hoeman (2011)

O prognóstico após um AVC é determinado pelos défices neurológicos resultantes, que dependem particularmente da localização e extensão do mesmo. Entre as consequências incluem-se distúrbios visuais, défices somatossensitivos, défices motores, alterações no tônus muscular, reflexos anormais, distúrbios da fala e linguagem, parestesia e padrões alterados de atividade muscular, distúrbios de controlo postural e equilíbrio, disfagia, disfunção perceptiva e cognitiva, alterações no padrão do sono, incontinência de esfíncteres, dor e fadiga (Ferro, 2006).

Segundo Ostwald et al., (2008), o AVC constitui um evento catastrófico para os sobreviventes e suas famílias, sendo que a real percepção das limitações é sentida com grande intensidade após o retorno a casa.

O AVC apresenta-se como um evento gerador de dependência, com elevada incidência na população idosa, conduzindo à dependência no autocuidado, o qual abrange as atividades realizadas no dia-a-dia. (Backman & Hentinen, 1999)

3.2.2 A pessoa com Espasticidade

A pessoa com AVC apresenta diversas alterações neurológicas, dependendo da região afetada, sendo na maioria dos casos, a incapacidade com hemiplegia. Esta é responsável por alteração da postura corporal, seja em movimento, seja em repouso (Branco & Santos, 2010).

A espasticidade, de forma isolada, afeta o sistema musculo esquelético, dificultando a função motora normal, bem como o conforto da pessoa e com implicações negativas nas AVD's e autocuidado (Lianza et al., 2001).

Um estudo de Cacho et al., realizado em 2017, concluiu que a espasticidade influencia negativamente a capacidade funcional dos membros superiores hemiparéticos das pessoas vítimas de AVC (Cacho et al., 2017).

As alterações dos reflexos associados à espasticidade são os principais contribuintes para comprometimento da capacidade motora (Foley et al., 2013).

Conceptualizando a espasticidade, esta é definida como um aumento do tônus muscular, com exacerbação dos reflexos profundos, que resulta da hiperexcitabilidade do reflexo do estiramento (Menoita, 2012). Este fator está associado a falta de controlo do Sistema Nervoso Central (SNC), via descendente reticulo espinhal, como consequente de lesões que comprometeram o trato córtico-espinhal (Menoita, 2012). A espasticidade é caracterizada por um aumento da resistência muscular ao seu estiramento passivo, estando presente em indivíduos com lesões nas vias descendentes de controlo motor (Freitas, 2015). Segundo Freitas (2015) distingue-se a espasticidade de outras alterações motoras relacionadas com modificações dos tecidos musculares ou articulares, mas sem associação a lesão neurológica.

Sepulveda et al., (2018), referem que a espasticidade não é causada por um mecanismo isolado, mas vários mecanismos relacionados em diferentes redes nervosas

dependentes de si. Segundo os mesmos autores, ocorre o comprometimento de dois mecanismos principais, o do controlo espinhal e alterações nas propriedades do sistema músculo-esquelético.

Apesar de definida o conceito de espasticidade, este continua a gerar algumas questões no meio científico e médico, devido à dificuldade de distinguir clinicamente entre espasticidade por alterações a nível muscular e alterações provocadas por estiramento do reflexo ativo (Sepulveda et al., 2018).

A fisiopatologia da espasticidade é ainda alvo de pouco conhecimento, havendo a agnição que o local e dimensão da lesão, quer seja no tronco cerebral, quer seja no hemisfério direito ou esquerdo não é determinante pois esta é análoga a todos, oscilando o seu grau de gravidade (Freitas, 2015).

Os autores mencionados anteriormente, referem que quando um músculo com espasticidade é mantido numa posição restringida, este perde sarcómeros², de forma a ajustar o seu comprimento e assim, produzir força ideal para se conseguir estender do musculo encurtado (Sepulveda et.al, 2018).

Clinicamente a espasticidade está relacionada igualmente a reflexos exacerbados, dor e possível contraturas, sendo umas das condições mais importante no aparecimento das alterações motoras e do equilíbrio (Cacho et al., 2017; Branco & Santos, 2010). A prevalência da espasticidade varia de 18% a 60% na pessoa com AVC, sendo mais frequente no membro superior em detrimento do membro inferior, depende do território da artéria afetada e do membro lesado (Urban et al., 2010).

Causas de Espasticidade

As causas da espasticidade são multifatoriais (Abreu, 2015). Apesar de a grande causa ser intrínseca, existem fatores extrínsecos que p despoletam o incremento de espasticidade, que este autor explana:

Dor:

- Insuficiente Monitorização da dor;
- Ensino deficitário sobre as escalas de avaliação da dor, nomeadamente dos enfermeiros na sua aplicação e validação;

² Um dos componentes básicos do musculo estriado que permite a contração muscular (Seeley et al., 2001).

Estímulos nocivos no hemicorpo afetado:

- Movimentos bruscos pelos cuidadores;
- Rolo/bola dentro da mão;
- Peso sobre as articulações;
- Tração da mão/contenção física;
- Vestuário e calçado apertado;
- Punção venosa, avaliação de tensão arterial, glicemia capilar no hemicorpo afetado;
- Roupa da cama mal esticada, com dobras e com objetos soltos.

Posicionamento corporal incorreto:

- Posicionamento sobre o lado afetado nas primeiras 24 horas;
- Ausência da superfície de trabalho;
- Incorreto uso da imobilização pélvica (sling) aquando a pessoa sentada;
- Cadeira inadaptada;
- Apoio em almofada ou falta da mesma.

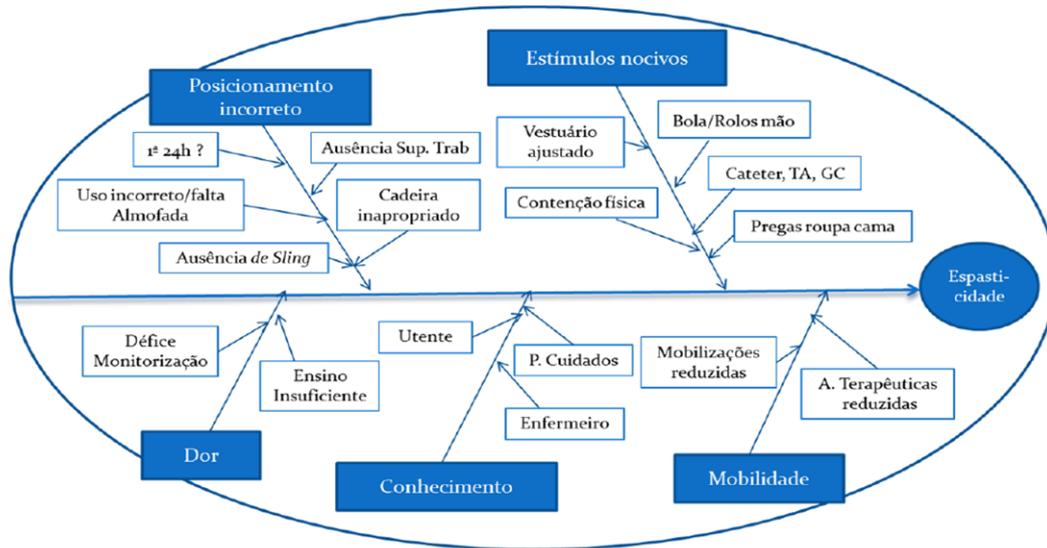
Défice de conhecimento dos enfermeiros, da pessoa alvo de cuidados e do cuidador informal, sobre a espasticidade fatores agravantes.

Mobilidade diminuída:

- Mobilização passiva insuficiente;
- Ausência de talas pneumáticas;
- Atividades terapêuticas realizadas raramente

O mesmo autor elaborou um diagrama causa/efeito que apresentamos de seguida (Imagem 1):

Imagem 1 – Diagrama causa/efeito espasticidade



Fonte: Abreu (2015)

Padrão Espático

Segundo Bobath (1990), citada por Menoita (2012), a distribuição do tónus muscular é variável e inadequada, com mais intensidade nos padrões que envolvem os músculos anti-gravíticos do hemicorpo afectado, ou seja, os flexores dos membros superiores e extensores dos membros inferiores. De forma mais pormenorizada a espasticidade nos membros superiores prevalece nos músculos flexores, com adução e rotação interna do ombro, flexão do cotovelo, pronação do punho e flexão dos dedos. Nos membros inferiores, a espasticidade prevalece nos músculos extensores, com extensão e rotação interna do quadril, extensão do joelho, com flexão plantar e inversão do pé (Teive et al., 1998).

Este padrão que se forma é denominado como atitude de Wernicke- Mann ou padrão espático. (Menoita, 2012; Teive et. al, 1998). (Imagem 2)

Imagem 2 – Atitude de Wernicke - Mann



Fonte: Menoita (2012)

Menoita refere o padrão espático como: “Caracterizado por um aumento do tónus muscular do hemicorpo afetado, especificamente nos flexores dos membros superiores e nos extensores do membro inferior (Menoita, 2012, pág79.)

Margaret Jonhstone (1979), citada por Branco e Santos (2010), caracteriza o padrão espático como:

- Inclinação lateral da cabeça para o lado lesado e rotação para o lado são;
- Retração do ombro com depressão e rotação interna da escapulo-umeral;
- Flexão do cotovelo com pronação do antebraço;
- Flexão do punho e dedos com adução destes;
- Flexão lateral do tronco e bacia para o lado lesado;
- Rotação externa e extensão da coxo-femoral;
- Extensão do joelho;
- Flexão plantar da articulação tibiotársica e inversão do pé.

3.3 Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Acidente

Vascular Cerebral

Neste subcapítulo vamos abordar os cuidados de EEER, à pessoa acometida por AVC, na promoção do seu autocuidado e na prevenção de instalação e/ou agravamento da espasticidade.

O EEER usa na sua atuação uma abordagem holística na avaliação e prestação de cuidados com o intuito de promover o melhor bem-estar físico, mental e psicossocial. As

alterações e limitações funcionais associadas à patologia em questão são consideradas ao desenvolver o plano de cuidados (Hoeman, 2011).

As competências específicas do EEER integram uma dimensão de cuidar de pessoas com necessidade especiais, englobando a prática de cuidados em todos os seus contextos (Vieira & Sousa, 2016).

A intervenção da ER pressupõe uma abordagem integral para desenvolver todo o potencial do indivíduo, incrementando as capacidades e evitar complicações. A intervenção a nível da reabilitação motora suportada pela reabilitação cognitiva é fomentadora do processo de aprendizagem e eficaz capacitação da pessoa/família (Freitas, 2015).

Branco e Santos (2010) referem que: “O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC, dependem de um crescimento lento, repetitivo, persistente, com rotinas de exercícios que não devem evoluir além da capacidade individual da pessoa.” (Branco & Santos, 2010, p. 39). O PR vai muito mais além do que aquele período de trabalho entre o EEER e a pessoa alvo de cuidados, devendo ser sequencial na preparação para a função real durante as 24h (Branco & Santos, 2010).

A avaliação inicial à pessoa com AVC, começa pela avaliação neurológica. Esta é uma ferramenta essencial na prestação de cuidados do EEER (Branco & Santos, 2010) (Menoita, 2012). A neuroavaliação engloba:

- Avaliação do estado de consciência: utilizando a escala de Glasgow, para identificar o nível de alerta, pois este pode deprimir antes de serem detetadas outras alterações neurológicas.

- Avaliação dos pares cranianos: são doze pares que estão ligados ao encéfalo, e a sua avaliação permite diagnosticar alterações graves neurológicas. Segundo Branco e Santos (2010), o EEER deve estar habilitado na sua avaliação e contribuir deste modo para um melhor sucesso terapêutico no processo de recuperação.

- Avaliação da motricidade: força muscular, sendo a escala Medical Research Council a mais frequentemente utilizada (apêndice II).

- O tónus muscular através da escala de Ashworth (apêndice III).

- Avaliação da sensibilidade, através da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa.

No que concerne à sessão de reabilitação propriamente dita, o EEER deve ter sempre a base do posicionamento correto nas 24 horas. (Branco & Santos, 2010; Menoita, 2012). Jonhstone (1979), citada por Branco e Santos (2010), refere que o posicionamento em padrão anti-espástico deve ser usado o máximo de tempo possível, fundamentalmente no repouso no leito. No posicionamento antispástico devem ser promovidos os seguintes princípios: Conforto da pessoa; Manter o alinhamento corporal da pessoa; Distribuição peso corporal de forma equitativa e equilibrada pelas várias superfícies corporais, posicionamento em padrão anti-espástico.

Os posicionamentos antispásticos a serem utilizados, se não houver contraindicação para tal são: decúbito Dorsal; decúbito lateral para o lado são; decúbito lateral para o lado afetado.

O programa de mobilizações deve ser sempre instituído num PR e estas têm como objetivo: retardar o aparecimento da espasticidade; promover o aparecimento da sensibilidade; recuperar, manter ou aumentar a força muscular; conservar a amplitude articular, mantendo a sua integridade; Promoção da melhoria da circulação sanguínea de retorno. Estas podem ser vários tipos, consoante o grau de força polisegmentar da pessoa alvo de cuidados: mobilizações passivas, mobilizações ativo-assistidas, mobilizações ativas; mobilizações ativas-resistidas (Branco & Santos, 2010; Menoita, 2012).

As atividades terapêuticas visam recuperar a funcionalidade motora, através da recuperação do movimento, com exercícios de base no desenvolvimento neuromotor da criança. (Branco & Santos, 2010; Menoita, 2012). Exercícios como a ponte (imagem 3), o rolar, a rotação controlada da anca. Outras estratégias utilizadas são a facilitação cruzada (imagem 4) e terapia de restrição e indução ao movimento (imagem 5).

Destacamos a terapia de restrição e indução ao movimento, nomeadamente para um estudo realizado no ano de 2019, em que a restrição de movimento teve impacto positivo no ganho de força muscular do membro parético e conseqüentemente melhorou o autocuidado (Candan & Livanelioglu, 2019).

Imagem 3 – Exercício da ponte



Fonte: Menoita (2012)

Imagem 4 – Facilitação Cruzada



Fonte: Menoita (2012)

Imagem 5 - terapia de restrição e indução ao movimento



Fonte. Menoita (2012)

Como já referido anteriormente, o padrão espático pode instalar-se na pessoa com hemiparesia ou hemiplegia.

O EEER deve o mais precocemente possível adotar e incentivar nos seus pares a adoção de posturas inibitórias do padrão Espático. Tal postura ou posicionamento é designado de padrão antispástico, sendo representado por (Menoita, 2012):

- Alinhamento da cabeça com o corpo;
- Protacção do ombro com rotação externa extensão e abdução da articulação escapo-umeral;
- Extensão do Punho e dedos em abdução
- Extensão do tronco, com báscula posterior da bacia;
- Rotação interna e flexão da coxo-femoral;
- Flexão do joelho;
- Dorsiflexão da tibiotársica e eversão do pé.

Segundo Menoita (2012), as mobilizações passivas devem ser iniciadas logo que a pessoa estabilize de um ponto de vista hemodinâmico. A Direção Geral da Saúde (2011), refere na sua norma nº054/2011, que a intervenção na mobilidade deve iniciar-se nas primeiras 24 -48 horas pós AVC. A mobilização antispástica da pessoa com AVC baseia-se em exercícios isotónicos que devem ser realizados lentamente a um ritmo constante, pois a espasticidade é evidenciada pelo grau de excitabilidade do fuso muscular. Os exercícios isotónicos implicam trabalho muscular dinâmico, com contrações concêntricas e excêntricas. As contrações concêntricas permitem "...o encurtamento das fibras musculares, quando o músculo se contrai, e as inserções do musculo movimentam-se em aproximação" (Menoita, 2012, p. 86). Nas contrações excêntricas "... as fibras musculares alongam-se e as inserções do musculo afastam-se" (Menoita, 2012, p.86).

