

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

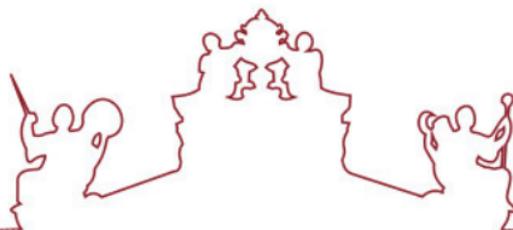
**Programa de Reeducação Funcional Respiratória na
Capacitação do Doente com Acidente Vascular Cerebral**

Gonçalo José da Guerra Costa Pedro

Orientador(es) | Gorete Reis

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

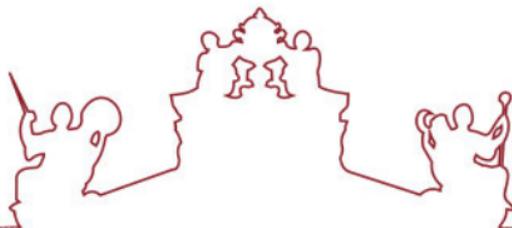
Relatório de Estágio

Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Capacitação do Doente com Acidente Vascular Cerebral

Gonçalo José da Guerra Costa Pedro

Orientador(es) | Gorete Reis

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 | Ana Rodrigues (Universidade de Évora)

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

“A persistência é o melhor caminho do êxito”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Parece que chegou ao fim mais uma aventura. Dedico este trabalho a todos que me apoiaram...

À minha Orientadora, Professora Doutora Gorete Reis pela sua disponibilidade, incentivo e partilha de conhecimentos e experiências;

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, E.P. e S.M. por me supervisionarem os Estágios e ensinarem o que de melhor há na enfermagem de reabilitação;

À minha equipa da UCI que me motivou, um obrigado especial à minha chefe M.M.V.;

A todos os meus amigos mais próximos;

À minha namorada que embarcou nesta aventura comigo;

Aos meus pais, irmão e avó por todo o apoio em qualquer circunstância.

Muito obrigado a todos!

RESUMO

Enquadramento: O envelhecimento da população acarreta a existência de várias comorbilidades que podem conduzir a uma dependência, comprometendo a autonomia e independência.

A pessoa com Acidente Vascular Cerebral é um ser suscetível a várias alterações, nomeadamente na mobilidade e funcionalidade respiratória. Assim, a enfermagem de reabilitação assume um papel de extrema importância na capacitação da pessoa perante as limitações que poderão surgir provenientes do processo de saúde-doença.

Objetivo: Expor o processo de aquisição de competências inerentes ao Mestre em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, descrever as atividades realizadas no Estágio Final e demonstrar os ganhos de um programa de enfermagem de reabilitação.

Metodologia: Projeto de natureza descritiva exploratória com base na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. O projeto em questão, intitulou-se como “Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Capacitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral”, foram estabelecidos critérios de inclusão e instrumentos de avaliação, para posterior intervenção e avaliação da capacitação para o autocuidado.

Resultados: Os dados evidenciam uma melhoria na funcionalidade respiratória e consequentemente capacitação para o autocuidado.

Conclusão: Foram atingidas as competências inicialmente propostas, contribuindo para os ganhos em saúde dos pacientes.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Exercícios Respiratórios.

ABSTRACT

Functional Respiratory Reeducation Program in the Training of Patients with Stroke

Background: *The aging of the population entails the existence of several comorbidities that can lead to dependence, compromising autonomy and independence.*

The person with stroke is susceptible to several changes, namely in mobility and respiratory functionality. Thus, rehabilitation nursing assumes an extremely important role in enabling the person to face the limitations that may arise from the health-disease process.

Objective: *Expose the process of acquiring skills inherent to the Master in Nursing in the area of specialization in Rehabilitation Nursing, describe the activities carried out in the Final Stage and demonstrate the gains of a rehabilitation nursing program.*

Methodology: *Exploratory descriptive project based on Dorothea Orem's Theory of Self-care. The project in question, entitled "Functional Respiratory Reeducation Program in the Training of Persons with Stroke", were established inclusion criteria and assessment instruments for later intervention and assessment of training for self-care.*

Results: *The data show an improvement in respiratory functionality and, consequently, training for self-care.*

Conclusion: *The initially proposed competencies were achieved, contributing to the patients' health gains.*

Key Words: *Nursing Rehabilitation; Rehabilitation; Stroke; Breathing Exercises.*

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Proposta do Projeto de Intervenção	cxvi
Apêndice II – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	cxix
Apêndice III – Instrumento para Caracterização Sociodemográfica dos Participantes	cxxi
Apêndice IV – Documento para Avaliação dos Participantes.....	cxxii
Apêndice V – Avaliação do Grau de Independência dos Participantes	cxxiv
Apêndice VI – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida	cxxv

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	cxlvii
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética do Hospital do Grupo II.....	cxlviii
Anexo III – Instrumentos de Avaliação do Projeto de Intervenção.....	cxlix
Anexo IV – Certificado de Participação nas “Primeiras Jornadas de Enfermagem de Reabilitação do CHUA: Transversalidade”.....	clvii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da Seleção de Participantes	65
Figura 2 - Determinação dos Tempos de Avaliação e Intervenção	70
Figura 3 - Metodologia Avaliação-Intervenção.....	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores Determinantes do Autocuidado	30
Tabela 2- Manifestações Clínicas do AVC	36
Tabela 3 - Mobilizações dos Segmentos Articulares.....	47
Tabela 4 - Objetivos e Técnicas da RFR	55
Tabela 5 - Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes.....	73
Tabela 6 - Avaliação do Participante A.....	74
Tabela 7- Avaliação do Participante B	77
Tabela 8 - Avaliação do Participante C	79

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária;
ACA	Artéria Cerebral Anterior;
ACM	Artéria Cerebral Média;
ACP	Artéria Cerebral Posterior;
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária;
AVD	Atividades de Vida Diária;
AVC	Acidente Vascular Cerebral;
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros;
CIPE	Classificação Internacional da Prática de Enfermagem;
DGS	Direção-Geral de Saúde;
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
EMB	Escala Modificada de <i>Borg</i> ;
FC	Frequência Cardíaca;
GSA	Gasimetria Arterial;
GUSS	<i>Gugging Swallowing Screen</i> ;
HCO₃⁻	Bicarbonato;
LCFS	Escala <i>Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale</i> ;
MID	Membro Inferior Direito;
MIE	Membro Inferior Esquerdo;
MSD	Membro Superior Direito;
MSE	Membro Superior Esquerdo;
mMRC	<i>Modified Medical Research Council Dyspnea Scale</i> ;

NIHSS	<i>National Institute of Health Stroke Scale;</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros;
OMS	Organização Mundial de Saúde;
pCO₂	Pressão Parcial de Dióxido de Carbono;
pO₂	Pressão Parcial de Oxigénio;
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;
RFR	Reabilitação Funcional Respiratória;
RM	Ressonância Magnética;
RX	Radiografia;
SNS	Serviço Nacional de Saúde;
SpO₂	Saturação Periférica de Oxigénio;
TA	Tensão Arterial;
TC-CE	Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica;
UAVC	Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO E POPULAÇÃO-ALVO	20
1.1. Análise do Envolvimento	20
1.2. Análise da Produção de Cuidados	21
1.3. Análise da População-Alvo	23
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
2.1. Autocuidado	25
2.1.1. Teoria do Défice de Autocuidado	27
2.1.2. Teoria dos Sistemas de Enfermagem	28
2.1.3. Estilos de Autocuidado	29
2.1.4. Fatores Determinantes do Autocuidado	30
2.1.5. Autonomia e Independência no Autocuidado	32
2.2. A Pessoa com Acidente Vascular Cerebral	33
2.2.1. Manifestações Clínicas no AVC	35
2.2.2. Avaliação da Pessoa com AVC em Contexto de Défice Respiratório	39
2.3. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação a Realizar no Projeto de Intervenção	44
2.3.1. Mobilizações	45
2.3.2. Posicionamento Terapêutico	49
2.3.3. Atividades e Exercícios Terapêuticos	51
2.3.4. Treino de Atividades Básicas de Vida Diárias	53
2.3.5. Reeducação Funcional Respiratória	55
2.4. Capacitação: Um Processo Apoiado nos Cuidados de Reabilitação	59
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL - “PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA NA CAPACITAÇÃO DO DOENTE COM AVC”	61
3.1. Metodologia de Projeto	62
3.1.1. Definição de Objetivos	62
3.1.2. População-Alvo e Amostra	63

3.1.3. Colheita de Dados.....	65
3.1.4. Plano de Intervenção.....	67
3.1.5. Questões Éticas.....	71
3.2. Resultados	72
3.3. Discussão de Resultados	81
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	86
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	86
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação...	95
4.3. Competências de Mestre	100
CONCLUSÃO.....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular: Relatório, integrada no Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação do curso em 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, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, tendo em vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e acesso ao título de Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O relatório está associado ao Estágio Final, realizado na Unidade de AVC de um Hospital do Grupo II na região do Alentejo sob a orientação clínica de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e orientação científico-pedagógica da Professora Doutora Gorete Reis.

Na disciplina de enfermagem, o desenvolvimento de um projeto pressupõe um role de ações individuais ou coletivas com o intuito da mudança estrutural ou organizacional. É um processo dinâmico, contínuo e flexível que exige uma reflexão por parte do autor, na qual considera os objetivos da instituição, o seu papel enquanto profissional e o caminho a traçar para a mudança (Magalhães et al., 2017).

A investigação científica relacionada à atividade humana exige uma responsabilidade ética, estando implícito o respeito pelos direitos humanos e a promoção do bem-estar da pessoa e sua integridade. A validade científica, relevância do estudo, seleção da amostra, relação risco-benefício, revisão ética e dos direitos dos sujeitos são fatores imperativos no decorrer do processo investigativo, desde a fase inicial até ao término (Nunes, 2013).

Cumprindo a responsabilidade ética, visto ser uma intervenção à pessoa, o projeto foi avaliado pelo Conselho Técnico-Científico e Comissão de Ética da instituição académica e Comissão de Ética da instituição hospitalar, as quais apresentaram posteriormente o ser parecer positivo.

O relatório tem um carácter analítico e reflexivo, focando-se na aquisição das competências do Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assim, é necessário analisar a prática desenvolvida a partir de teóricas e

evidências científicas, relatar todo o processo do Projeto de Intervenção, avaliar a eficácia do projeto e apresentar o documento em prova pública.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o relatório é um instrumento para a avaliação dos processos de aprendizagem e desenvolvimento de novas competências, pois é característico que se apresente uma reflexão crítica, concisa e contextualizada do trabalho concretizado (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Por sua vez, o Estágio Final tem como objetivo integrar todos os contributos das Unidades Curriculares e fornecer novas experiências de aprendizagem, capitalizando as competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assim, os objetivos são: avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas cardíacos e respiratórios na fase aguda, subaguda, de sequelas e/ou no período perioperatório, com problemas neurológicos e com problemas de natureza traumática, ortopédicos e orto traumatológicos; capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; desenvolver programas de treino de Atividades de Vida Diária (AVD) e de utilização de ajudas técnicas; gerir cuidados, e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; gerar dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Os estágios são considerados momentos chave para a transição de enfermeiro para enfermeiro especialista. Todas as aprendizagens e envolvências na prestação de cuidados permitem adquirir novos raciocínios e solidificar novos conhecimentos, levando a que os profissionais tenham consciência das dinâmicas da sua intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Na área da reabilitação, os distintos campos clínicos permitem enfrentar novos desafios. O contacto com a pessoa com desequilíbrio da situação de saúde-doença na área neurológica, ortopédica e respiratória, possibilita a elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, refletindo na continuidade dos cuidados até ao potencial

máximo e integração social da pessoa, desmitificando a presença de obstáculos e barreiras no retorno ao domicílio.

Atualmente, assiste-se a um aumento do envelhecimento da população associado a diversas comorbilidades que provocam incapacidade e dependência.

De acordo com o Regulamento nº392/2019,

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

(Diário da República, 2019a, p. 13565).

Os cuidados de reabilitação detêm um conjunto de etapas com participação ativa de diferentes sujeitos, como profissionais de saúde, pacientes, familiares e cuidadores, criando-se uma abordagem sistémica para atingir objetivos. É um processo contínuo que possibilita trabalhar algumas das incapacidades, restituindo as dimensões físicas, psicológicas e sociais (Pestana, 2016).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolve e implementa programas na área com base nas carências da pessoa e os seus potenciais. Toma decisões, tendo em vista a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, capacitando e maximizando todo o potencial da pessoa (Diário da República, 2019a).

O autocuidado é a ação que o próprio concretiza mobilizando características específicas. Estas incluem “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” (CIE, 2005, p.46, citado por Petronilho et al., 2017, p. 41). Em 2001, Dorothea Orem explicou que o autocuidado se assume como uma função reguladora do ser humano, ou seja, é a ação deliberada que gere o funcionamento e desenvolvimento, mantendo a integridade humana (Petronilho & Machado, 2016). Em 2018, a Ordem dos

Enfermeiros afirmou que um dos objetivos centrais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado, respondendo às suas próprias necessidades e mantendo a operacionalidade.

Por outro lado, a capacitação relaciona-se com o exercício de atividades que asseguram condições básicas de vida (ex. alimentação, mobilização, cuidados de higiene pessoal, eliminação, entre outras). Além disso, as atividades instrumentais também podem ser contempladas, integrando o sujeito na comunidade (Reis & Bule, 2016).