Os exercícios realizados com movimentos rápidos poderão induzir hipertonia espástica, como tal, devem ser mobilizadas todas as articulações com movimentos lentos e progressivos, mantendo sempre o posicionamento antiespástico e dando ênfase no movimento que o contraria (Menoita, 2012).

O EEER, idealmente deve proceder à mobilização passiva dos membros afetados no mínimo 3 vezes por dia (Menoita, 2012).

O EEER, no seu quotidiano profissional, utiliza para avaliação quantitativa da espasticidade, a escala de Ashworth, avaliando a resistência ao movimento passivo (kitsos et al., 2011). A aplicação da escala é condicionada à percepção e experiência do enfermeiro

em relação à intensidade de resistência sentida durante o estiramento que deve ter em ponderação a característica do aumento, velocidade dependente, do estiramento (Silva, 2013).

A intervenção e reabilitação precoce, ou tratamento profilático, pode reduzir ou até prevenir o desenvolvimento de espasticidade após o AVC (Ryu et al., 2010).

Um estudo de 2017, verificou o efeito positivo de medidas não terapêuticas de aplicação de calor e frio, no tratamento da espasticidade, nomeadamente na melhoria da amplitude de movimentos da articulação (Moraes et al., 2017).

Segundo um estudo de 2013, quando a espasticidade é de tal forma incapacitante, devem ser tomadas opções terapêuticas. A *toxina botulínica tipo A* é uma opção terapêutica, concomitantemente com o PR. Objetivamente pode reduzir o tónus muscular no adutor do ombro, flexor do cotovelo, punho e dedos, em pessoas com espasticidade dolorosa e incapacitante. A nível terapêutico está comprovado que a administração local da *toxina botulínica tipo A*, tem efeitos positivos na melhoria da capacidade funcional, nomeadamente do membro superior associado à espasticidade, em pessoas com AVC (Foley et, al., 2013).

Tal como foi descrito anteriormente, o PR e capacitação funcional, deve-se iniciar o mais precocemente possível, de preferência após as primeiras 24 horas (Direção Geral de Saúde, 2011). Os autores Sousa e Vieira referem:

“Numa fase inicial os cuidados de enfermagem podem ter uma abordagem mais centrada na prevenção de complicações, mas progressivamente, à medida que se alcança uma maior estabilidade da pessoa e conhecimento da etiologia do AVC, estes cuidados devem obrigatoriamente ser centrado no retorno a uma vida ativa”. (Sousa & Vieira, 2016, p. 467)

Ou seja, numa fase inicial o EEER deve basear os seus cuidados na prevenção das associadas ao AVC, bem como na consciencialização e instrução dos seus pares para agirem em conformidade. Numa fase posterior e assim que possível, iniciar -se o PR funcional motora, indo em conta as necessidades da pessoa alvo de cuidados.

A duração de cada sessão de treino não é consensual nem clara. De acordo com Branco e Santos (2010) define-se claramente é o número de repetição para as mobilizações, sejam elas ativas, ativas – assistidas, resistidas ou passivas que devem ser

2 a 3 vezes por dia e no mínimo 10 repetições em cada segmento articular, executadas até ao limite da dor e/ou tolerância da pessoa. Assim, antecipámos para o PR adjacente a ao projeto de intervenção profissional, a implementação de 1 a 2 sessões de mobilizações por dia, que serão caracterizadas pelo aumento gradual em termos de número de repetições, de 6 a 12 repetições, e do número de séries, de 1 a 3. Um programa de mobilizações tem por objetivo: preservar a integridade das estruturas articulares; manter a amplitude de movimentos; sustentar a flexibilidade; evitar aderências e contraturas; promover a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa, contribuindo na sua autoestima (Menoita, 2012).

4. OBJETIVOS

Neste capítulo, explanamos os objetivos do percurso formativo e da realização do Relatório.

Enquanto enfermeiro especialista, o objetivo é adquirir as competências comuns de Enfermeiro Especialista, explanadas no regulamento nº 140/2019 da OE. Competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria continua da qualidade, da gestão de cuidados e aprendizagens profissionais.

Enquanto EEER, determina-se como objetivos adquirir as competências de EEER, fundamentado no regulamento nº 329/2019 da OE e tendo por base o programa intitulado “Reabilitação precoce da Pessoa com AVC”. Os objetivos específicos são: Avaliar a funcionalidade motora da pessoa com AVC; Identificar os diagnósticos de ER; Planear as intervenções de ER para prevenção de alterações da funcionalidade motora e para a promoção da autonomia; Avaliar a eficácia da implementação do PR motora para a prevenção da espasticidade da pessoa com AVC; Identificar os benefícios da implementação do PR, com particular ênfase para os benefícios em termos de incremento da força muscular, prevenção/diminuição da espasticidade, capacitação para o autocuidado, melhoria da capacidade para a realização das Atividades de Vida Diárias. Capacidade de análise reflexiva para avaliação dos cuidados prestados.

O grau de Mestre foi legalizado através do decreto de lei nº 74/2006 de 24 março de 2006 e mais tarde revisto com o decreto de lei nº 65/2018 de 18 agosto de 2018. Nas competências de mestre, os objetivos passam por usar como base a formação adquirida no âmbito do curso de mestrado, a experiência profissional desenvolvida ao longo dos anos enquanto enfermeiro de cuidados gerais consolidadas em evidencias científicas. Capacitação para lidar com situações inesperadas e fora do domínio e área de conforto, usando para isso experiência profissional e aptidão de análise reflexiva e de pensamento lógico e científico. Desenvolver a capacidade de investigação científica para prestar cuidados de forma sustentada. Participar e incentivar os pares a integrarem a formação continua de forma a aprofundar os conhecimentos e na partilha de informação e ideias. Manter sempre uma postura proactiva na indagação constante de otimizar a minha prestação enquanto futuro mestre.

Justificação de Estratégia de Intervenção

Qualidade de Vida

O AVC, tal como outras doenças, surge como um dos grandes fatores desencadeantes de comprometimento ou défice na qualidade de vida da pessoa acometida. Sendo que um dos objetivos do projeto de intervenção é a promoção da qualidade de vida, vamos abordar de forma geral este conceito.

A OMS definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (OMS, 1946). O conceito de qualidade de vida não está bem conceptualizado e não é consensual (Fleck, 2001). Historicamente, a OMS reuniu vários especialistas em 1995, formando o grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (Fleck, 2000). Assim, foi criado um instrumento de avaliação da qualidade de vida e foi elaborado um conceito para qualidade de vida. Foi então definido qualidade de vida como o a percepção da pessoa, a sua posição na existência do contexto cultural e sistema de valores nos quais vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995). Continuou a ser um conceito ambíguo e amplo que abrange a complexidade individual de cada pessoa (Fleck, 2000).

O conceito de qualidade de vida começa a ganhar relevância gradual na prática dos cuidados de saúde a partir dos anos 80, aumentando a sua relevância no discurso e prática por parte da comunidade de saúde (Lowy, 2004). É com base na doença crónica o interesse em avaliar a qualidade de vida tem sido maior, sendo que a relevância da conceptualização deste conceito está profundamente ligada à evolução das doenças prolongadas (Lowy, 2004). Sendo o conceito qualidade de vida, muito abstrato, adotou-se então o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde.

A qualidade de vida relacionada com a saúde é definida como a percepção da qualidade de vida atribuído à duração da mesma, na alteração por incapacidade, capacidade funcional e pelas consequências sociais, resultante de doença ou de um acontecimento que coloque em causa a capacidade funcional (Tubone, 2007). Esta compreende quatro domínios: físico, relativamente à dor e desconforto que possa ser causada pela doença; funcional, na capacidade de autonomia da pessoa; psicológico, que influencia de forma direta a percepção da pessoa pela sua qualidade de vida e interação social, relacionada diretamente com a própria autoestima que tem consequências na relação com terceiros (Tubone, 2007). É de conhecimento que a atuação de EEER insere-se em todo o ciclo

vital e em qualquer circunstância, pelo que a promoção da qualidade de vida é uma base sólida da prestação de cuidados de ER.

Dor

Tal como foi referido anteriormente, adjacente ao padrão espático, podem estar presentes dor, desconforto e contraturas. A dor é bastante complexa é denominada de quinto sinal vital (OE, 2015). Esta, por norma está sempre presente num padrão espático, como emanado na literatura. O controlo e alívio da dor e da incapacidade, é fundamental para qualquer PR, dado que melhora a função pela restauração do movimento (Pino, 2019).

O processo de envelhecimento é, por norma, baseado na prevalência de doenças crônicas e degenerativas, acompanhados pelo fenómeno da dor, aumentando a incapacidade funcional e dependência. A dor crónica está na base de comorbilidades, que se prolonga por meses ou anos e, em muitos dessas patologias, a dor é a principal queixa e causa de limitações funcionais (Pino, 2019). Um estudo realizado no Brasil em 2015, determinou o predomínio de dor crónica em pessoas de faixa etária superior a 60 anos. Por sua vez a dor crónica mais incomodativa no dia, chega a atingir 50% dos idosos e possuía intensidade moderada para 45,8% deles e forte e muito forte para 46% (Dellaroza et al. 2015). A dor crónica que mais incomodava os idosos relaciona-se a incapacidades nas AVD's e alteações na funcionalidade motora.

Outra situação em que a dor é insidiosa, é na presença de “ombro doloroso”. O síndrome do ombro doloroso é caracterizada por dor e impotência funcional, que afeta estruturas responsáveis pela movimentação do ombro, incluindo articulações, tendões, músculos, ligamentos e bursas (Ejnisman et al., 2008). O ombro doloroso é provavelmente a complicação musculo esquelética mais frequente, resultando da plegia do membro superior na pessoa com AVC (Santos & Festas, 2008).

A pessoa com dor, tem tendência a posicionar-se de forma defeituosa, de modo a aliviar o desconforto, como tal é premissa fundamental na atuação do EEER, estar alerta para a avaliação e controlo da dor, de modo a evitar complicações, recorrendo a escalas de avaliação de dor (Pino, 2019).

A dor e o desconforto que esta causa, tem impacto direto na qualidade de vida da pessoa.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo passamos a apresentar o projeto de intervenção profissional aplicado no Estágio Final, realizado no serviço de Medicina Interna.

5.1 Metodologia

O objetivo da metodologia é delinear as normas de investigação que permitem obter o objetivo que procuramos (Vilelas, 2017). A metodologia usada neste relatório, vai em conviência com a metodologia tipo de investigação-ação.

A investigação - ação consiste, pois, num processo contínuo de investigação e aprendizagem com o objetivo fundamental de desenvolver ou descobrir aspetos do conduzir à mudança e à melhoria (Ferreira, 2008). A investigação - ação tem por base um projeto de construção, cujos objetivos visam não apenas a produção de um novo conhecimento, mas também a possibilidade de dar resposta a um problema real. O investigador envolve-se com a organização ou o grupo que pretende levar a cabo a mudança. O próprio processo incentiva o investigador a experimentar o problema. O objeto de análise não se define fora dos sujeitos que vivem a situação problemática, mas conjuntamente com estes. Como tal é reconhecido e situado num contexto de espaço-tempo que se constitui a partir de uma experiência vivida como problemática pelo sujeito ou sujeitos

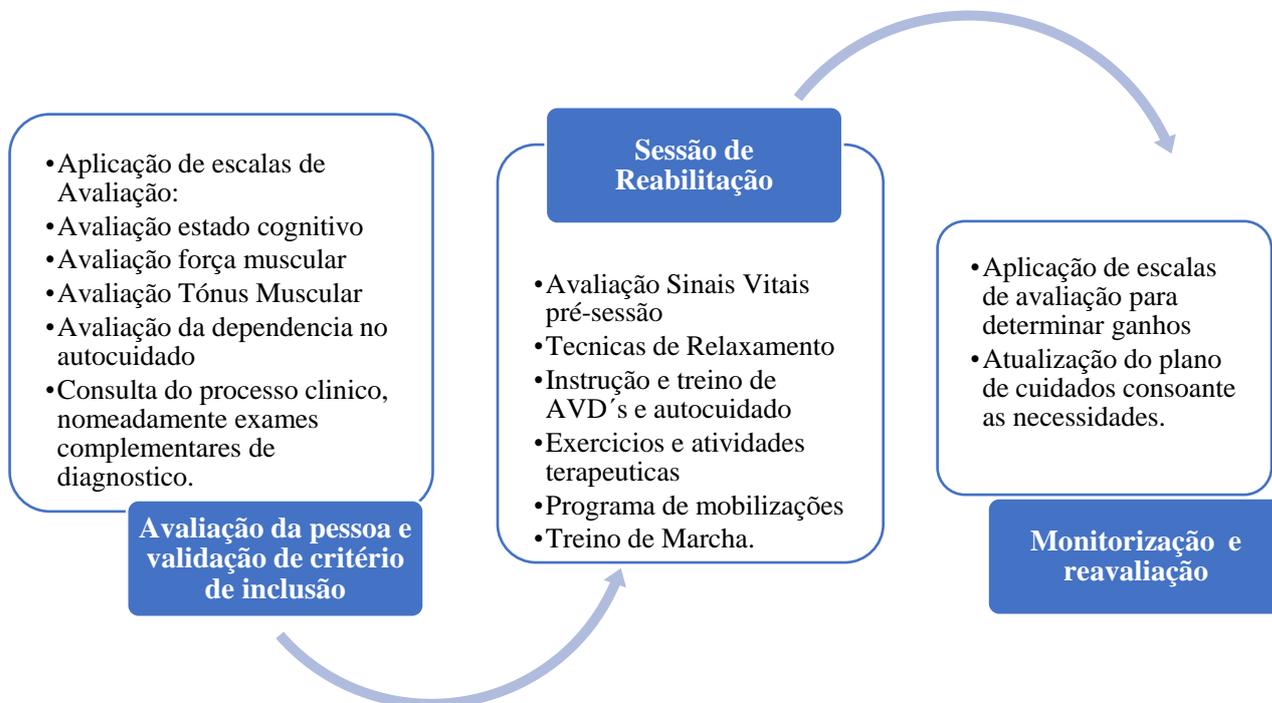
Neste capítulo será exposto o tipo de estudo, população e amostra, instrumentos e técnicas de colheitas de dados e princípios éticos. O projeto de intervenção contemplou a implementação de um PR nas pessoas internadas e identificados com o diagnóstico de AVC com idade superior a 18 anos.

5.2 Estratégias de Intervenção Profissional

Como foi referido anteriormente foi elaborado um projeto de intervenção profissional, ou seja, um plano de trabalho para solucionar um problema e que foi alvo de preocupação da nossa parte (Nunes et. al, 2010).

Para clarificação da sequência do PR, que foi elaborado no projeto apresenta-se o seguinte fluxograma:

Imagem 6 – Fluxograma Programa de Reabilitação a pessoa acometida por AVC



Fonte: o Próprio

Antes de cada sessão de reabilitação, é fundamental o exame objetivo da pessoa, nomeadamente o estado de consciência, a força muscular, tônus muscular e avaliação dos seus parâmetros vitais (Menoita, 2012). A consulta do processo clínico também é importante, pois permite descortinar alterações que possam influenciar a prestação da pessoa alvo de cuidados, nomeadamente nos exames complementares de diagnóstico, como as análises sanguíneas, gasométria arterial, Electrocardiograma (ECG) e a tomografia axial computadorizada (TAC). Após esta primeira avaliação, numa tentativa de relaxar a pessoa, evitar stress e ansiedade gerados pela situação em si e promover a descarga muscular, executámos técnicas de repouso e relaxamento com recurso a dissociação dos tempos respiratórios e controlo da respiração (OE, 2018).