O trabalho realizado, teve assim, como base de sustentação os conceitos de autocuidado e capacitação na abordagem à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), o Acidente Vascular Cerebral é um comprometimento neurológico global ou focal com origem vascular, ocorre de forma súbita e é acompanhado de sintomas. Na Europa, as doenças cerebrovasculares são a causa de morte de um milhão de pessoas por ano. Em Portugal, o AVC é um desafio de saúde pública, constituindo-se como a primeira causa de incapacidade permanente e morte (Direção-Geral da Saúde, 2017b; Marques-Vieira et al., 2016).

A reabilitação é centrada no doente e guiada por objetivos, devendo iniciar-se no dia após o AVC, com o intuito de melhorar a funcionalidade e estimular a independência, quer a nível físico, psicológico, social e financeiro (Direção-Geral de Saúde, 2011).

O relatório foi realizado com base no Estágio Final, realizado de 13 de Setembro de 2021 a 17 de Janeiro de 2022 no serviço designado anteriormente. Deste modo, será exposto o desenvolvimento e aplicação de um Projeto de Intervenção na área da enfermagem de reabilitação, mais concretamente, a aplicabilidade de um “Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Capacitação do Doente com AVC”, contribuindo para o desenvolvimento da disciplina e melhoria contínua da qualidade.

Pretende-se com este relatório, cumprir os objetivos delineados e demonstrar a aquisição das competências subjacentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre em Enfermagem. A intervenção junto da pessoa com AVC, alvo de défice respiratório, permitiu a construção deste documento através de uma análise reflexiva sobre a prática especializada e metodologia científica.

A estrutura do relatório seguiu as normas e diretrizes da Unidade Curricular. Após a introdução do relatório e tema a abordar, irá surgir o capítulo com a apreciação do

contexto, produção de cuidados e população-alvo. Posteriormente, no capítulo dois, será elaborado um enquadramento concetual, clarificando alguns temas e conceitos, como autocuidado, capacitação, pessoa em situação de AVC e intervenções a adotar no Projeto de Intervenção. No capítulo três, inclui-se a atividade major, ou seja, o Projeto de Intervenção abordando os objetivos, metodologia, planeamento, intervenção, avaliação, análise e discussão dos dados, bem como as questões éticas inerentes à investigação. No capítulo quatro, será realizada a reflexão e análise das competências atingidas, ou seja, Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Reabilitação e Competências de Mestre em Enfermagem. Por fim, apresentar-se-á a conclusão, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

No que concerne à referenciação, esta foi norteada pelas normas da sétima edição do *Publication Manual da American Psychological Association* (APA, 2020). A redação do relatório salvaguarda o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO E POPULAÇÃO-ALVO

O presente capítulo tem como finalidade caracterizar o contexto no qual decorreu o Estágio Final e foi aplicado o Projeto de Intervenção, assim como, uma apreciação à produção de cuidados e população-alvo.

1.1. Análise do Envolvimento

O Estágio Final decorreu numa Unidade de um Hospital do Grupo II, localizado na região do Alentejo. Com o objetivo de manter o anonimato da instituição e todo o envolvimento, a caracterização será realizada de forma geral.

A Portaria nº82/2014 relata que através do estudo e trabalho de várias entidades, como a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, Entidade Reguladora da Saúde e Administrações Regionais de Saúde, classificaram-se as instituições hospitalares e unidades do Serviço Nacional de Saúde, tendo como fatores a considerar: a densidade populacional, rede hospitalar para a prestação de cuidados de saúde e proximidade (Diário da República, 2014).

Um Hospital do Grupo II caracteriza-se por ter uma área de influência direta e indireta, valências médico-cirúrgicas de um Hospital do Grupo I, acrescidas de outras como “...oftalmologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia clínica, infeciologia, oncologia médica, neonatologia, imunoalergologia, ginecologia/obstetrícia, dermatovenerologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, anatomia patológica, medicina nuclear e neurorradiologia” (Diário da República, 2014, p. 2365).

O Hospital em questão abrange cerca de 704 707 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2021). De entre os dados estatísticos de morbilidade e mortalidade, realça-se que a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares é de 143,5 por 100 000 habitantes na região do Alentejo. Face a estes valores, presume-se que a região do Alentejo demonstra elevados fatores de risco que perspetivam uma elevada morbilidade e índices altos de incapacidade (Trindade, 2020).

A Via Verde de AVC é uma resposta específica e atempada que permite combater episódios de AVC em curso, minimizando as consequências e défices. No Hospital do

Grupo II, a Via Verde de AVC é composta por uma equipa intra-hospitalar de carácter multidisciplinar, preparada para realizar um diagnóstico com recurso a instrumentos de avaliação e exames complementares de diagnóstico, optando pela intervenção mais adequada. Após o tratamento agudo da doença (fibrinólise ou tratamento endovascular), a pessoa deverá ser internada na Unidade de AVC ou Unidade de Cuidados Intensivos conforme o grau de severidade.

A Unidade é constituída por 6 camas. A equipa multidisciplinar é composta por um corpo clínico (3 médicos especialistas em medicina interna, 1 especialista em neurologia, 1 especialista em fisioterapia e 1 especialista em neurorradiologia), equipa de enfermagem (12 enfermeiros, dos quais 5 especialistas em enfermagem de reabilitação), assistente social, neuropsicóloga, técnicos de cardiopneumologia, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala e assistentes operacionais.

O espaço físico é de pequenas dimensões, o que pode dificultar algumas ações de enfermagem, como a realização de um levante, treino de AVD, entre outras. Porém, para as barreiras arquitetónicas são utilizadas estratégias que levam ao bom funcionamento do serviço.

1.2. Análise da Produção de Cuidados

Atualmente, o envelhecimento progressivo da população e consequentes comorbilidades têm provocado um aumento do número de internamentos, porém a evolução da ciência e saúde permitem respostas mais eficazes e atempadas. Apesar dos dados apresentarem um grande grupo de pacientes internados por doença cerebrovascular, pode-se consultar que entre 2011 e 2015 houve um ligeiro decréscimo do número de pessoas internadas. Em 2016, o número de internamentos por AVC ultrapassou os 23 000 indivíduos, sendo que neste grupo foi registado o óbito de 3 322 indivíduos (Direção-Geral de Saúde, 2017b)

Nas Unidades de AVC, todos os doentes passam por um período de restrição da mobilidade pela permanência no leito até à estabilização da situação clínica. Desta forma, os focos de atenção são variados, por isso, é imprescindível a intervenção multidisciplinar na conceção do plano de cuidados da pessoa. Os cuidados prestados são complexos, no entanto, é perspectivada a continuidade dos cuidados desde a sua admissão, facilitando o

processo de reabilitação. Há relevância no tratamento médico, mas também nos cuidados de enfermagem geral e especializada, mais concretamente na enfermagem de reabilitação.