De acordo com a CIPE (OE, 2015), e os focos levantados por este sistema, o PR teve enfoque no seguinte:

Foco → Movimento Muscular:

- Avaliar a força e Tónus muscular com recurso às escalas anteriormente referidas;
- Mobilizações realizadas consoante o grau global de força, da região distal para a proximal, nomeadamente (Menoita, 2012; Branco & Santos, 2010):
 - Flexão/extensão e abdução/Adução dos dedos da mão, mais oponência e rotação do polegar.
 - Flexão/Extensão e desvio cubital e lunar do punho
 - Supinação/Pronação do antebraço;
 - Flexão/Extensão do cotovelo;
 - Rotação Interna/Externa, Abdução/Adução; Flexão/Extensão; Elevação/Depressão e Rotação do ombro.
 - Flexão/Extensão e Abdução/Adução dos dedos dos pés.
 - Eversão/Inversão e Dorsiflexão/Flexão plantar da tibiotársica;
 - Flexão/Extensão do joelho.
 - Rotação Interna/Externa, Abdução/Adução, Flexão/Extensão, Circundação da articulação coxo-femoral;

O indicado na bibliografia é 1 a 2 sessões de mobilizações por dia, que são caracterizadas pelo aumento gradual em termos de número de repetições, de 6 a 12 repetições, e do número de séries, de 1 a 3, respeitando o limiar a dor e tolerância da pessoa. A implementação de um programa que inclua a realização de exercícios de mobilização tem por objetivos: preservar a integridade das estruturas articulares; manter a amplitude de movimentos; sustentar a flexibilidade; evitar aderências e contraturas; promover a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa, contribuindo assim de forma positiva, na sua autoestima (Branco & Santos, 2010; Menoita, 2012; Vieira & Sousa, 2016).

- Instrução e treino de exercícios isométricos pelo lado afetado da pessoa:
 - Quadrícipites, abdominais, glúteos e isquiotibiais.
- Instrução e treino de Atividades Terapêuticas:
 - Rolar;
 - Exercício da Ponte (Extensão lombo-pélvica);
 - Rotação Controlada da Anca;

- Automobilizações do membro superior afetado.

Foco → Posicionar

- Posicionar a pessoa em padrão antispástico nos diferentes decúbitos, tendo sempre em consideração o estado do tecido cutâneo e tolerância da pessoa à posição:
 - Decúbito Dorsal;
 - Decúbito lateral para o lado afetado (plégico/parético)
 - Decúbito lateral para o lado são ou menos afetado;
- Assistir no posicionamento

Foco → Autocuidado Transferir-se:

- Avaliar conhecimento prévio para Autocuidado;
- Instrução e treino de transferência para a posição de sentado;
- Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico;
- Instrução e treino para a posição ortostática;
- Instrução e treino para fazer a rotação e transferência para a posição de sentado na cadeira de rodas com controlo da descida e suporte dos membros superiores nos braços da cadeira;

Foco → Autocuidado Uso do Sanitário:

- Instrução e treino de transferência para cadeira sanitária;
- Incentivo de uso do sanitário;

Foco → Autocuidado Higiene e Vestir-se:

- Avaliar conhecimento prévio para Autocuidado;
- Instrução e treino no de realizar a sua higiene no leito e posteriormente no WC.
- Instrução e treino no despír-se, tendo em conta o princípio de despír primeiro o lado são);
- Instrução e treino no Vestir-se, tendo em conta o princípio de vestir primeiro o lado lesado (parético, plégico)

Foco → Andar com Auxiliar de Marcha:

- Avaliar conhecimento para técnica de Andar com Auxiliar de Marcha;
- Instrução e treino de marcha com recurso a auxiliar de marcha e tipo de marcha a selecionar conforme características específicas da pessoa;
- Instrução e treino de mudança de direção com uso de auxiliar de marcha;

- Ensino sobre condições de segurança no treino de marcha, como controlo de equilíbrio corporal, desobstrução de obstáculos, uso de calçado bem-adaptado ao pé, entre outros.

Foco → Andar:

- Avaliar condições de segurança para progressão para andar sem auxiliar de marcha.
- Instrução e treino de andar, com postura adequada, de forma pausada.

Foco → Equilíbrio Corporal

- Avaliar Equilíbrio Corporal estático e dinâmico
- Instruir e executar técnica de treino de Equilíbrio

Foco → Espasticidade

- Monitorizar espasticidade, através da escala modificada de Ashworth;
- Instruir e executar técnica de exercício de muscular e amplitude articular;
- Instruir e posicionar sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade – padrão antispástico.

Foco → Pé Equino

- Avaliar Pé Equino;
- Posicionar pé com dispositivos auxiliares (por ex.: almofada);
- Instruir e executar técnica de exercício de muscular e amplitude articular.

(Menoita, 2012; OE, 2013; OE, 2015; Branco & Santos, 2010)

5.3 População e Amostra

Uma População/Amostra é entendida como um combinado de sujeitos que têm individualidades comuns, explanadas por um conjunto de critérios (Vilela, 2017).

O projeto de intervenção profissional foi aplicado no estágio final, compreendido entre o período de 13 de setembro de 2021 e 14 de janeiro de 2022. Como critérios de inclusão da amostra, foram selecionadas pessoas com o diagnóstico de AVC e com idade superior a 18 anos. Foram selecionadas para o projeto de intervenção 13 pessoas, com idades compreendidas entre os 65 e 88 anos de idade e com as quais foi realizado um mínimo de 3 sessões de ER.

5.4 Instrumentos de avaliação e Recolha de dados

O programa de ER, teve como base instrumentos e escalas para serem aplicadas ao longo do programa.

Segundo Apóstolo (2012), a avaliação através de instrumentos e escalas, é fundamental para definir um diagnóstico, prognóstico e uma avaliação clínica detalhada que permita a melhor intervenção e melhores cuidados à pessoa alvo de cuidados. Os instrumentos de colheita de dados, auxiliam na clarividência da condição de saúde da pessoa, tendo por base a dependência para a autonomia e processo terapêutico ou do desenrolar do ciclo de vida (OE, 2016).

Assim que identificadas as pessoas que a ser incluídas neste PR, foi efetuada uma colheita de dados informativos, meramente para dados estatísticos (caracterização social e clínica da amostra populacional), através de uma tabela questionário que elaborámos (apêndice I). Para coadjuvar na colheita de informação, consultou-se o processo clínico para averiguar mais informações que consideradas pertinentes. As avaliações foram divididas em três principais momentos: Avaliação Inicial, Avaliação Intermédia e avaliação Final. Nestes três momentos serão aplicados todos os instrumentos de avaliação como: Escala Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale (LCFS), para avaliação da função cognitiva (apêndice V); Escala da Força Medical Research Council Muscle Scale (MRC), para avaliação da força muscular (apêndice II); Escala de Ashworth Modificada, para avaliação do tónus muscular (apêndice III), Índice de Barthel Modificado, para avaliação do grau de dependência na realização das AVD's (apêndice VI). Para além da aplicação de todos os instrumentos de avaliação nos três momentos referidos anteriormente, em todas as sessões de ER intercalares foi realizada uma avaliação, antes e após da implementação dos exercícios e das intervenções planeadas, que incluiu a aplicação da escala LCFS, da escala MRC e da Escala de Ashworth Modificada. Todos os registos resultantes da aplicação dos instrumentos de avaliação foram registados em formulário próprio elaborado exclusivamente para o projeto. Posteriormente, apresentamos uma tabela com a definição dos instrumentos de avaliação.

Tabela 3 - Instrumentos de avaliação

Escala da Força Medical Research Council Muscle Scale (MRC) Intuito de avaliar a forma muscular, variável entre 6 graus, Grau 0 (Sem movimento visível ou palpável) e grau 5 (movimento normal)

Escala de Ashworth	Intuito de avaliar o tônus muscular: Variável entre 6 graus: Grau 0 (Tônus Normal) e grau 4 (Hipertonia grave)
Índice de Barthel Modificado	Intuito de avaliar o grau de independência da pessoa para a realização de 10 atividades de vida básica diárias (ABVD's). É variável entre 0 e 100 pontos e diferencia-se entre: 25 e menos pontos: Dependência Total 26 a 50 pontos: Dependência Severa 51 a 75 pontos: Dependência 76 a 99 pontos: Dependência Leve 100 pontos: Totalmente Independente
Escala Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale (LCFS)	Escala apropriada para a pessoa com lesão cerebral com o intuito de avaliar o estado cognitivo. Varia entre 8 níveis, desde o nível I - sem resposta até ao nível VIII – Propositado apropriado.

Fonte: o próprio

5.4 Princípios Éticos

Neste relatório estará salvaguardado o direito da pessoa alvo de cuidados. Segundo Cerqueira (2008), a dignidade humana é inerente a qualquer ser humano independentemente da situação de vida e do seu estado de saúde. Por base, terá sempre a consideração pela autonomia da pessoa envolvida. Segundo Oliveira e Siqueira (2004) a autonomia:

“Autonomia é palavra derivada do grego "auto" (próprio) e "nomos" (lei, norma). Significa autogoverno, autodeterminação da pessoa para assumir decisões sobre a própria vida, higidez psicofísica e social. Refere-se à capacidade do ser humano de decidir sobre seu Próprio destino. Autónoma, portanto, é a pessoa dotada para decidir livremente sobre questões relativas à sua vida. Respeitar a autonomia de alguém significa, outro assim, percebê-lo portador de dignidade e reconhecê-lo como fim em si mesmo e não simplesmente como um meio” (Oliveira & Sequeira, p. 58).

Segundo Nunes (2008), existe, assim, uma relação entre a responsabilidade e a liberdade que se prende com a capacidade do indivíduo de escolher algo livremente, sendo assim responsável pelas suas condutas.

A considerar o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), a dignidade humana diz sobretudo respeito à realização do próprio e é considerado um valor essencial, vocacionado para um fim, pelo que nenhum ser humano, deve, em circunstância alguma, ser utilizado como um meio, tornando-se essencial reconhecer um ser humano livre e com capacidade de decisão (CNECV, 1999).

Como tal, precedente à inclusão da pessoa no estudo, foi inicialmente informada claramente de todas as componentes do PR. O anonimato e privacidade da pessoa foram salvaguardados. Foi dada a possibilidade à pessoa de requerer a suspensão na participação do estudo a qualquer momento da sua implementação.

Considerado o recomendado na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013), após atestar que o participante integrou e compreendeu a informação que lhe foi fornecida, o profissional de saúde deve obter o consentimento livre e informado por escrito. Caso o potencial participante não seja capaz de decidir, este consentimento deverá ser pedido ao seu representante legal. Nesse sentido, no Apêndice VII, poderá ser consultada a Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido proposta para o programa elaborado. O documento foi redigido e assinado em duas vias, sendo que uma fica na posse do participante e a outra na posse do investigador.

Foi requerida autorização à comissão de ética da Universidade de Évora e do centro hospitalar onde foi aplicado o PR. A resposta foi positiva de ambas as entidades para a aplicação do projeto de intervenção profissional.

5.5 Resultados do plano de intervenção

Após a implementação do programa, procedemos neste ponto à caracterização sociodemográfica da amostra e à constatação dos resultados do PR, colocando em destaque o resultado da aplicação dos instrumentos de avaliação e outros dados pertinentes para o estudo.

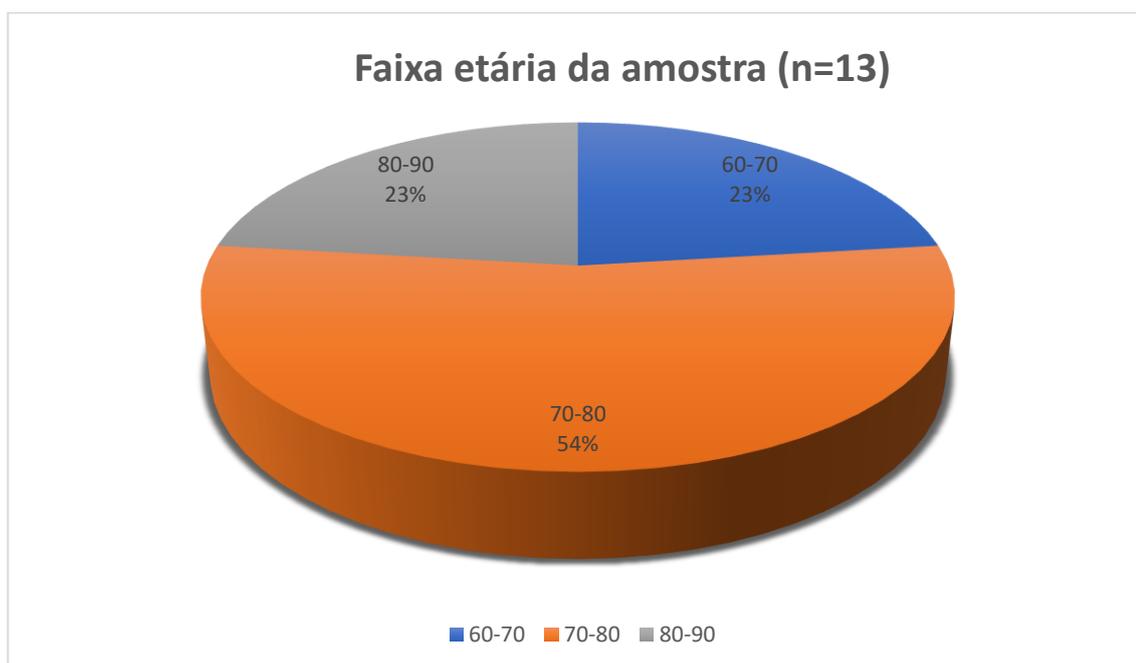
Verifica-se que dos 13 participantes a amostra (n=13), a idade é compreendida entre os 65-88 anos de idade. A idade média é de 76,6 anos. Verifica-se 3 pessoas na faixa etária dos 60-70 anos (23,07%), 7 pessoas na faixa etária dos 70-80 anos (53,84%) e 3 pessoas na faixa etária entre os 80-90 anos (23,07%) (Tabela 4, Gráfico 1).