O Regulamento n.º 392/2019 destaca que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação possui um role de competências específicas, nas quais, através de procedimentos e conhecimentos, cuida da pessoa com doença aguda ou crónica com a finalidade de promover a funcionalidade e a independência. Assim, presta assistência na recuperação do doente, maximizando a sua autonomia e independência, o que por sua vez, irá resultar em maiores índices de qualidade de vida.

O AVC é uma patologia que apresenta habitualmente sinais e sintomas de compromisso neurológico, conduzindo a focos como a diminuição da força muscular, alterações na linguagem, compreensão e perceção, défice na visão a nível campimétrico ou olhar conjugado, alterações na deglutição, comprometimento do equilíbrio corporal, podendo em casos mais graves, apresentar depressão do estado de consciência (Organização Mundial de Saúde, 2006).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume, deste modo, um papel preponderante, pois irá assistir na reeducação das funções motoras, sensoriais ou cognitivas dos utentes. Através dos princípios teóricos de Margaret Johnstone, a reabilitação é executada na prevenção da espasticidade. Para tal, são aplicadas algumas intervenções como: posicionamento em padrão antiespástico, recuperação dos défices do lado lesado e reeducação sensoriomotora (Santos et al., 2020).

Neste sentido, o profissional planeia, realiza e avalia programas de reabilitação, sendo estes aplicados de forma gradual e individualizada com base nos défices que a pessoa apresenta, tendo em vista a incrementação da funcionalidade e reintegração na sociedade (Direção-Geral de Saúde, 2011).

Perante esta temática, os cuidados de enfermagem de reabilitação são precoces. Numa fase inicial, a abordagem deve ser direcionada para a prevenção de complicações. Progressivamente, o profissional em colaboração com o utente, deve centrar-se no retorno a uma vida ativa.

Pode-se constatar que o regresso a casa tem o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, visto que é facilitador no processo de transição, instruindo, educando e treinando o doente e a família, possibilitando

consequentemente, uma adaptação à situação de doença e dependência (Petronilho & Machado, 2016).

Na Unidade em questão, os cuidados de enfermagem de reabilitação são prestados nos turnos da manhã e tarde. Reconhece-se que existe dificuldade em garantir os cuidados de reabilitação, pela alocação destes profissionais aos cuidados gerais quando não existem recursos suficientes, fator que não abona na consistência dos cuidados. Porém, o apoio dos outros profissionais da equipa multidisciplinar torna-se fundamental para a obtenção dos objetivos estipulados para cada utente.

Quando está estipulado por turno a existência de um profissional de enfermagem de reabilitação, o seu rácio é de 1 para 6.

1.3. Análise da População-Alvo

A população-alvo do Estágio Final e na qual foi implementado o Projeto de Intervenção, foi constituída por doentes admitidos na Unidade de AVC, sendo estes indivíduos que se encontram na fase aguda da doença. Constatou-se ao longo do estágio realizado, os doentes internados têm na sua maioria idade superior a 65 anos.

Anualmente, a média de internamentos ronda os 400 utentes, sendo que cerca de metade são identificados precocemente como Via Verde AVC. Relativamente aos dias de internamento, a média é de 5 dias.

Para além da patologia que causou o internamento, os indivíduos apresentam diversos antecedentes pessoais, como: hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo II, fibrilhação auricular, entre outras. Estes antecedentes, juntamente com a nova patologia e uma idade avançada levam a maiores períodos de incapacidade funcional e dependência, o que implica, muitas das vezes, um aumento do tempo de internamento.

No decorrer do internamento, o doente pode vir a desenvolver várias problemáticas associadas à patologia principal que requerem atenção por parte da equipa multidisciplinar. Enunciando-se um exemplo, a possibilidade de a pessoa ficar com o sistema respiratório comprometido por pneumonia de aspiração, leva a que os profissionais estejam mais despertos para outros fatores, olhando para a pessoa como um

meio suscetível a sofrer várias alterações e/ou consequências causadas pela própria doença.

Após a sua estadia na Unidade, os doentes são transferidos para uma unidade de menor complexidade, como um serviço de Medicina ou uma unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou para domicílio. Denota-se que muitas famílias sentem dificuldade em responsabilizar-se pela continuidade dos cuidados no domicílio, o que leva a um cenário de rutura em situações de equilíbrio prévio.

O Estágio em Enfermagem de Reabilitação foi desenvolvido numa Unidade de Hospitalização Domiciliária, o que permitiu conceptualizar os cuidados de reabilitação em contexto domiciliário à pessoa com AVC. Nesse período, são reconhecidas, desenvolvidas e incentivadas as capacidades da pessoa, usando-as a favor de si próprias. A pessoa é a principal protagonista, havendo espaço para partilha de decisão e gestão das expectativas (Lopes, 2021).

Importa ressaltar que para além da população-alvo do Estágio Final, uma aquisição mais completa das competências propostas implicou o contacto direto com outros contextos clínicos, como uma Unidade de Hospitalização Domiciliária e serviço de Ortopedia. Tais experiências clínicas permitiram uma melhor integração dos cuidados de enfermagem de reabilitação, contemplando as três áreas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (respiratória, neurológica e ortotraumatológica).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Autocuidado

O aumento do envelhecimento populacional e prevalência das doenças crônicas têm causado impacto no sistema financeiro, social e de saúde da nossa sociedade. Como resposta a este desafio constante, as políticas de saúde procuram responsabilizar e envolver os indivíduos e grupos para cuidarem de si próprios, ou seja, que assegurem as suas AVD e, em parceria com os profissionais de saúde, integrem esquemas terapêuticos definidos para uma gestão eficaz do processo de saúde-doença (Petronilho, 2012).

O autocuidado é um conceito que tem progredido ao longo do tempo, estando coligado a termos e conceitos como autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho, 2012).

Considerado como um processo de saúde e bem-estar dos indivíduos, o autocuidado pode ser inato ou aprendido, podendo a pessoa tomar a iniciativa de desenvolver novas responsabilidades e habilidades facilitadoras no seu processo de saúde, como por exemplo, o cumprimento de uma AVD. Todavia, também pode ser concetualizado como uma resposta a um processo de saúde-doença, no qual a pessoa investe na sua saúde com a colaboração do profissional através de regimes terapêuticos negociados, contribuindo para uma boa gestão da doença (Petronilho, 2012).

Em 2001, Orem definiu o autocuidado como:

... uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como, o crescimento e desenvolvimento. Também são

ações com o foco na prevenção, alívio, cura ou controle de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar. Isto inclui, quando indicado, procurar e participar na assistência clínica nas várias modalidades, como a enfermagem e outras formas de cuidados de saúde. (Orem, 2001, p. 45).