Tabela 4 – Distribuição da amostra pela Faixa Etária

60 - 70	n=3
70-80	n= 7
80-90	n=3

Fonte: o próprio

Gráfico 1 – Distribuição da amostra pela Faixa etária



Fonte: o próprio

Relativamente ao sexo, constatamos 5 pessoas do sexo feminino (n=5) e 8 do sexo masculino (n=8). No que toca ao estado civil, 8 pessoas são casadas (n=8), 3 viúvas (n=3) e 2 pessoas solteiras (n=2). Na variável habilitações literárias, atestamos formação superior para 1 pessoa (n=1), formação secundária para 2 pessoas (n=2), formação básica para 3 pessoas (n=3) e formação primária para 7 pessoas (n=7). No que à nacionalidade diz respeito, 10 pessoas de nacionalidade portuguesa (n=10) e 3 pessoas de outras nacionalidades (n=3). Os dados são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica da amostra

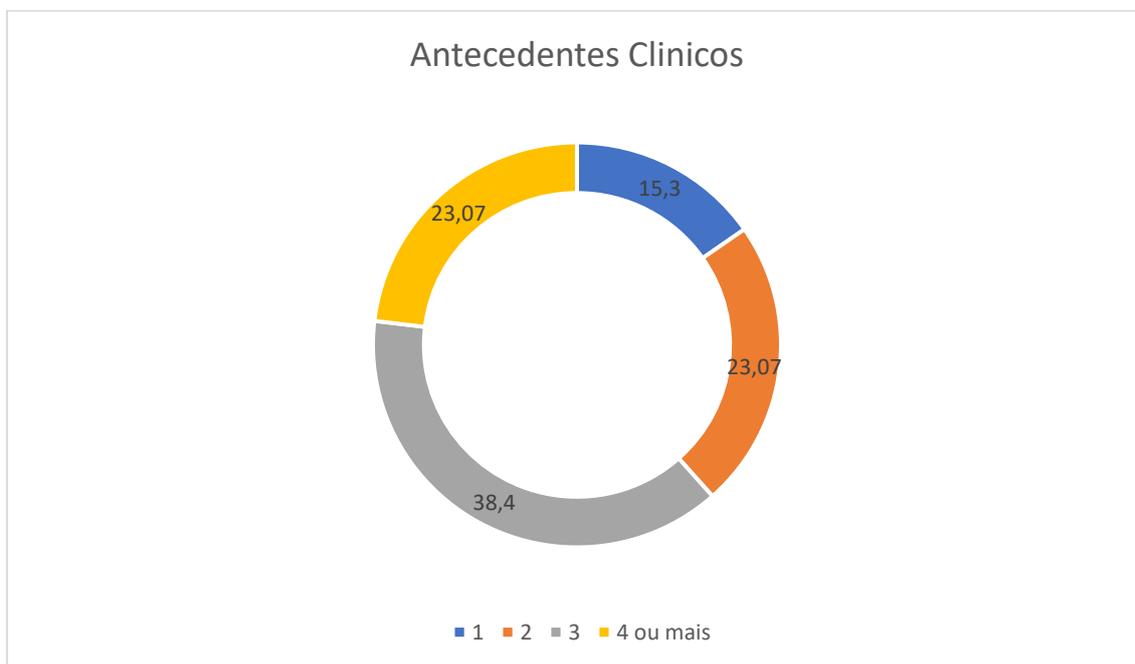
<i>Amostra n=13</i>	
<i>Sexo</i>	Feminino – 5 (38,4%) Masculino -8 (61,5%)
<i>Estado civil</i>	Casado – 8 (61,5%) Viúvo – 3 (23,1%) Solteiro – 1 (7,6%)
<i>Habilitações</i>	Formação superior – 1 (7,6%) Formação secundária – 2 (15,3%) Formação básica – 3 (23,1%) Formação primária – 7 (53,8%)
<i>Nacionalidade</i>	Portuguesa – 10 (76,9%) Outras – 3 (23,1%)

Fonte: o próprio

Antecedentes Pessoais Clínicos - Comorbilidades

No que concerne às comorbilidades presentes no momento de avaliação, notamos a presença de pelo menos um antecedente clínico em 2 pessoas (n=2), 3 pessoas com 2 antecedentes clínicos (n=3), 5 com 3 antecedentes clínicos (n=5) e 3 com 4 ou mais antecedentes clínicos (n=3). A destacar dos antecedentes clínicos, a HTA, diabetes mellitus, dislipidemia, fibrilhação auricular, insuficiência renal crónica e outros episódios isquémicos e/ou hemorrágicos antecedentes (Gráfico 2)

Gráfico 2 – Prevalência de antecedentes clínicos na amostra



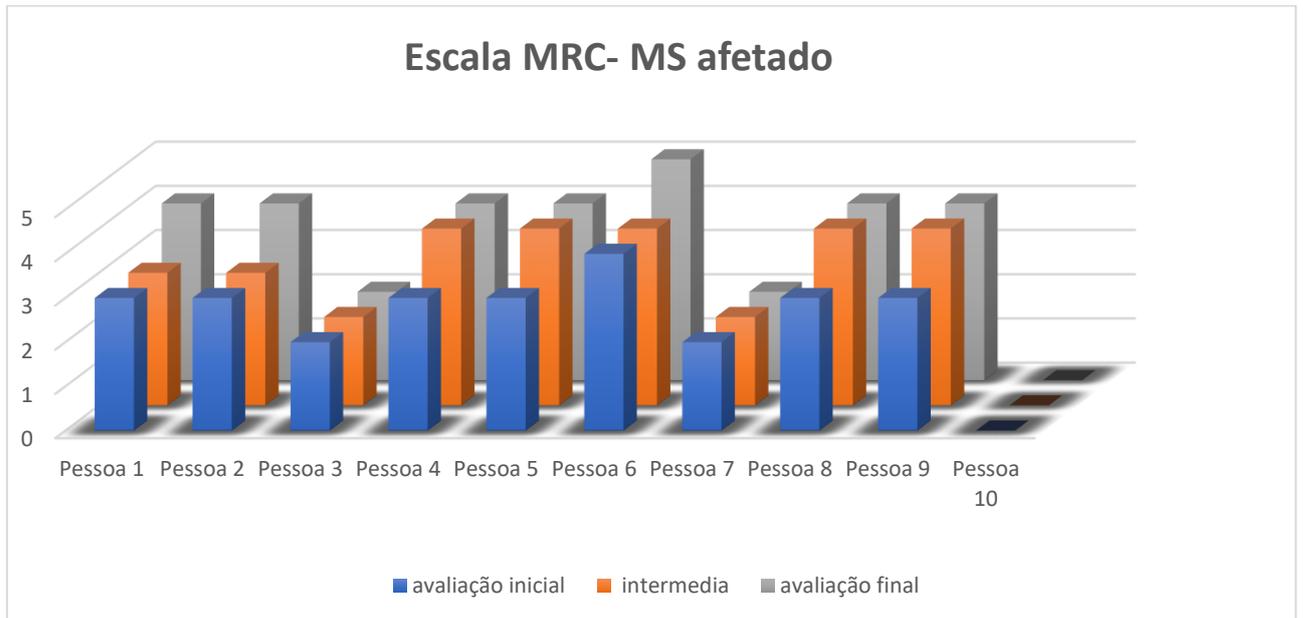
Fonte: O próprio

Escala Medical Research Council (MRC)

Relativamente às escalas de avaliação, iniciamos a apresentação dos dados, com a escala da força muscular, MRC.

Verificamos que da amostra de 13 pessoas, 3 pessoas tinham a força mantida e grau 5 em todos os polisegmentos articulares. Começando pelo membro superior, da restante amostra (n=10), 3 pessoas não apresentaram incremento da força muscular, tendo mantido durante o espaço temporal do plano de reabilitação o mesmo grau de força. Constatamos que 7 pessoas apresentaram aumento da força muscular (Gráfico 3).

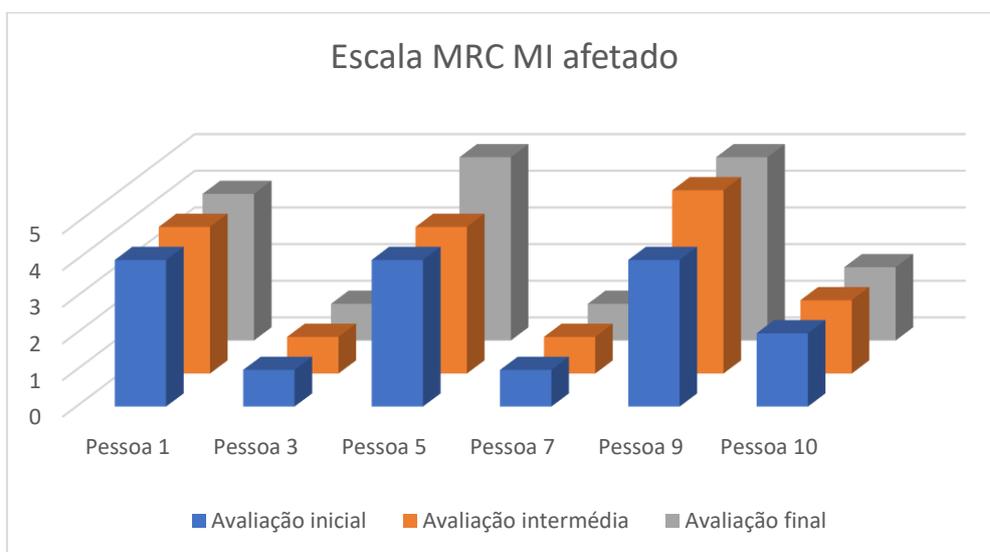
Gráfico 3 – Escala MRC no Membro superior (MS) Afetado



Fonte: o próprio

Relativamente ao membro inferior, das 10 pessoas com défice na força muscular no membro superior, em 6 dessas pessoas era concomitante por diminuição de força no membro inferior do hemicorpo afetado. Em 2 pessoas, houve melhoria da força muscular do membro inferior afetado (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Escala MRC no Membro inferior (MI) afetado



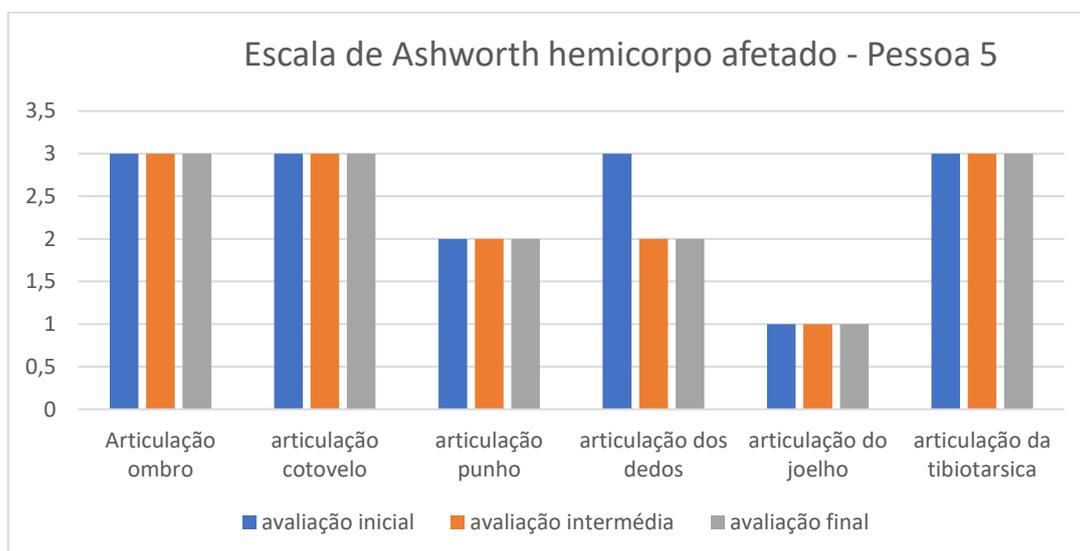
Fonte. O próprio

Escala de Ashworth – Tónus Muscular

No que concerne à Escala do Tónus Muscular, a referir que, 3 (n=3) pessoas já apresentavam alteração da escala prévia ao início do PR. Os restantes elementos da amostra, 10 pessoas (n=10), apresentaram valor 0 em todas as avaliações e em todos os polisegmentos articulares.

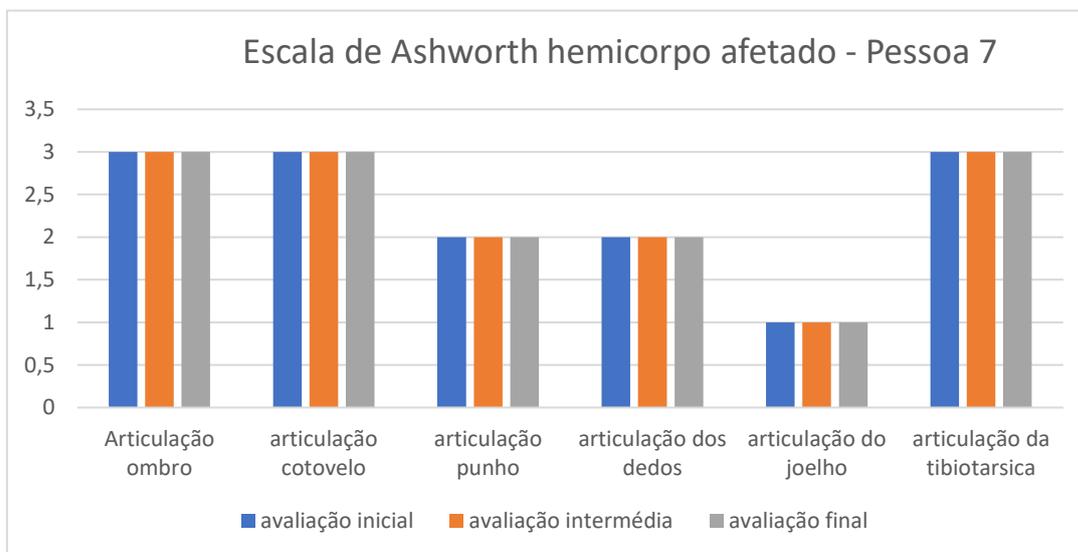
Como tal, iremos apresentar os valores das pessoas (n=3), já com alterações e que mantiveram durante aplicação do programa, o mesmo valor e tonicidade associada, ou seja, a pessoa nº5, a pessoa nº7 e a pessoa nº10 (Gráfico 5, 6, 7).

Gráfico 5 – Escala de Ashworth do hemicorpo afetado da Pessoa 5



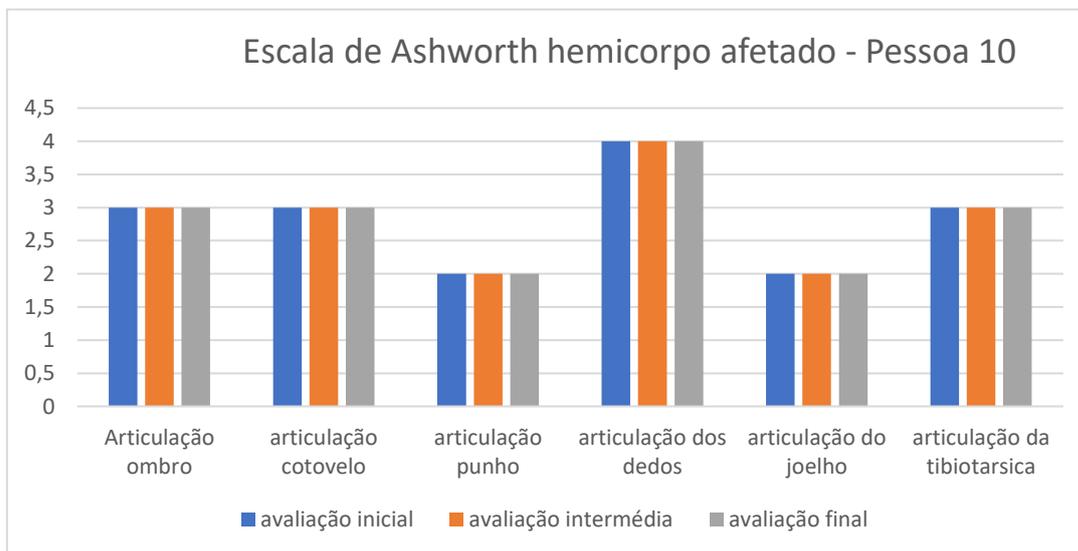
Fonte: o próprio

Gráfico 6 – Escala de Ashworth do hemicorpo afetado da Pessoa 7



Fonte: o próprio

Gráfico 7 – Escala de Ashworth do hemicorpo afetado da Pessoa 10



Fonte: o próprio

Índice Modificado de Barthel

Com objetivo de avaliar a capacidade funcional da pessoa foi utilizado o índice de Barthel, como tal na tabela nº 5 encontram-se as avaliações individuais para o índice de Barthel nos três momentos de avaliação. Verificamos que na amostra, 3 pessoas (n=3) eram independentes, que o mantiveram durante a aplicação do PR. Como se pode confirmar pelos dados, houve evolução no índice de Barthel, exceto em 3 pessoas, que mantiveram sempre o nível de dependência total. No gráfico 8, a evolução positiva da média do índice de Barthel da amostra do estudo, com um valor de 45 na avaliação inicial, 48,8 na avaliação intermédia e 53,8 na avaliação final. Salientamos no mesmo gráfico os valores do desvio padrão (DP), que se mantiveram praticamente inalteráveis. Destacamos igualmente o gráfico 9, com a evolução percentual do índice, onde é perceptível o incremento do nível de independência ao longo do PR (gráfico 9).

Tabela 6 – Índice Barthel Modificado

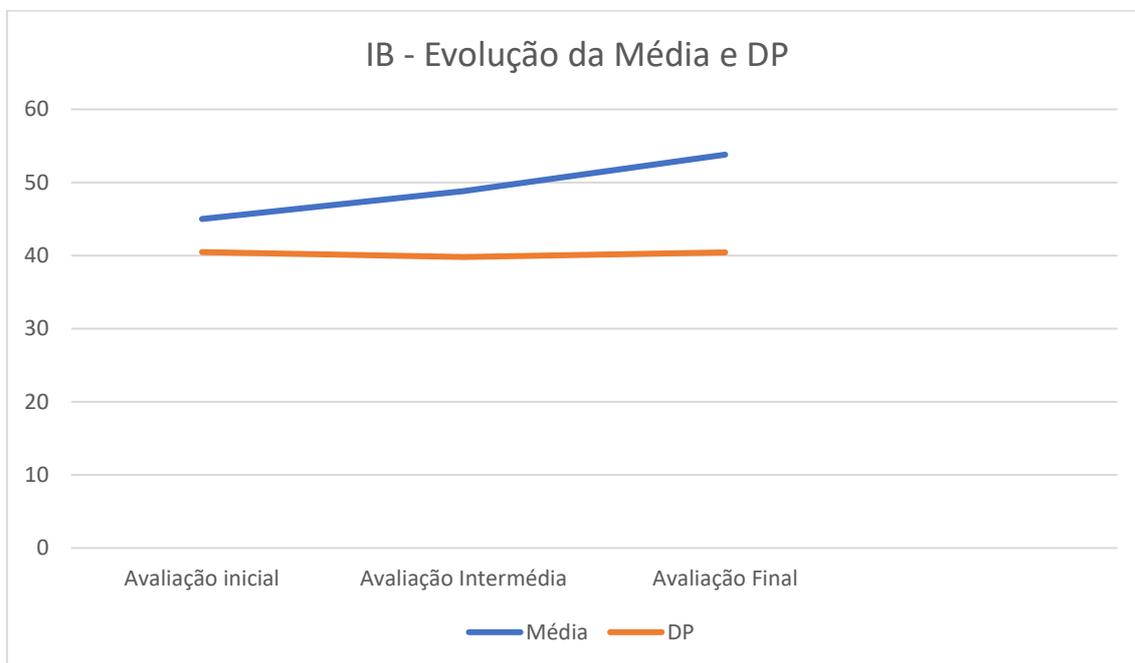
	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Pessoa 1	36	76	76
Pessoa 2	47	47	47
Pessoa 3	3	14	41
Pessoa 4	38	38	48
Pessoa 5	0	3	3
Pessoa 6	64	64	68
Pessoa 7	4	4	4
Pessoa 8	7	10	10
Pessoa 9	79	79	100
Pessoa 10	0	0	0
Pessoa 11	100	100	100
Pessoa 12	100	100	100
Pessoa 13	100	100	100
Média (n=13)	45	48,8	53,8
Desvio Padrão (DP)	40,47	39,8	40,43

Resultados

25 e menos pontos: Dependência Total
26 a 50 pontos: Dependência Severa
51 a 75 pontos: Dependência
76 a 99 pontos: Dependência Leve
100 pontos: Totalmente Independente

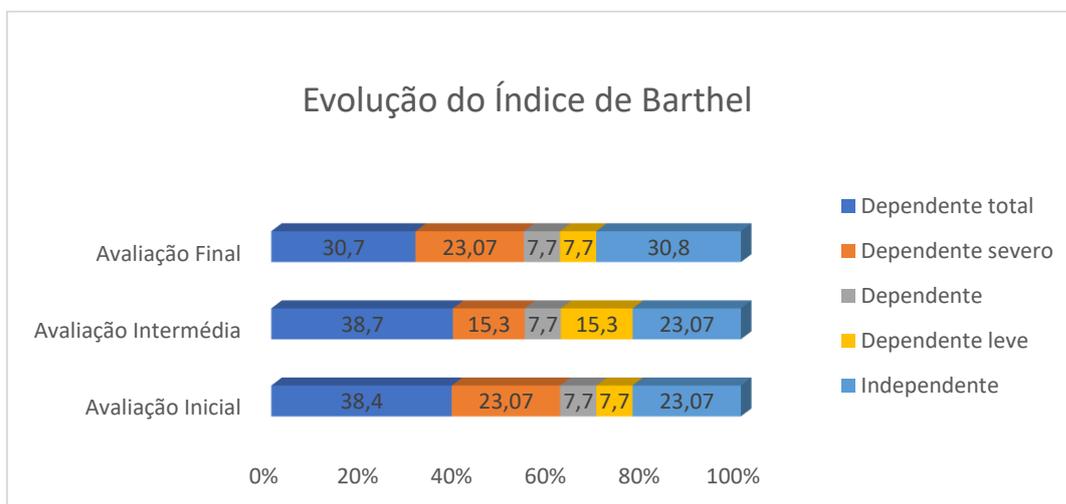
Fonte: o próprio

Gráfico 8 – Evolução do Índice Barthel (IB), relativamente à média e ao Desvio Padrão (DP).



Fonte: o Próprio

Gráfico 9 – Evolução do Índice de Barthel durante o PR



Fonte: o próprio

Escala Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale (LCFS)

Para finalizar, avaliamos o estado cognitivo da população da amostra, através da escala LCFS. Constatamos o nível de consciência mais baixo, o nível V, presente em 3 pessoas (n=3) e o nível mais alto, nível VIII, presente em 4 pessoas (n=4). Verificamos igualmente que as pessoas alvo de estudo, mantiveram sobreponíveis durante as 3 avaliações o estado cognitivo. Para justificar os dados apresentamos a tabela 7.

Tabela 7 – Escala LCFS

	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Pessoa 1	VII	VII	VII
Pessoa 2	VII	VII	VII
Pessoa 3	VI	VI	VI
Pessoa 4	VII	VII	VII
Pessoa 5	V	V	V
Pessoa 6	VII	VII	VII
Pessoa 7	VII	VII	VII
Pessoa 8	V	V	V
Pessoa 9	VII	VII	VII
Pessoa 10	V	V	V
Pessoa 11	VIII	VIII	VIII
Pessoa 12	VIII	VIII	VIII
Pessoa 13	VIII	VIII	VIII

Fonte: o próprio

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procedemos à análise reflexiva dos resultados demonstrados de forma a dar respostas aos objetivos da investigação do estudo implementado, com o apoio de suporte científico, que justifique os resultados obtidos (APA, 2010 as cited in Curren & Santos, 2014).

Relativamente à caracterização sociodemográfica, concretamente na faixa etária, verificou-se que a faixa etária com maior incidência é a dos 70-80 anos (54%), justificando o que foi referido anteriormente neste trabalho, ou seja, da prevalência de população de uma faixa etária mais elevada e com maior número de doenças crónicas. Cerca de 84% da amostra do estudo, com 2 ou mais comorbilidades, o que patenteia a tendência de presença de doenças crónicas.

No que ao sexo diz respeito, constatamos uma maior prevalência do sexo masculino (61,5%, em detrimento de 38,4%). O INE, demonstra que em 2018, a morte por doença cerebrovascular, foi prevalente em 77% no sexo masculino.

No estado civil, da amostra de 13 pessoas, constatamos que 4 pessoas não têm companheiro, ou seja, 3 pessoas são viúvas e 1 solteira. A importância de se destacar o estado civil, está diretamente relacionada com o suporte familiar no caso da prestação de cuidados do pós-alta. Aqui evidencia-se a importância da rede de suporte da RNCCI e numa fase posterior, o papel do cuidador informal. O cuidador informal é considerado como “o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (DR, 2019, p.9). O cuidador informal tem presente várias dificuldades na prestação de cuidados a uma pessoa que apresenta algum grau de dependência, este está sujeito a esforços, tensões e tarefas levando-o por vezes à exaustão, o que tem repercussões tanto a nível físico, psicológico, social e económico (Teixeira, et al, 2017). Este último parágrafo justifica a importância de englobar a rede de suporte familiar na prestação de cuidados de ER, principalmente a nível de ensinamentos e de incentivo/motivação, para que possam ser executados no ambiente informal da pessoa alvo de cuidados.

A importância da RNCCI também é relevante, dado que a grande maioria de pessoas com comprometimento da capacidade funcional, integram esta rede para continuar e

maturar o seu PR. Segundo a Assembleia da República (2006), a RNCCI foi criada em 2006, através do Decreto-lei nº 101/2006, com o propósito de assegurar os cuidados de saúde a uma população cada vez mais envelhecida e dependente, em paralelo com o aumento da esperança média de vida.

A nível da escolaridade, determinamos que 53,8% contempla o nível primário, 23,1% contempla o nível básico, 15,3% o nível secundário e apenas 7,6% correspondente a uma pessoa, com habilitações superiores. Este fator tem particular importância, tendo por base o estudo de Lei e Cai (2017), que chegaram à conclusão que o nível de escolaridade tem impacto direto na aptidão para executar o autocuidado.

Na variável nacionalidade, neste caso em concreto não existiram limitações, dado a facilidade do investigador em valer-se da língua inglesa e dos instrumentos tecnológicos hoje em dia à nossa disposição para colmatar possíveis dificuldades.

Relativamente à escala da força (MRC), nesta componente, em que foram englobados no PR, exercícios específicos de mobilizações de amplitude articular, notou-se um ganho efetivo em 70% da amostra com diminuição efetiva da força muscular no membro superior afetado (considerou-se apenas a amostra de 10 pessoas, excluindo as 3 pessoas que à avaliação inicial tinha força muscular grau 5). Em 1 pessoa, houve inclusive a restituição completa do grau de força, em que a avaliação final corresponde a grau 5 do todos os polisegmentos articulares do membro superior afetado. No membro inferior afetado, constatámos que 6 pessoas da amostra, tinham diminuição da força, e neste caso 33% da amostra obteve ganhos na força muscular global média do membro inferior afetado. Este facto corrobora uma revisão sistemática da literatura, em que os autores evidenciam os benefícios dos exercícios de amplitude articular nos ganhos de força, referindo igualmente que há a necessidade de existir um protocolo mais padronizado relativamente ao volume, intensidade, frequência e repetições (Barbosa et al., 2018). Outros artigos recentes, referem a preferência das pessoas acometidas pelo AVC, pelo treino de força muscular (Bastos et al., 2021; Geidl et al., 2018). Tal facto foi verificado em estágio, pela motivação e aplicação das pessoas da amostra, na realização de exercícios de amplitude articular. Ambos os artigos assinalam a importância de se manter uma vida ativa nos pós AVC, sendo aqui então deveras importante os ensinamentos para um estilo de vida saudável e ativa, tanto para a pessoa alvo de cuidados, como para o cuidador informal.

Aqui concluímos que foi atingido um dos objetivos para o PR, na sequência de “Identificar os benefícios da implementação do programa de reabilitação, com particular ênfase para os benefícios em termos de incremento da força muscular”.

Relativamente à escala do tónus muscular, verificámos que das 13 pessoas da amostra, 3 pessoas, ou seja, 23% da amostra já padeciam de algum grau de espasticidade. As 3 pessoas relevadas com a escala de Ashworth, são precisamente as pessoas de uma faixa etária mais alta e com maior comorbilidades associadas. Apenas a pessoa nº5, apresentou diminuição do tónus a nível das articulações dedos do membro afetado. A referir que neste caso em concreto, atuamos em complementaridade com o terapeuta ocupacional, sugerindo a este a colocação de uma ortótese de forma a inibir a posição espática do punho e da mão. Fazemos neste ponto, obviamente a ressalva que foram instruídos os colegas dos cuidados gerais e restante equipa de prestação direta de cuidados, que a sua utilização seria limitada durante um curto período do tempo ao longo do dia. Esta premissa de atuação, tem como base alguns estudos publicados sobre as ortóteses, na qual evidenciamos um estudo de 2015, que orienta para o tempo recomendado de utilização da ortótese durante 30 minutos, com efeitos positivos na espasticidade dos flexores dos dedos (Thibaut et al., 2015).

Analogamente, ao facto de não ter havido ganhos a nível da espasticidade, é consonante, com o referido por Ward (2012), que a espasticidade presente pode limitar o potencial de reabilitação. A restante amostra, constituinte por 10 pessoas, com o PR, manteve-se sem a rigidez articular em todos os polisegmentos articulares, o que se pressupõe uma escala de Ashworth sempre no valor mínimo.

No que concerne ao índice modificado de Barthel e seu principal indicador, a capacidade para a realização de 10 atividades de vida básicas diárias e sendo utilizado como uma escala do objetivo de melhorar o autocuidado, verificamos uma melhoria nos valores e consequentemente nas dependências. Tal como apresenta o gráfico 8 e 9, a média do índice incrementou, sustentando o sucesso do PR e o desvio padrão, que manteve valores consideráveis, justificado pela amostra heterogénica em termos de dependências.

Constatamos que as 3 pessoas referidas anteriormente, não obtiveram qualquer ganho no índice de Barthel e na capacidade de autocuidado. A percentagem de dependência severa diminuiu, pelo que consequentemente a percentagem de dependência leve e independência aumentou. Este fator evidencia o papel da reabilitação e da atividade física,

que influencia de forma asseverativa, o índice de Barthel e respetivamente a capacidade para executar as Atividades Básicas de Vida Diárias (Monteiro, 2012).

A última escala de avaliação é a Escala LCFS. Como demonstramos com a tabela nº 6, o nível mais diminuto que a nossa amostra contempla, foi o nível V, que corresponde a “confuso e inapropriado” (LCFS, 1990). Maioritariamente prevalece o nível VII e VIII, “automático apropriado” e “Propositado apropriado”, em cerca de 61% da amostra, sendo isso um fator relevante, para a perceção, captação e desempenho ao longo do PR. Aferimos assim, que o estado cognitivo influencia o desempenho da pessoa, na sua capacitação funcional (Castilho et al., 2018).

Sendo assim, concluímos que o PR quando aplicado precocemente, tem ganhos efetivos na capacidade funcional das pessoas. Um estudo de Hernandez et al., (2013) evidencia que a reabilitação precoce da pessoa com AVC deve ser iniciada após as primeiras 24 horas do diagnóstico. Infelizmente, neste cenário de estudo não foi possível aplicar o PR nesse espaço temporal, devido a limitações de logística dos internamentos da unidade em questão.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

As competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem são de extrema importância para o enfermeiro em processo de formação, devendo ser baseadas em critérios científicos, humanos e técnicos. Estas permitem ao enfermeiro uma maior capacidade de decisão clínica e tendo por base sempre o respeito pela dignidade humana da pessoa alvo de cuidados. Tanner ostenta:

“O julgamento clínico é extremamente complexo. É necessário em situações clínicas que são, por definição, subdeterminadas, ambíguas e muitas vezes repletas de conflitos de valores entre indivíduos com interesses conflitantes. Um bom julgamento clínico requer uma capacidade flexível e matizada de reconhecer aspetos salientes de uma situação clínica indefinida, interpretar seus significados e responder apropriadamente. Bons julgamentos clínicos em enfermagem requerem uma compreensão não apenas dos aspetos fisiopatológicos e diagnósticos da apresentação clínica e da doença de um paciente, mas também da experiência da doença para o paciente e sua família e suas forças físicas, sociais e emocionais e recursos de enfrentamento.”
(Tanner, 2006, pág. 205).