No paradigma de Orem, todos os indivíduos têm capacidades para cumprir os seus autocuidados, isto pelos saberes, habilidades e experiências adquiridas ao longo da vida, sendo designados como agentes de autocuidado (*self-care agent*). Contudo, quando não demonstram essa capacidade, tendo os cuidados de ser realizados por outros (ex. familiares ou cuidadores), a pessoa é considerada como agente dependente de cuidados (*dependent agent care*). Se os cuidados forem prestados por um profissional de enfermagem, o indivíduo intitula-se como *therapeutical self-care agent* (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

A ação do autocuidado (*self-care agency*) é o poder da pessoa em envolver-se no seu processo de autocuidado. É uma ação tomada com motivação na procura pelo bem-estar e saúde. Por norma, varia consoante os fatores condicionantes básicos (*basic conditioning factors*), ou seja, fatores internos e externos que condicionam a envolvimento no autocuidado, bem como o tipo e quantidade necessária. Alguns destes fatores são: idade, sexo, fase de desenvolvimento do indivíduo, estado de saúde, educação e experiências vivenciadas e influências (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Mais concretamente, os fatores condicionantes básicos foram subdivididos em domínios, como: o domínio cognitivo, relacionado com o conhecimento da pessoa sobre a sua condição de saúde e capacidades cognitivas para realizar a ação de autocuidado; domínio físico, referindo-se à capacidade física da pessoa para executar o autocuidado; domínio emocional ou psicossocial, no qual estão subjacentes as atitudes, valores, desejo, motivação e perceção da competência para realização do autocuidado; e domínio do comportamento, ou seja, possuir habilidades para concretizar comportamentos de autocuidado (*self-care behavior*) nos prazos adequados, para manutenção da vida, desenvolvimento pessoal e promoção do bem-estar (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Outro dos conceitos centrais na Teoria do Autocuidado de Orem é a necessidade terapêutica de autocuidado (*therapeutic self-care demand*), explicada como “...uma estrutura formulada e expressa em emoções ou medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios selecionados para atender – ou seja, cumprir – as metas reguladoras (funcionais ou de desenvolvimento) dos requisitos de autocuidado dos indivíduos.” (Orem, 2001, p. 223).

Os requisitos de autocuidado (*self-care requisites*), também fundamentais para Orem, dividem-se por várias categorias: universais (*universal self-care requisites*), de desenvolvimento (*developmental self-care requisites*) e no desvio de saúde (*health-deviation self-care requisites*). Os requisitos universais de autocuidado são comuns a todos os indivíduos, independentemente da etapa do ciclo de vida, sendo essenciais para a manutenção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, como por exemplo, uma quantidade suficiente de ar ou água. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento são bastante importantes para a formação de atributos humanos e aquisição de níveis mais complexos de organização e funcionamento. Por último, os requisitos de autocuidado no desvio de saúde estão diretamente ligados a condições de doença ou lesão, para que haja um diagnóstico e tratamento (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

2.1.1. Teoria do Défice de Autocuidado

A Teoria do Défice de Autocuidado explica e descreve o motivo pelo qual os seres humanos possuem necessidades de cuidados na área da enfermagem. Para tal, foram estipulados cinco métodos de ajuda: agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, fornecer apoio físico e psicológico, promover e manter um ambiente facilitador do desenvolvimento pessoal, e instruir (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Existe um déficit de autocuidado em todos os momentos em que as necessidades da pessoa são superiores às suas capacidades, uma vez que se verifica a inexistência de uma relação entre a capacidade de ação e as necessidades de cuidado (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Deste modo, Orem afirma que os profissionais de enfermagem, através da sua prática, têm capacidades para: criar e manter uma relação terapêutica enfermeiro-doente

com a pessoa e os seus pares até se obterem os objetivos inicialmente propostos; diagnosticar e intervir dentro dos seus conhecimentos e competências; responder a solicitações, necessidades e desejos; prescrever, regular e proporcionar ajuda direta ao doente; e coordenar cuidados de enfermagem que tenham em atenção o meio envolvente da pessoa e a sua independência, colaborando com serviços sociais e educacionais se necessário (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Henderson (2007) citado por Pinto (2018) define que o enfermeiro tem aptidão para ajudar a pessoa saudável ou doente, realizando atividades que contribuem para a sua saúde, recuperação ou uma morte digna, atividades estas que a pessoa faria se estivesse na sua plenitude. Assim, a intervenção passa por agir com o intuito de tornar a pessoa o mais independente possível.

2.1.2. Teoria dos Sistemas de Enfermagem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem elucida a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem, ou seja, articula as propriedades do profissional com as características da pessoa e as suas necessidades.

Esta teoria baseia-se no facto de o enfermeiro percecionar as necessidades da pessoa e as suas capacidades para desempenhar as atividades do autocuidado. Os cuidados de enfermagem são imperativos quando há um défice de autocuidado entre aquilo que a pessoa pode realizar (ação de autocuidado) e o que precisa de ser realizado para um funcionamento favorável (necessidade de autocuidado) (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

No âmbito do exercício e responsabilidade profissional, Orem identificou três sistemas de enfermagem. O sistema totalmente compensatório, no qual a pessoa não consegue cumprir os seus autocuidados, sendo totalmente dependente de outros para uma manutenção e bem-estar. O sistema parcialmente compensatório, desenvolvendo-se quando o profissional ou indivíduo realizam tarefas que envolvem a deambulação ou tarefas manipuladoras. O enfermeiro e a pessoa assumem um papel de destaque, pois as tarefas de autocuidado são executas consoante as limitações, conhecimento ou motivação. Assim, o profissional de enfermagem recorre a mecanismos compensatórios quando o indivíduo é incapaz. O sistema de apoio/educação, que consiste na orientação e

ensinamentos por parte do profissional, isto para que haja um desenvolvimento das atividades de autocuidado (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

2.1.3. Estilos de Autocuidado

O modo como cada pessoa realiza o seu autocuidado é distinto, devendo haver uma atenção especial no apoio da pessoa para a consecução do seu autocuidado. O estudo qualitativo de Backman e Hentinen (1999) citado por Petronilho (2012) com uma amostra de 40 pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, permitiu diferenciar os diferentes estilos de autocuidado. Estes são: autocuidado responsável, autocuidado formalmente guiado, autocuidado independente e autocuidado abandonado.

O autocuidado responsável está relacionado com a consciencialização e envolvimento da pessoa em todas as AVD, tal como nos processos de saúde-doença. Normalmente, a pessoa é responsável pelo seu regime terapêutico e tem a capacidade de refletir que quando não é capaz poderá ser uma limitação. Os indivíduos tomam um papel ativo nos desafios pela saúde, colaborando com os diversos profissionais de saúde na procura pela resposta às necessidades mais complexas, adaptação a transições e melhoria na qualidade de vida (Backman & Hentinen, 1999, citado por Petronilho, 2012).

O autocuidado formalmente guiado manifesta-se por uma atitude passiva por parte da pessoa, não procurando obter informações para uma melhoria do regime terapêutico, ou seja, existe uma execução das AVD, todavia existe uma habituação às rotinas estabelecidas. A perspetiva futura será o apoio institucional, o que poderá ser um desafio para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, pois pela sua intervenção poderão capacitar e promover a independência dos indivíduos (Backman & Hentinen, 1999, citado por Petronilho, 2012).

O autocuidado independente é caracterizado pelo modo próprio de como os indivíduos gerem o seu processo de saúde-doença. Tentam encontrar as respostas às suas necessidades recorrendo a crenças e valores, ignorando os conselhos dos profissionais de saúde, bem como sinais e sintomas de doenças (Backman & Hentinen, 1999, citado por Petronilho, 2012).

O autocuidado abandonado relata-se como uma falta de responsabilidade e não preocupação pela saúde e bem-estar. A pessoa sente uma impotência para gerir o seu projeto de vida, levando muitas das vezes a sentimentos de tristeza, solidão, amargura, incompreensão e abandono. O futuro é marcado pelo medo e receio, colocando a hipótese de desistir de viver (Backman & Hentinen, 1999, citado por Petronilho, 2012).

2.1.4. Fatores Determinantes do Autocuidado

Um estudo exploratório de Holguín (2010) citado por Petronilho (2012) permitiu avaliar o comportamento e a capacidade de realizar o autocuidado em doentes internados com insuficiência cardíaca. Constatou-se que o apoio familiar, desempenho de uma atividade profissional, acesso ao sistema de saúde, nível socioeconómico e suporte educacional são fatores que têm influência no autocuidado.

Minet et al. (2010) citado por Petronilho (2012) revelaram que programas de intervenção estruturados e personalizados tiveram um impacto positivo no autocuidado de indivíduos com diabetes *mellitus* tipo II. Pode-se, desta forma, afirmar que a ação profissional deve fomentar a autonomia no autocuidado, sendo um foco de destaque. A capacidade de envolver a pessoa e família/cuidador, permite capacitar e enriquecer os sentimentos de utilidade e produtividade.

Petronilho (2012) elaborou uma síntese dos fatores determinantes do autocuidado, para tal, foram definidas as dimensões: física, cognitiva, psicológica, sociodemográfica, social/saúde, espiritual/cultural e económica.

Na tabela 1 é possível conferir as dimensões e os seus componentes.

Tabela 1 - Fatores Determinantes do Autocuidado

Dimensão	Componentes
Física	Capacidade física e funcional, robustez e vigor; Tolerância à atividade/fadiga; Dor; Ambiente físico.

Cognitiva	<p>Conhecimento sobre estilos de vida apropriados;</p> <p>Conhecimento sobre a doença e processo terapêutico;</p> <p>Capacidade de pesquisar informação;</p> <p><i>Empowerment</i>;</p> <p>Capacidade de tomar decisões.</p>
Psicológica	<p>Força de vontade, motivação, iniciativa e responsabilidade;</p> <p>Controlo entendido;</p> <p>Experiências anteriores de saúde ou doença, perspetivando o futuro;</p> <p>Aceitação do estado de saúde perante a situação clínica;</p> <p>Atitude face à vida e à doença (pensamento positivo ou negativo);</p> <p>Significado atribuído à condição clínica;</p> <p>Capacidade de resiliência;</p> <p>Satisfação com a vida;</p> <p>Capacidade de adaptação e autoconceito;</p> <p>Ambiente terapêutico;</p> <p>Estado emocional/ estado mental (autoestima, confiança, tristeza, humor, ansiedade, depressão, stress, solidão, incerteza, isolamento social).</p>
Sociodemográfica	<p>Idade;</p> <p>Sexo;</p> <p>Raça;</p> <p>Estado civil;</p> <p>Tipo de família (monoparental, nuclear, alargada);</p> <p>Situação laboral (emprego/desemprego);</p> <p>Grau de instrução/educação (escolaridade).</p>
Social/Saúde	<p>Rede de suporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informal (processos familiares, amigos, vizinhos); -Formal (profissionais de saúde: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos).
Espiritual/Cultural	<p>Fé, esperança, crenças religiosas, crenças culturais;</p> <p>Crescimento espiritual;</p>
Económica	<p>Condição económica.</p>

Fonte: Petronilho (2012)

2.1.5. Autonomia e Independência no Autocuidado

Os conceitos de autonomia e independência podem ser associados, contudo são termos diferentes na sua essência.

Na Deontologia Profissional de Enfermagem (2015), a autonomia é referida como a liberdade para a ação e capacidade de escolha informada e consciente. A pessoa é considerada como um ser livre com a capacidade de se autogovernar, devendo as suas escolhas serem respeitadas.

A Organização Mundial de Saúde define autonomia como a capacidade que a pessoa possui para controlar, lidar e tomar decisões pessoais no seu quotidiano com base nos seus hábitos e preferências, adaptando-se ao meio envolvente (Pinto, 2018; Organização Mundial de Saúde, 2002).

A independência é a aptidão para realizar funções e tarefas relacionadas com a vida diária sem auxílio de outros, estando desta forma, associada ao autocuidado, ou seja, traduz a capacidade da pessoa exibir a sua funcionalidade (Organização Mundial de Saúde, 2002).

A dependência não está diretamente ligada a alterações do estado cognitivo e emocional, porém alterações nestas dimensões podem causar impacto na dependência de diversas atividades. Por outro lado, a dependência física não exige perda de autonomia, pois, apesar das limitações físicas, a pessoa pode estar capaz de tomar decisões sobre a sua vida (Couto, 2012).

Os indivíduos que não tomem decisões de forma autónoma e/ou não realizem atividades básicas de forma independente irão necessitar do apoio de terceiros para o cumprimento do autocuidado (Couto, 2012).

A dependência no autocuidado é um tema central nos cuidados de enfermagem de reabilitação, numa perspetiva de capacitar a pessoa para o desempenho das atividades que constituem os domínios do autocuidado.

Os resultados de uma revisão da literatura de Petronilho (2012) permitiram aferir que os idosos com maior capacidade de se autocuidarem possuem uma maior aptidão funcional, estilos de vida mais adequados, melhor aceitação sobre o futuro,

envelhecimento ativo, boas relações familiares, responsabilidade pela saúde e regime medicamentoso (Petronilho & Machado, 2016).

A ação do profissional de enfermagem deve ter como objetivo facilitar a transição da pessoa dos cuidados agudos para cuidados de reabilitação, tendo em vista a recuperação do autocuidado. Este processo é composto por três fases: capacidade de envolver a pessoa dependente nos cuidados de reabilitação, potenciar o esforço da pessoa dependente e providenciar assistência gradual à pessoa dependente (Petronilho & Machado, 2016).

Qualquer condição de saúde-doença que perturbe a autonomia ou perda de independência exige uma abordagem holística, com respeito pela autodeterminação e estimulação da tomada de decisão, dando espaço de liberdade para gerir a própria vida.

Em suma, a autonomia e a independência são termos que se associam ao domínio da autorregulação, capacidade de decisão e desempenho de tarefas nas atividades do dia-a-dia. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode trazer uma evolução na autonomia e independência, o que pressupõe ganhos em saúde (Couto, 2012).