7.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O regulamento nº140/2019 da OE de 6 de fevereiro, que veio sustentar a Lei nº156/2015 de 16 de setembro, regulam as competências comuns do enfermeiro especialista. Enfermeiro Especialista é aquele a quem é reconhecido aptidões científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados (OE, 2019). As competências comuns são definidas no mesmo regulamento, no artigo 3º, na alínea a) como:

“Competências comuns: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (OE, 2019, p. 4745).

Para uma melhor interpretação das componentes legais associadas à especialização em enfermagem, também é aqui importante a definição de “domínio de competência”, que segundo a OE (2019), na alínea f) do mesmo artigo referido anteriormente, define então como “...uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.” (pág. 4745). Sendo assim a OE, define e divide o domínio de competências comuns em quatro categorias, no seu artigo 4º: a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Sendo assim reflito sobre a aquisição das competências comuns.

A. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Nesta competência, o grande objetivo é demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica (OE, 2019). Na minha consideração, princípios éticos, deontológicos e profissionais devem sempre patentear a nossa profissão e é nestes que me rego diariamente na prestação de cuidados gerais de enfermagem no meu quotidiano profissional, como tal, foi essa a minha base de atuação enquanto futuro EEER. Ao realizar o exercício seguro, através de sustentação da prática com base científica, partilhando com a enfermeiros perceptores todas as dúvidas e conclusões. A postura deontologia e ética, teve sempre como base o respeito pela individualidade da pessoa alvo de cuidados, principalmente na sua tomada de decisão, utilizando para isso o consentimento informado de todas as práticas e esclarecimento inequívoco a pessoa, considerando sempre a sua dignidade e liberdade.

Para Estorninho e Macieirinha (2014), o “Direito da Saúde integra todo o complexo normativo cujo objeto principal é proteção e promoção da saúde humana” (p. 16). De acordo com os autores anteriormente mencionados, a proteção da saúde dos indivíduos enraíza-se num pressuposto de que a “defesa da dignidade e autonomia das pessoas enquanto *prius axiológico* do sistema normativo que regula as relações jurídicas de saúde” (p. 17). A premissa nesta competência, contemplou o anonimato em todas as recolhas e colheita de dados que efetuei durante a elaboração e análise dos dados, bem como na futura divulgação. De acordo com o artigo 6º do Código Deontológico que protege o dever ao sigilo na alínea d), o enfermeiro na sua prática profissional tem o dever de: “Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Assembleia da República, 2015, p. 8103). Ao realizar o esclarecimento informado, frisei junto da pessoa alvo de cuidados e que preenchia os critérios de inclusão do meu projeto de intervenção, que seria identificada nos trabalhos posteriores com uma sigla que nada teria relacionado com as iniciais do nome.

B. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Esta competência pressupõe a aquisição e atualização contínua de conhecimentos para conseguir ser proactivo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Para Nunes (2018), obtemos o nosso conhecimento privado através de experiências pessoais e da construção reflexiva da pessoa (como conhecimento sobre si próprio), assim como do estudo, da investigação e da atualização do conhecimento. De acordo com Barbara Carper que em 1978 refere que o conhecimento pessoal está “centrado na autoconsciência, sabedoria pessoal; relacionado com o existencial, a autenticidade, a natureza de ser e tornar-se, conhecimento subjetivo” (Nunes, 2010, p.7).

Nesta competência desenvolvemos através da formação em serviço e do esclarecimento informal aos colegas de enfermagem de cuidados gerais e assistentes operacionais *in loco* durante momentos no turno. A formação em serviço, elaborei uma sessão de formação e poster informativo sobre a Imobilidade e sobre a prevenção da Espasticidade, formações essas dentro da minha área de preferência de atuação, o que me motivou bastante. Desenvolvemos dentro da equipa multidisciplinar um espírito crítico e fomentador da melhoria da qualidade nos cuidados prestados à pessoa alvo de cuidados,

principalmente em momentos de reunião da equipa multidisciplinar e junto da equipa da enfermagem e assistentes operacionais em momentos informais.

Garantimos sempre junto da pessoa alvo de cuidados um ambiente seguro e terapêutico, tal como referem padrões de qualidade enunciados pela OE (2001, pág. 10) “Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente.” Aqui mantivemos sempre o ambiente envolvente da pessoa alvo de cuidados seguro, sem componentes físicas ao redor que pudessem colocar em causa a integridade física. Atuámos permanentemente com base na relação de ajuda e relação terapêutica, utilizando uma postura tranquila e assertiva, com um tom de voz suave, mas afirmativo e acima de tudo incentivador.

C. Domínio da Gestão de cuidados

A gestão dos cuidados e equipa de enfermagem sempre foi um enorme desafio repleto de complexidade para os enfermeiros especialistas. É essencial para o domínio desta competência aprofundar conhecimento relativo a atividade de gestão de cuidados de enfermagem e a sua contribuição para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Potra, 2015). Na questão do trabalho em equipa, integrei-me de forma totalmente funcional na equipa multidisciplinar e a partir de certo momento, era considerado pelos restantes elementos da equipa, um elo importante e referência enquanto membro da equipa de reabilitação. Objetivamente, a integração foi mais fácil no serviço de medicina interna, não só pelo maior tempo de estágio, mas também por ser a minha área de atuação enquanto enfermeiro de cuidados gerais. A equipa de reabilitação, com um trabalho ativo de fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional, atuei sempre com estes em complementaridade, procurando sempre argumentar com estes elementos qual a melhor estratégia para a melhoria dos cuidados de reabilitação, formando assim um elo fulcral para a reabilitação da pessoa.

A gestão de recursos materiais fez-se em consideração ao material existente, adaptando os cuidados a esses recursos, de forma a proporcionar os melhores cuidados possíveis.

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Com esta competência pretende-se atingir a excelência de cuidados prestados, através da fundamentação científica baseada na evidencia. Para a minha pessoa, houve a necessidade de procura constante de informação para empoderar o meu conhecimento adquirido em contexto de aulas teórico-práticas e observação do Enfermeiro perceptor em ação. Segundo um estudo sobre o “saber fazer”, os autores referem: “A ciência de Enfermagem está embasada em ampla estrutura teórica, de forma a direcionar as ações dos enfermeiros, sendo o saber teórico indispensável, pois as teorias de Enfermagem representam a consolidação da ciência e arte da Enfermagem” (Farias et. al, 2018). A procura constante de conhecimento baseado em evidencia científica, para adequar os meus cuidados, esteve presente, contextualizando claro a cada situação específica da pessoa alvo de cuidados e tendo por base a sua individualidade própria e diferentes respostas a cada situação. A partilha de informação e esclarecimento de dúvidas com os enfermeiros perceptores foram similarmente bases orientadoras da minha atuação enquanto EEER.

7.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A reabilitação é uma prática multidisciplinar que se baseia em conhecimentos científicos e tem como desígnio conferir à pessoa com incapacidade ou deficiência e aos seus pares, suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem. Engloba a reeducação funcional, reinserção social e reintegração escolar ou profissional. Hesbeen (2001). Os objetivos gerais são melhorar a função com a promoção da independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima. (OE, 2019).

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à

promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (OE, 2019, pág. 13565).

A OE determina que as competências dos EEER têm 3 principais domínios.

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

No contexto clínico em específico onde foi realizado o estágio final, dado as suas características e especialidades, a população alvo foi de uma faixa etária mais elevada, compreendida entre os 65-88 anos de idade. Estas pessoas, na sua maioria com internamentos resultantes de descompensações agudas das suas patologias crónicas. A avaliação da pessoa em primeira instância, através de escalas próprias, permitiu detalhar a funcionalidade e posteriormente elaborar o melhor plano de cuidados possível para a situação específica. No serviço de Ortopedia, a população alvo corresponde a uma faixa etária menor, mais maioritariamente acima dos 65 anos. Denotei que nesta tipologia de internamento, a população internada não está tão comprometida a nível da funcionalidade motora, sendo essencialmente pessoas com processos agudos (como fraturas ou colocações de próteses) e sem comorbilidades associadas.

O meu objetivo principal foi avaliar de forma mais correta possível a funcionalidade, para posteriormente promover a autonomia da pessoa alvo de cuidados, promovendo o seu bem-estar e conseqüentemente a sua qualidade de vida. Refiro que todos estes pressupostos foram partilhados e discutidos com os enfermeiros perceptoros, bem como os restantes profissionais de saúde da equipa multidisciplinar.

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

No contexto clínico de um serviço de medicina interna e de Ortopedia, tendo em conta a pluralidade de patologias e de diagnósticos de enfermagem identificados, tive oportunidade de incentivar/promover a capacitação da pessoa na realização do seu autocuidado, efetuando para isso instrução e treino específico de AVD's, como a promoção da higiene pessoal, o uso do sanitário, o vestir e o despir-se, o levantar-se, o

transferir-se, o sentar-se e o andar com ou sem auxiliar de marcha. Foi também promovido capacitação funcional no alimentar-se e avaliação e treino da deglutição junto da pessoa alvo de cuidados. A qualidade de vida de um individuo é algo determinante para todos, e essa deve ser a principal princípio do EEER, a obtenção da qualidade de vida da pessoa alvo de cuidados. A promoção e maximização da autonomia de um individuo terá sempre um impacto extremamente positivo na sua qualidade de vida. Denotei que em alguns casos em específico, o sucesso da reabilitação é muito limitado, atribuindo nesse caso a justificação das comorbilidades com que grande parte da população alvo de cuidados se depara. No planeamento de cuidados de ER foi considerado se a pessoa alvo de cuidados estava no domicílio ao cargo de um cuidador informal, com o intuito de adaptar os ensinamentos às necessidades de cada pessoa. No estágio realizado no serviço de Ortopedia, um dos pressupostos da avaliação de ER, é descortinar as condições habitacionais e arquitetónicas do domicílio das pessoas, de forma a relevar a presença de escadas. Consequentemente instrui-se e treina-se o uso de escadas, adaptando assim o treino para o pós-alta.

J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Nesta competência em específico, a instituição de um PR específico para cada pessoa, teve por base a avaliação completa, seja a nível motor, cardíaco e respiratório. Falamos concretamente do treino funcional através da instrução e treino de AVD's e autocuidados, treino de atividades terapêuticas; técnicas de RFR para limpeza das vias aéreas, técnicas de conservação de energia. Para o efeito foram utilizados recursos materiais específicos, como monitores de avaliação de Sinais Vitais, Oximetria de Pulso, Estetoscópio. A avaliação prévia dos exames complementares diagnósticos realizados pela pessoa, como por exemplo, Raios X, Análises ao sangue, Gasometria arterial, Tomografia Axial Computorizadas, Eletrocardiogramas, etc., foi algo que esteve presente para adaptar melhor o plano de cuidados. A utilização de escalas apropriadas a cada situação, avaliando assim a capacidade da pessoa, bem como na continuidade do PR, com o objetivo de descortinar os ganhos. A capacidade de reflexão crítica sobre as práticas e delineamento das estratégias mais adequadas, contribuíram para melhorar e aprofundar a evidencia científica da prática nos cuidados de ER.

7.3 Competências de Mestre

O grau de Mestre foi legalizado através do decreto de lei nº 74/2006 de 24 março de 2006 e mais tarde revisto com o decreto de lei nº 65/2018 de 18 agosto de 2018. Estão patentes nos decretos que as competências de Mestre devem ser: a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentados em conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, desenvolvidos e aprofundados, e que permitam a base de desenvolvimento e aplicações originais em contexto de investigação; b) Usar corretamente a aplicabilidade de conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em circunstâncias inesperadas e fora da sua área de conforto; c) Aptidão de integrar conhecimentos, encarar questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitir pareceres em situações de informação limitada ou incompleta, abrangendo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ter a capacidade de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara concreta; e) Demonstrar ter competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo principalmente auto-orientado ou autónomo.

A frequência do curso de mestrado de enfermagem, particularmente da sua componente teórica, permitiu e empoderou-me de conhecimento científico, principalmente ao que concerne na especialidade de ER. Refiro igualmente que houve durante os estágios a constante atualização de conhecimentos através de pesquisas bibliográficas e posteriormente mobilização de conhecimentos, previamente argumentados com os enfermeiros perceptores. Estes foram transitados para a prática, permitindo a capacidade de reflexão crítica sobre as práticas e delineamento das estratégias mais adequadas, para o melhor desempenho possível junto da pessoa alvo de cuidados. A elaboração e posteriormente a aplicação do projeto de intervenção pessoal suportado num programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa acometida por AVC, possibilitou-me um melhor conhecimento e capacitação em adaptar as estratégias junto da pessoa alvo de cuidados, sustentado sempre em responsabilidades éticas, morais e na promoção da dignidade da pessoa. Durante a ocorrência do Estágio Final e fora do contexto, foi realizado um poster intitulado por *“Impacto da intervenção do enfermeiro de especialista em Enfermagem de reabilitação na recuperação e capacitação da pessoa, ao nível da promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade de vida relacionada*

com a saúde.” com a colaboração de outros colegas do mestrado e da enfermeira perceptora. O poster foi apresentado nas primeiras jornadas de Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA) e no e-congresso internacional de enfermagem de reabilitação da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (APER).

Em suma e num brevíssimo resumo, considero ter atingido de forma positiva todas as competências inerentes à realização dos Estágio em Enfermagem de Reabilitação e Estágio Final. Estas serão o sustento da minha atuação enquanto futuro EEER.

8. CONCLUSÃO

A realização do Relatório foi complexa e desafiante, mas com ganhos efetivos para a capacidade de análise reflexiva, lógica e científica. Neste Relatório foi explanado o percurso formativo no âmbito do mestrado em Enfermagem, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, em Évora, tendo por base os estágios em Enfermagem de Reabilitação, Estágio Final e todo o percurso formativo.

Este contempla a caracterização dos locais de estágios, bem como os cuidados de EEER e sua dinâmica e organização. Foi também realizado um PR, para um projeto de intervenção profissional aplicado no estágio final, que visa a pessoa cometida por AVC. Como tal, foi realizado um enquadramento teórico sobre a temática, com base em evidência científica. Foi igualmente apresentado o programa de intervenção, com um PR elaborado pelo mestrando, e patenteados os resultados da aplicação do programa, bem como a caracterização da amostra populacional do programa. Finalmente, foi feita uma análise reflexiva sobre as competências comuns adquiridas de enfermeiro especialista, específicas de EEER e de mestre.

Concluindo agora o PR, demonstrou-se que este foi eficaz na sua aplicação, obtendo-se na maioria da amostra, resultados positivos na capacidade funcional, na capacidade para o autocuidado e AVD's, e finalmente na prevenção da instalação da espasticidade. A amostra composta por 13 pessoas, constatámos que 3 pessoas já padeciam de algum grau de espasticidade, evidenciado na avaliação da escala de Ashworth. Essas pessoas, são precisamente as com maior dependência a nível de autocuidados e de presença de comorbilidades, o que nos leva a concluir que a manifestação desses fatores influencia de forma negativa o sucesso do PR, pelo que inferimos igualmente que a presença de várias comorbilidades, afeta diretamente o potencial de reabilitação, sendo assim inversamente proporcional à capacidade funcional da pessoa. Esta reflexão final é inerente à bibliografia consultada e estudos realizados.

Relativamente à restante amostra (que não tinha qualquer alteração na escala de Ashworth) de 10 pessoas, constatámos que 7 pessoas tinham algum grau de incapacidade funcional. Neste caso em particular, concluiu-se que o PR instituído foi benéfico a nível de ganhos e capacitação funcional bem como na prevenção da instalação de espasticidade. As 3 pessoas com capacidade funcional completa, os seja, autónomas na realização do seu autocuidado, mantiveram esse desempenho durante o PR, referindo estas de uma

forma global maior disponibilidade física ao longo do PR para a realização das atividades propostas.

Não tendo sido possível avaliar o impacto na qualidade de vida, dado que a maior parte das pessoas alvo de cuidados, foram transferidas para unidades de cuidados continuados ou tiveram alta hospitalar, cremos piamente, que o impacto na qualidade de vida foi positivo, com melhoria capacidade para realizar o autocuidado e AVD's, e naturalmente com consequências positivas na autoestima individual. Aferimos que ao prevenir o aparecimento de espasticidade e de padrão espático, é possível controlar a dor associada. Nas pessoas que já padeciam de algum grau de espasticidade (n=3), verificamos a presença de dor e desconforto durante a mobilização da articulação e/ou membro espático, respeitando nesse caso em concreto, o limiar da dor. Foram concomitantemente promovidas medidas terapêuticas e consciencialização da equipa multidisciplinar para a instituição (neste caso a equipa médica) e a administração de terapêutica analgésica e relaxante muscular.

Há a conferir, que não foi possível aplicar o PR de forma mais precoce possível, como está recomendado na literatura, após as 24 horas e estabilização clínica. Este facto advém pelo motivo de a primeira avaliação a todas as pessoas da amostra, foi num momento de diagnóstico superior às 24 horas, seja por limitações a nível de internamento, seja por limitações a nível do momento coincidente com a presença do mestrando no campo de estágio. Como algo positivo a notificar, o espaço temporal de 16 semanas de estágio, permitiu uma amostra considerável de estudo, que possibilita conclusões mais fomentadas em evidencia prática.

A nível da aquisição e de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, de EEER e de mestre, concluímos que foram adquiridas com sucesso, com base na constante procura pela postura de atuação em responsabilidades éticas, legais, deontológicas e de respeito, quer pela fomentação continua da melhoria da qualidade dos cuidados, com desenvolvimento de ações de formação em serviço e realização de pósteres, quer pela participação em congressos e apresentação de pósteres científicos. Foram adquiridas as competências de EEER e inerente ao projeto de intervenção profissional na capacidade de avaliação, identificação e diagnósticos de ER, com base na aplicação das escalas de avaliação e monitorização. Aferida a capacidade de avaliação constante e reajuste do PR ao melhor interessa da pessoa alvo de cuidados, com premissa na análise reflexiva dos mesmos.

Consideramos que após a conclusão deste percurso formativo, a preparação teórica e prática está sustentada em conhecimento científico e na experiência vivenciada em estágios, o que vão permitir prestar os melhores cuidados à pessoa alvo de cuidados de ER.

O aumento da esperança de vida e a conseqüente prevalência de comorbidades associadas, serão a realidade no futuro, pelo que há a necessidade da investigação constante, principalmente na área do AVC, mais concretamente com a espasticidade, que como foi demonstrado ao longo do relatório, causadora de incapacidade e de desconforto. Esta pesquisa e investigação, pode e deve passar não só pela otimização terapêutica, mas principalmente por melhores cuidados de ER que previnam sequelas associadas. Consideramos que dotar todas as equipas multidisciplinares com EEER, em todos os contextos de internamento e ambulatório, tendo por princípio um rácio que seja possível prestar os melhores cuidados, é algo que tem que ser transversal no nosso sistema nacional de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2015) Minimizar a Espasticidade na Pessoa cometida por AVC – Programa de Melhoria Contínua dos cuidados de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalMarmeleiros_MinimizarEpasticidadePessoaAcometidaAVC_Madeira.pdf
- Alves, L.C., Leite, C.I., Machado & C.J. (2008), Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da pessoa idosa: uma revisão de literatura, *Cienc. Saude Coletiva*, 13(4), 1199-1207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria (geriatric instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Assembleia da República (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento n.º 743/2019. *Diário da República n.º 171/2019, Série II de 25-09-2019*, 128-155.
- Assembleia da República (2006). Cria a Rede de Cuidados Continuados Integrados. Decreto-Lei n.º 101/2006. *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 06-06-2006*, 3856-3864.
- Assembleia da República (2019). Estatuto do Cuidador Informal. Decreto-Lei n.º 100/2019. *Diário da República n.º 171/2019, Série I de 06-09-2019*, 1-16.
- Associação Médica Mundial (WMA) (2013), *Declaração de Helsinque da associação médica mundial, princípios éticos para a pesquisa médica envolvendo seres humanos*. https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf

- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of advanced nursing*, 30(3), 564-572. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x>
- Barbosa, D.D., Trojahn, M.R., Porto, D.V.G., Hentschke, G.S., & Hentschke V.S. (2018) Protocolos de treinamento de força em hemiparéticos após acidente vascular cerebral: revisão sistemática, *Fisioter Mov.*,31, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.031.ao27>
- Bastos, V.S, Martins, J.C., & Faria, C.D.C.M. (2021), Preferência de exercícios de indivíduos acometidos pelo acidente vascular cerebral usuários de atenção básica de saúde; *Fisioter Pesqui*, 28(3); 261-266. <https://www.scielo.br/j/fp/a/Tmkjxb386jRh4CCj8KLcZFg/?format=pdf&lang=en>
- Brainin, M., Norrving, B., Sunnerhagen, K., Goldstein, L.B., Cramer, G.A., S., Donnan, P. W., Duncan, G. F., Good, D., Graham, G., Kissela, B., Olver, J., Ward, A., Wissel, J., & Zorowitz, R. (2011), Poststroke chronic disease management: towards improved identification and interventions for poststroke spasticity-related complications, *International Journal of Stroke*, 6, 42-46, <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2010.00539.x>
- Branco, T., & Santos, R. (2010); *Reabilitação da Pessoa com AVC*; Formasau Editora.
- Brunner, L., & Suddarth, D. (2002) – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª ed., Guanabara Koogan.
- Cacho, R.O., Cacho, E.W.A., Loureiro, A.B., Cirne, G.N.M., Pereira, S.A., Freitas, R.P.A., Lima, N.M., Borges, G. (2017), A espasticidade no comprometimento motor e funcional de hemiparéticos pós acidente vacular cerebral, *Fisioter. Mov. Curitiba*, 30(4), 745-752, [dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.004.AO09](https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.004.AO09)
- Candan, S. A., & Livanelioglu, A. (2019). Efficacy of modified constraint induced movement therapy for lower extremity in patients with stroke: strngth and quality

of life outcomes. *Turkish Journal of Physiotherapy and rehabilitation*, 30(1), 23-3. <https://doi.org/10.21653/tfrd.406349>

Castilho, A.R., Oliveira, M.R., Fabrin L.F., Souza P.E.A., Silva, R.S., & Silva, R.A. (2018), Influencia do Estado Mental Cognitivo no Equilíbrio Postural de Idosos, *Journal of Health Sciences*, 20 (3), 190-194. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n3p190-194>

Cerqueira, J. (2008). *Deontologia e direitos humanos. IX Seminário de Ética da Ordem dos Enfermeiros*, 31, 29 - 32.
http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/004865_RevOrdemEnfermeiros_31_Dezembro_2008.pdf

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1999). *Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana*.
<http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF16/012478%20CNECV%20reflex%C3%A3o%20%C3%A9tica%2026.CNECV.99.pdf>

Curral, L., Santos, S. (2014). *Como fazer uma boa discussão de resultados*, Escola Editora, 313-321.
https://www.researchgate.net/publication/264274192_O_que_e_uma_boa_discussao_de_resultados

Decreto-Lei n.º 156/2015 do Ministério da Saúde. *Diário da República n.º 181/2015*, 1.^a Série de 16 de setembro de 2015, 8059 - 8105.
<https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006. *Diário da República n.º 60/2006* – Série I - A. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
<https://dre.pt/application/conteudo/671387>

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 18 de agosto 2018. *Diário da República n.º 157/2018* – Série I - A. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
<https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>

- Dellaroza, M. S. G.; Pimenta, Cibele, A.M., Duarte, Y. A., & Lebrão, M. L. (2015). Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade. *Cad. Saúde Pública*, 29(2), 325–334. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200019>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*, Norma nº054/2011. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Ejnismann, B., Monteiro, G.C., & Uyeda, L.F. (2008), *Ombro doloroso*, Einstein, 6(1), 133-137. <http://files.phisiodom.webnode.com/200000036-9ca519d9fd/ombro%20doloroso.pdf>
- Estorninho, M. J., & Macieira, T. (2014). *Direito da Saúde: lições*. Universidade Católica Editora, Unipessoal, LDA
- Farias, M.; Brito, I.; Santos, A.; Guedes, M.; Silva, L. & Chaves, E.; (2018); *Reflexões Sobre o Fazer, Saber Fazer e Saber Estar na Formação do Enfermeiro*, REME. <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1207.pdf>
- Ferreira, A. M. P. (2015). *Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados: contributos da supervisão clínica em enfermagem*. [Master's Thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9758>
- Ferreira, J.C., Moreira R.P., Ferreira G.O., & Felício J.F., (2021) Qualidade de vida e condições de saúde de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Enfermagem em Foco*, 12(1), 125-31. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3305>
- Ferreira, P. I. M. (2008). *A utilização da metodologia de investigação - ação na Intervenção social: uma reflexão teórica*. *Intervenção Social*, 215–236. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1451/1567>

- Ferro, J. (2006). Acidentes Vasculares Cerebrais. In J. Ferro, & J. Pimentel, *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e tratamento*. Lidel.
- Fleck, M.P.A. (2000), O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas, *Ciência e Saúde coletiva*, 5(1), 33-8.
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/cs/c/v5n1/7077.pdf
- Freitas, C. (2015) *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações da espasticidade que interferem na marcha decorrentes de lesão neurológica*, [master's thesis Instituto Politecnico de Santarém]; Repositório Institucional da Escola Superior de Saúde de Santarém.
<http://hdl.handle.net/10400.15/1383>
- Foley N., Pereira S., Salter K., Fernandez M.M., Speechley M., Sequeira K., Miller, T., & Teasell, R. (2013) Treatment With Botulinum Toxin Improves Upper-Extremity Function Post Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* ,94(5):977-89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.12.006>
- Fortin, M. F.; Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Geidl, W., Knocke, K., Shupp, W. & Pfeifer, K. (2018), Measuring stroke patients' exercise preferences using a discrete choice experimente, *Neurology International*, 10, 13-17, <https://doi.org/10.4081/ni.2018.6993>
- Hernández, B.J., Benjumea, P., & Tuso, L. (2013), Indicadores del desempeño clínico fisioterapéutico en el manejo hospitalario temprano del accidente cerebrovascular (ACV), *Rev Cienc Salud*, 11 (1), 7-34.
<http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v11n1/v11n1a02.pdf>
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação. Criar Novos Caminhos*. Editora Lusociência.

- Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*, (4ª edição), Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas 2019*
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=71882686&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Causas de Morte*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=399595079&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2
- International Council Of Nursing. (2018). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Kitsos, G., Harris, D., Pollack, M., & Hubbard, J.I. (2011). Assessments in australian stroke rehabilitation units: A systematic review of the post-stroke validity of the most frequently used; *Disability and Rehabilitation*, 33, 2620-2632,
<https://doi.org/10.3109/09638288.2011.575526>
- Lei, X., Cai, M. (2018). Self-care ability and influencing factors in chronic heart failure patients. *Biomedical Research*, 29(3), 595–601. [10.4066/biomedicalresearch.29-17-3205](https://doi.org/10.4066/biomedicalresearch.29-17-3205)
- Lianza, S., Pavan, K., Lourenço, A.F., Fonseca, A.P., Leitão, A.V., Musse, C.A.I., Santos, C.A., Masiero, D., Quagliato, E., Fonseca, F. G.A., Granero, L.H.M., Gianni, M.A.C., Gal, P.L.M., Rosetto, R., Belizzi, D., Greve, J.M.D., & Sposito M.M.M., (2001). *Diagnóstico e Tratamento da Espasticidade*. Sociedade Brasileira Medicina Física Reabilitação, <http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/espasticidade.pdf>

- Lowy, A., & Bernhard, J. (2004). Quantitative assessment of changes in patients constructs of quality of life: An application of multilevel models, *Quality of Life Research*, 13, 1177-85. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000037510.17893.d2>
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Medical Research Council (1943). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. <https://www.ukri.org/publications/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system/>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Monteiro, R., (2012) Physical Activity, Physical Fitness and degree of Dependence on BAVD'S and IADL'S, Comparative study of elderly women practitioners and non-practitioners. *Journal of Aging & Innovation*, 1(5): 45-54, <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5-atividade-fisica.pdf>
- Nunes, L., (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17, 3-9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_D%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. (2ª Edição), Lusodidacta
- Oliveira, R.R., & Siqueira, J.E. (2004). Autonomia e vulnerabilidade na vida dos adolescentes. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 6 (2), 55-61. <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/316>

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros – Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados em Enfermagem de Reabilitação*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf
- Ostwald, S., Davis, S., Hersch, G., Kelley, C., & Godwin, K. (2008). Evidence-based educational guidelines for stroke survivors after discharge home. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(3), 173-179,
<https://nursing.uth.edu/coa/downloads/cares/Evidence%20Based%20Educational%20Guidelines%20for%20SS.pdf>
- Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa], Repositório Institucional da universidade de Lisboa <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/10572>
- Parry, S., & Puthcheary, Z. (2015). The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extreme Physiology & Medicine*, 4(16), 1-8: <https://doi.org/10.1186/s13728-015-0036-7>
- Pestana, H., (2016), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, Enquadramento – Enquadramento. In Vieira & Sousa (Ed.s), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*; (pp 47-55), Lusodidacta
- Pino, H. (2019), *Efeitos de um programa de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com fratura proximal do fémur*, [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal], Repositório institucional do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29027>

- Potra, T. (2015), *Gestão de Cuidados de Enfermagem: das Práticas Profissionais dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*; [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa], Repositório institucional da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf
- Potter, P., & Perry, A.G. (1996) *Fundamentos De Enfermagem- Conceitos e Procedimentos*. (5ª edição), Lusociência.
- Queirós, P. J. P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7. <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais/revista-investigacao-enfermagem/31-2008-a-2011/468-revista-investigacao-enfermagem-no21>
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Filho, A. J. A. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. *Revista Investigação Referência*, 5(3), 157-164. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239973007.pdf>
- Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center (1990). *Family guide to the rancho levels of cognitive functioning*. http://file.lacounty.gov/SDSInter/dhs/218115_RLOCFOriginalFamilyGuide-English.pdf
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. *Diário da República n.º 26/2019 – Série II. Ordem dos Enfermeiros*.
- Ryu, J., Lee, J., Lee, S., & Chun, M. (2010) Factors Predictive of Spasticity and Their Effects on Motor Recovery and Functional Outcomes in Stroke Patients. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17, 380-388. <https://doi.org/10.1310/tsr1705-380>

- Santos, M., Festas, C. (2008), Prevalência de ombro doloroso e estado funcional do ombro em indivíduos vítimas de AVC, *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 5, 72-81, <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=71003eec-b9cf-4559-b46f-e5388c6993c3%40redis>
- Seeley, R.R., Stephens, T.D., & Tate. P. (2001), *Anatomia & Fisiologia* (3ª edição), Lusodidacta.
- Sepúlveda P., Bacco J.L., Cubillos A., & Doussoulin A. (2018) Espasticidad como signo positivo de daño de motoneurona superior y su importancia en rehabilitación. *Ver CES Med*; 32(3): 259-269. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n3/0120-8705-cesm-32-03-259.pdf>
- Serôdio, J. (2014). *Conceitos Principais de Reabilitação - Instituto Nacional para a reabilitação, I.P.* In: A. Costa, & M. Otero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos*, Lusodidacta.
- Silva, M. B. (2013). *Método quantitativo para avaliar a espasticidade baseado no limiar de reflexo de estiramento tônico*. Dissertação para obtenção do grau de mestre em ciências. <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/14529/1/MaristellaBorges.pdf>
- Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189. <https://doi.org/10.1080/110381200300008724>
- Sommerfeld D.K., Eek E.U.B., Svensson A.K., Holmqvist L.W., & von Arbin M.H. (2004), Spasticity after stroke: its occurrence and association with motor impairments and activity limitations. *Stroke*. ;35(1):134-139. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000105386.05173.5E>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo de vida*; Lusodidacta.