2.2. A Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral apresenta-se como um desafio de saúde pública pela sua elevada prevalência em termos mundiais. Nos Estados Unidos da América, espera-se um aumento de quatro milhões de novos casos até 2030 (Go et al., 2014, citado por Marques-Vieira et al., 2016). Na Europa, as doenças cardio e cerebrovasculares são a causa de morte de mais de quatro milhões de pessoas por ano, sendo que um milhão são causadas por AVC (Nichols et al., 2012, citado por Marques-Vieira et al., 2016). Mais concretamente, em Portugal, o AVC é a principal causa de morte, tendo as taxas mais elevadas do mundo. A prevalência nos homens é 129 mortes por 100 000 habitantes e nas mulheres 107 mortes por 100 000 habitantes (Martins, 2006, citado por Menoita et al., 2012; Ribeiro, 1998, citado por Menoita et al., 2012).

Em evidências mais antigas, estima-se que em 2023, haverá um acréscimo do número de pessoas com AVC na ordem dos 30%. Deste modo, o AVC assume um grande

destaque em termos de saúde pública pela sua elevada taxa de incapacidade permanente e possível mortalidade (Menoita et al., 2012).

No documento apresentado pela Direção-Geral de Saúde (2017), designado como “Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares”, pode-se observar que a taxa de mortalidade em 2015 por doenças cerebrovasculares foi de 58,4%, um número bem mais reduzido do que em 2011, no qual a taxa foi de 70,9%. Este facto, deve-se à introdução de novas práticas clínicas, como a administração de novos anticoagulantes dicumarínicos em casos de fibrilhação auricular e consolidação das Unidades de AVC.

A Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016) define o AVC como a doença cerebrovascular mais frequente. Este evento ocorre de forma súbita pela interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, conduzindo a uma perda acelerada da função neurológica. A interrupção desta irrigação sanguínea pode ser provocada por fenómenos isquémicos (obstrução arterial) ou hemorrágicos (ruptura de uma artéria).

Para Menoita et al. (2012), o AVC é uma interrupção ou bloqueio do fluxo sanguíneo que irá danificar e lesar uma região do cérebro. A pessoa apresenta distúrbios focais ou globais da função cerebral, levando a que os sinais e sintomas perdurem por um período superior a 24 horas.

O Acidente Isquémico Transitório (AIT) não se inclui, pois não há presença de enfarte, havendo recuperação dos sintomas até um período de 24 horas. Por norma, os episódios de AIT são causados por êmbolos de pequenas dimensões, agregados plaquetários ou hipoperfusão secundária (Menoita et al., 2012).

Os fatores de risco para a presença de um AVC podem ser: definitivos e não modificáveis, modificáveis bem documentados e potencialmente modificáveis menos bem documentados. Os definitivos e não modificáveis consistem na idade, sexo, origem geográfica, baixo peso corporal à nascença e fatores genéticos. Os modificáveis bem documentados são a hipertensão arterial, tabagismo, diabetes *mellitus*, dislipidemia, fibrilhação auricular, estenose carotídea, AIT ou AVC prévio, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e terapia hormonal de substituição. Por fim, os potencialmente modificáveis menos bem documentados estão relacionados com síndromes metabólicas, contraceptivos orais, gravidez, drogas, síndrome de apneia do sono, alterações hematológicas, inflamação e infeção (Menoita et al., 2012; Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

Em Portugal, a elevada taxa de mortalidade por AVC é maioritariamente causada pela hipertensão arterial não diagnosticada e tratada, tabagismo em excesso e hábitos alimentares não cuidados (Menoita et al., 2012).

O AVC isquémico revela-se como sendo o mais frequente (85% dos eventos), podendo classificar-se como: trombótico, embólico ou lacunar. O AVC trombótico consiste num espessamento da parede das artérias e perda de elasticidade, pelo aumento de lípidos na corrente sanguínea, formam-se placas de ateroma que agregam plaquetas, formando-se desta forma um trombo que bloqueia total ou parcialmente o fluxo sanguíneo. O AVC embólico está muito associado a fenómenos cardíacos como a fibrilhação auricular ou arritmias, havendo oclusão arterial por um êmbolo em circulação. O AVC lacunar representa 10% de todos os AVC, havendo enfarte dos pequenos vasos do núcleo caudado, cápsula interna, tálamo, ponte e substância branca (Menoita et al., 2012).

O AVC hemorrágico ocorre em população mais jovem e apresenta um pior prognóstico, com mortalidade de 50% dos casos nos 30 dias subsequentes. Pela fisiopatologia, há um extravasamento de sangue no tecido cerebral por uma rutura vascular. Está associado a casos de hipertensão arterial, arteriosclerose, aneurisma congénito, tumores e traumatismos. A nível anatómico, a hemorragia poder ser: intracerebral, parenquimatosa e subaracnoídea (Menoita et al., 2012).

2.2.1. Manifestações Clínicas no AVC

As manifestações clínicas dependem da tipologia do AVC e da sua localização anatómica, na tabela 2 ilustrada é possível conferir as manifestações consoante os territórios.

Tabela 2- Manifestações Clínicas do AVC

AVC Isquémico	Território Carotídeo	Artéria Central da Retina	⇒ Cegueira ipsilateral; ⇒ Amaurose fugaz ipsilateral.
		Artéria Cerebral Anterior	⇒ Síndrome frontal; ⇒ Paresia/plegia do MI contralateral; ⇒ Hipoestesia do MI contralateral; ⇒ Incontinência urinária; ⇒ Paratonia; ⇒ Alterações na memória e emocionais; ⇒ Apraxia dos membros esquerdos e afasia transcortical em caso de lesão da ACA esquerda; ⇒ Negligência hemiespacial ou motora à esquerda em caso de lesão na ACA direita.
		Artéria Coroideia Anterior	⇒ Hemiparesia contralateral; ⇒ Hipoestesia contralateral; ⇒ Hemianopsia contralateral.
		Artéria Cerebral Média	⇒ Hemiplegia/paresia contralateral; ⇒ Hipoestesia contralateral; ⇒ Hemianopsia homónima contralateral; ⇒ Desvio do olhar para o lado da lesão; ⇒ Disartria; ⇒ Afasia em caso de lesão na ACM esquerda; ⇒ Neglect, extinção para estímulos, anosognosia em lesão da ACM direita.
		Território Vertebro-Basilar	Artérias Vertebrais e Tronco Basilar

		Artéria Cerebral Posterior	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Hemianópsia homónima contralateral; ⇒ Cegueira cortical (bilateral); ⇒ Alucinações visuais, agnosia visual ou cores, prosopagnosia; ⇒ Afasia transcortical sensitiva ou anómica em lesão da ACP esquerda; ⇒ Hemihipostesia; ⇒ Síndromas confusionais; ⇒ Amnésia.
AVC Hemorrágico	Hemorragia Subaracnoídea		<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Cefaleia súbita; ⇒ Náuseas e vômitos; ⇒ Alterações da vigília; ⇒ Sinais de irritação.
	Hemorragia Intracerebral		<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Hemiparesia contralateral; ⇒ Afasia global; ⇒ Negelct; ⇒ Cefaleias; ⇒ Vertigens e desequilíbrios em casos de AVC hemorrágico no cerebelo. ⇒ Em caso de AVC hemorrágico na protuberância, a pessoa apresenta tetraparesia, pupilas mióticas e coma.