Tanner, C. A. (2006); Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing, *Journal of Nursing Education*, 45; 201-207; <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Teive, H.A.G., Zonta, M., & Kunagai, Y., (1998), Tratamento da Espasticidade Uma atualização, *Arq Neuropsiquiatr*, 56 (4), 852- 858, <https://www.scielo.br/j/anp/a/FjPwjcKR4gtMvPD3LJnPWfL/?format=pdf&lang=pt>

Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Matias, M., Ferreira, M., Narigão, M., Loureço, R. & Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais - Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*. <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397ef71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&Inline=true>

The WHOQOL Group. (1995), The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 10:1403-09. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Thibaut, A., Deltomber, T., Wannez, S., Gosseries, O., Ziegler, E., Dieni, C., Deroy, M., & Laureys, S. (2015) Impact of soft splints on upper limb spasticity in chronic patients with disorders of consciousness: A randomized, single-blind, controlled trial, *Brain Injury*, 29, 830-836, <https://doi.org/10.3109/02699052.2015.1005132>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência.

Tubone, M.Q. (2007); Avaliação da Qualidade de vida em pacientes portadores de doença cerebrovascular do tipo isquémico, Universidade Federal de Santa Catarina, <https://bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0621.pdf>

Urban P.P., Wolf T., Uebele M., Marx J.J., Vogt T., Stoeter P., Bauerman T., Weibrich C., Vucurevic G. D., Schneider A., & Wissel, J. (2010), Occurrence and Clinical Predictors of Spasticity After Ischemic Stroke. *Stroke*.;41(9):2016-20. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.581991>

Vilelas, J. (2017). *Investigação- O processo de construção do conhecimento*; (2ª Edição) Silabo.

Ward, A. (2012). A literature review of the pathophysiology and onset of post-stroke spasticity. *European Journal of Neurology*, 19 (1), 21–27. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03448.x>

WHO (World Health Organization). (1946), *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. WHO. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

APÊNDICES

Apêndice I
Colheita de Dados

Apêndice I
Colheita de Dados

Data:

Nº Participante

Idade:

Sexo:

Masculino:

Feminino:

Nacionalidade:

Estado Civil

Habilitações

Literárias:

Profissão ou

Ocupação:

Antecedentes Pessoais

Clínicos

Apêndice II
Avaliação da Força Muscular – Escala MRC

Apêndice II

Avaliação da Força Muscular – Escala MRC

Data:

	Extensão	Flexão	Flexão Lateral Esquerda	Flexão Lateral Direita	Rotação Esquerda	Rotação Direita
Cabeça e Pescoço						

Membro Superior Direito	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Pronação (Rotação Interna)	Supinação (Rotação Externa)	Desvio Radial	Desvio Cubital	Oponência (elevação)
Escapulo Umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
1°-4° Dedos									
Polegar									

Membro Superior Esquerdo	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Pronação (Rotação Interna)	Supinação (Rotação Externa)	Desvio Radial	Desvio Cubital	Oponência (elevação)
Escapulo Umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
1°-4° Dedos									
Polegar									

Membro Inferior Direito	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Inversão (Rotação Interna)	Eversão (Rotação Externa)
Coxo-Femural						
Joelho						
Tibio-Tarsica						
Dedos						

Membro Inferior Esquerdo	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Inversão (Rotação Interna)	Eversão (Rotação Externa)
Coxo-Femural						
Joelho						
Tibio-Tarsica						
Dedos						

Medical Research Council Muscle Scale (MRC)

Grau	Escala MRC
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento que não vence a gravidade
3	Movimento que vence a gravidade, mas não a resistência.
4	Movimento que vence a gravidade e resistência moderada
5	Força normal

Fonte: MEDICAL RESEARCH COUNCIL, *Aids to the examination of the peripheral nervous system*

Apêndice III
Avaliação do Tônus Muscular – Escala de Ashworth

Apêndice 3

Avaliação do Tónus Muscular – Escala de Ashworth Modificada

Data: __/__/__

	Extensão	Flexão	Flexão Lateral Esquerda	Flexão Lateral Direita	Rotação Esquerda	Rotação Direita
Cabeça e Pescoço						

Membro Superior Direito	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Pronação (Rotação Interna)	Supinação (Rotação Externa)	Desvio Radial	Desvio Cubital	Oponência (elevação)
Escapulo Umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
1°-4° Dedos									
Polegar									

Membro Superior Esquerdo	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Pronação (Rotação Interna)	Supinação (Rotação Externa)	Desvio Radial	Desvio Cubital	Oponência (elevação)
Escapulo Umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
1°-4° Dedos									
Polegar									

Membro Inferior Direito	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Inversão (Rotação Interna)	Eversão (Rotação Externa)
Coxo-Femural						
Joelho						
Tibio-Tarsica						
Dedos						

Membro Inferior Esquerdo	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Inversão (Rotação Interna)	Eversão (Rotação Externa)
Coxo-Femural						
Joelho						
Tibio-Tarsica						
Dedos						

Escala Modificada de Ashworth

Grau	Escala Modificada de Ashworth
0	Tónus Normal
1	Hipertonia muito ligeira (mínima resistêcia no fim do movimento)
1+	Hipertonia muito ligeira (mínima resistêcia durante o movimento)
2	Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento
3	Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil)
4	Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível)

Fonte: Leitão et.all; "Projeto Diretrizes", Associação Brasileira de Medicina Fisica e Reabilitação.

Apêndice IV – Registo de Sessão de Reabilitação

Apêndice IV

Registo de Sessão de Reabilitação

Nº Participante:

Data:

Duração da Sessão:

Avaliação Sinais Vitais	Início	Fim
Tensão Arterial		
Frequência Cardíaca		
Frequência Respiratória		
Temperatura		
Dor		

Tipo de Mobilizações de
Amplitude Articulares

Membro Superior Direito	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Pronação (Rotação Interna)	Supinação (Rotação Externa)	Desvio Radial	Desvio Cubital	Oponência (elevação)
Escapulo Umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
1º-4º Dedos									
Polegar									

Membro Superior Esquerdo	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Pronação (Rotação Interna)	Supinação (Rotação Externa)	Desvio Radial	Desvio Cubital	Oponência (elevação)
Escapulo Umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
1º-4º Dedos									
Polegar									

Membro Inferior Direito	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Inversão (Rotação Interna)	Eversão (Rotação Externa)
Coxo-Femural						
Joelho						
Tibio-Tarsica						
Dedos						

Membro Inferior Esquerdo	Extensão	Flexão	Adução	Abdução	Inversão (Rotação Interna)	Eversão (Rotação Externa)
Coxo-Femural						
Joelho						
Tibio-Tarsica						
Dedos						

Treino de AVDs

Prestação do Participante

Higiene Pessoal

Vestir-se

Uso do Sanitário

Transferir-se e Levante

Treino de Cadeira de Rodas

Treino de Marcha

Rolar

Ponte

Rotação Controlada da Anca

Automobilização

**Apêndice V – Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale
(LCFS)**

Apêndice V - Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale (LCFS)

Data de Avaliação		-/-	-/-	-/-
Nível I – Sem Resposta	Ausência de Resposta da pessoa a estímulos dolorosos, sonoros ou visuais			
Nível II – Resposta Generalizada	Reação Inconsciente, inapropriada e não especificada à estimulação. Pode incluir: mastigação, gemidos, sudorese, polipneia, aumento da tenão arterial			
Nível III – Resposta Localizada	Resposta específica, mas não consciente aos estímulos. Mais acordado durante o dia. Fazer mais movimentos, ao estímulo de um som, fuga à dor, observar uma pessoa familiar que se move e reconhecendo-a; seguir instruções simples.			
Nível IV – Confuso e Agitado	Hiperatividade com diminuição acentuada da capacidade de atenção e dificuldades no cumprimento de instruções. Comportamentos agressivos, abusivos e exagerados. Reconhece familiares algumas vezes. Pode concretizar tarefas simples como alimentar-se, vestir-se e falar com ajuda.			
Nível V – Confuso e Inapropriado	Capacidade de prestar atenção ao meio ambiente, mantendo a concentração apenas alguns minutos. Dificuldade em aprender tarefas, necessitando de informação detalhada para realiza-las. Focado nas necessidades básicas.			
Nível VI – Confuso e apropriado	Comportamento adequado, mas requer orientação. Desorientação espaço temporal, com memória diminuída. Cumpre instruções simples, mas fica rapidamente cansado e dificuldades acrescidas com muito ruído ambiente. Fica preso numa ideia ou atividade, necessitando de incentivo para progredir.			
Nível VII – Automático Apropriado	Orientação e comportamento adequados aparentemente. Realiza com sucesso rotinas em ambientes familiares, mas em ambientes não familiares, não tem essa capacidade. Perante situações novas, apresenta dificuldades em planejar, iniciar e continuar atividades. Inflexível e rígido.			
Nível VIII – Propositado Apropriado	Perceção do Problema, lembrando acontecimentos passados. Capacidade para solucionar problemas, mas ainda necessita de orientação para algumas decisões, e fica esgotado perante situações stressantes			

Fonte: http://file.lacounty.gov/SDSInter/dhs/218115_RLOCFOriginalFamilyGuide-English.pdf

Apêndice VI – Índice de Barthel Modificado

Apêndice VI

Índice de Barthel Modificado

Nº de Participante:

AVBD's/ Categorias	Data de Avaliação			
Higiene Pessoal				
Banho				
Alimentação				
Sanitário				
Subir escadas				
Vestuário				
Controlo esfinteriano (vesical)				
Controlo esfinteriano (intestinal)				
Deambulação				
Transferência cadeira/cama				
Total Pontos				
Tipo de Dependência				

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

0. A pessoa é incapaz de realizar a sua higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos.

1. A pessoa necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.

3. Necessita de alguma assistência num ou mais passos da higiene pessoal.

4. A pessoa é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer assistência mínima antes e/ou depois da tarefa.
5. A pessoa pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquilhar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

0. Totalmente dependente para realizar o banho.
1. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela sua condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. A pessoa deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

0. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
5. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
8. Independência para se alimentar com um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
10. A pessoa pode alimentar-se de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passa a manteiga, etc.

CATEGORIA 4: SANITÁRIO

0. Totalmente dependente no uso da sanita.
2. Necessita de assistência no uso da sanita.
5. Pode necessitar de ajuda para se despir ou vestir, para transferir-se para a sanita ou para lavar as mãos.

8. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso da sanita. Pode usar um penico durante a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
10. A pessoa é capaz de se dirigir e sair da sanita, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

0. A pessoa é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
5. A pessoa é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
8. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
10. A pessoa é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

0. A pessoa é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. A pessoa é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
5. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
8. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
10. A pessoa é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou ortótese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLO ESFINCTERIANO (BEXIGA)

0. A pessoa apresenta incontinência urinária.
2. A pessoa necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.

5. A pessoa pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com fraldas e outros cuidados.
8. A pessoa pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
10. A pessoa tem controlo urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLO ESFINCTERIANO (INTESTINO)

0. A pessoa não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. A pessoa tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
5. A pessoa fica geralmente seca ao dia, porém não à noite, e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
8. A pessoa geralmente fica seca durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
10. A pessoa tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULAÇÃO

0. Totalmente dependente para deambular.
3. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
8. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
12. A pessoa é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
15. A pessoa é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontuar esta categoria caso a pessoa utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS*

0. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
1. A pessoa consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspetos.

3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
 4. A pessoa consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
 5. A pessoa é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).
- *Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

0. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para a pessoa com ou sem auxílio mecânico.
3. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
8. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
12. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
15. A pessoa pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, travar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. A pessoa deve ser independente em todas as fases da transferência.

Resultados Pontuação:

- 25 e menos pontos: Dependência Total
- 26 a 50 pontos: Dependência Severa
- 51 a 75 pontos: Dependência
- 76 a 99 pontos: Dependência Leve
- 100 pontos: Totalmente Independente

Fonte: Apóstolo (2012)

**Apêndice VII – Consentimento Informado, Livre e
Esclarecido**

Consentimento informado, livre e esclarecido

Este consentimento surge no âmbito do projeto de investigação intitulado “Reabilitação precoce da pessoa com Acidente Vascular Cerebral” no âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da associação entre a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Os objetivos deste estudo consistem em aplicar e analisar o impacto de um programa de reabilitação para a pessoa com AVC, através da identificação dos benefícios da implementação do programa de reabilitação, com particular ênfase para os benefícios em termos de melhoria da força muscular, prevenção/diminuição da espasticidade, melhoria da capacidade para a realização das Atividade de Vida Diárias. A metodologia de implementação do programa consiste em aplicar sessões de instrução e treino de exercícios específicos de reabilitação motora.

Venho por este meio, solicitar consentimento para a sua participação neste programa, assegurando a confidencialidade de todos os dados obtidos, assim como a sua utilização em exclusivo para o presente projeto e o cumprimento do anonimato relativo aos mesmos. Caso pretenda deixar de consentir a utilização dos seus dados para a elaboração deste projeto, serão igualmente assegurados os cuidados de saúde de enfermagem de reabilitação para a pessoa em questão, no mínimo três vezes por semana.

Agradeço a disponibilidade para a participação neste estudo, assim como o contributo no desenvolvimento científico da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação. Encontro-me inteiramente disponível para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais.

O investigador: David Filipe Franco dos Santos

E-mail: dffs2001@gmail.com / Contacto telefónico: 918637494

Docente orientador: Professor João Vítor da Silva Vieira

Assinatura

Data __/__/__

Declaro que compreendi este documento, bem como as informações verbais adicionais fornecidas. Declaro que me foi explicado que em qualquer momento poderei abandonar a participação neste projeto, sem que seja necessária a apresentação de qualquer justificção, e que me serão igualmente assegurados os cuidados de saúde de enfermagem de reabilitação.

Aceito voluntariamente a participação neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando que serão utilizados apenas para esta investigação e que será assegurada a confidencialidade dos dados obtidos, assim como a sua utilização em exclusivo para o presente projeto, assim como o cumprimento do anonimato relativo aos mesmos.

Considero-me esclarecido(a) e declaro a participação de livre vontade.

Assinatura

Data __/__/____

Se não for o próprio a assinar, devido a incapacidade, referir o grau de relação com o participante ou tipo de representação.

(Este documento é constituído por 2 páginas e feito em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e outro exemplar para a pessoa)