Fonte: Adaptado de Menoita et al. (2012) e Almeida (2015)

Como visto anteriormente, as sequelas e complicações vão depender da extensão da lesão e do período decorrente entre os primeiros sintomas e o tratamento na fase aguda (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

As alterações músculo-esqueléticas são as que têm uma maior incidência, havendo possibilidade de decréscimo da força muscular, aumento do tónus muscular, alterações na coordenação, equilíbrio e marcha (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

Posteriormente ao AVC, a flacidez irá incidir no hemicorpo afetado, havendo gradualmente um aumento do tónus muscular denominado padrão espástico. Este padrão

afeta os músculos flexores e adutores do membro superior, e extensores do membro inferior (Branco & Santos, 2010).

O padrão espástico caracteriza-se por:

Inclinação lateral da cabeça para o lado lesado e rotação para o lado sã; Retração do ombro com depressão e rotação interna da escapulo-umeral; Flexão do cotovelo com pronação do antebraço; Flexão do punho e dos dedos com adução destes; Flexão lateral do tronco para o lado lesado; Rotação externa e extensão da coxofemural; Extensão do joelho; Flexão plantar da tibio-társica e inversão do pé. (Branco & Santos, 2010, p. 50).

Na abordagem às alterações músculo-esqueléticas, os défices sensitivos são recorrentes pela diminuição ou desaparecimento da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa. Outros transtornos sensitivos são os distúrbios dos campos visuais (ex. hemianopsia ou quadrantopsia) e incontinência urinária ou fecal (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

A disfagia é um problema que envolve as componentes motora e sensitiva. É definida como uma disfunção da capacidade de deglutir líquidos e/ou sólidos de forma segura. A deglutição é um mecanismo controlado por diferentes estruturas cerebrais, pelo que uma lesão numa das estruturas, pode implicar défice nesta atividade (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

As alterações cognitivas podem afetar um domínio específico (orientação, memória, linguagem ou visão) ou serem gerais. A afasia é uma perturbação adquirida subitamente que compromete a expressão e compreensão oral, bem como a leitura e escrita (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

Normalmente, os comportamentos dos indivíduos com AVC são de desinteresse total, apatia, depressão e ansiedade (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

Mais recentemente, foram descritas alterações na força muscular respiratória no doente com AVC na fase aguda ou crónica. A diminuição da ativação dos músculos

abdominais é frequente nestes utentes, o que implica um esforço da musculatura torácica que compromete a respiração. A diminuição da excursão diafragmática e do tónus muscular torácico trazem consequências como fadiga, dispneia, reflexo de tosse ineficaz, aumentando o risco de pneumonia por aspiração (Schuster, 2011).

O AVC, enquanto patologia, pode afetar a função respiratória pelo seu impacto no padrão respiratório, função pulmonar e músculos ventilatórios. Um dos padrões respiratórios anormais em doentes com AVC é o Cheyne Stokes, todavia, padrões como o atáxico, apneia do sono e hipoxemia noturna podem surgir (Ocko & Costa, 2014).

Ocko e Costa (2014), referem que um estudo na década de 80 já descrevia a diminuição da mobilidade diafragmática no lado hemiplégico e uma diminuição da amplitude e ação dos músculos intercostais, tanto no lado lesado como no não lesado.

O estudo de Almeida et al. (2011) citado por Ocko e Costa (2014) analisou os efeitos da hemiplegia sobre a função pulmonar em 20 pacientes com AVC comparando-os com 14 utentes saudáveis. Os resultados obtidos foram explícitos, havendo um valor reduzido de débito expiratório na população com AVC, isto pela fraqueza dos músculos associados.

O défice respiratório na pessoa com AVC pode surgir também pela infeção que se relaciona com a broncoaspiração de secreções por tosse ineficaz (Ocko & Costa, 2014).

Em suma, a hemiplegia ou hemiparesia provocam alterações no controlo motor e postural, que podem levar a transtornos na função motora voluntária e controlo motor para manutenção da sinergia dos músculos do tronco, o que irá prejudicar o sistema respiratório pela sua associação (Ocko & Costa, 2014).

2.2.2. Avaliação da Pessoa com AVC em Contexto de Défice Respiratório

Segundo a Norma nº 015/2017 da Direção-Geral de Saúde (2017a), uma pessoa com suspeita de AVC deverá ser recebida em ambiente hospitalar pela equipa Via Verde AVC, devendo esta realizar de forma primária uma avaliação ABC, ou seja, garantir uma manutenção da via aérea com estabilização cervical, ventilação eficaz e circulação com controlo hemorrágico. Após uma primeira abordagem, os profissionais deverão validar as suspeitas de AVC, compreendendo quando e como se iniciaram os sintomas e história

clínica do utente. É então realizado um exame objetivo geral, no qual é avaliada a componente neurológica através da *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) e parâmetros vitais. Para um diagnóstico mais eficaz, podem ser utilizados meios complementares de diagnóstico como a tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE), ressonância magnética (RM) crânio-encefálica e estudos analíticos.

O presente capítulo explica os fundamentos para a avaliação da pessoa com AVC, objeto do Projeto de Intervenção.

A avaliação inicial é fundamental para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, deve ser um processo contínuo e sistemático focado nas necessidades da pessoa. Deste modo, a avaliação consiste na identificação da pessoa, fatores de risco, focos de atenção, antecedentes pessoais e familiares, história social e hábitos de vida (Menoita et al., 2012).

O exame neurológico é a base para a ação perante a pessoa com AVC, devendo ser realizado num ambiente tranquilo, para identificar as atuais ou potenciais alterações neurológicas. Este exame engloba a análise do estado mental (estado de consciência e orientação, atenção, memória, capacidades práxicas, presença ou não de negligência hemiespacial e linguagem), pares cranianos, motricidade (força muscular, tônus muscular e coordenação motora), sensibilidade, equilíbrio e marcha (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

A avaliação do estado de consciência será o ponto inicial. Importa compreender que o estado de consciência é a perceção que a pessoa tem de si e do meio que a rodeia, podendo ficar alterado dependendo da extensão e localização da lesão. Os diferentes estados de consciência são: vígil (nível mais elementar da consciência, a pessoa tem perceção dos estímulos verbais e dolorosos, respondendo de forma apropriada), letárgico (pessoa sonolenta que desperta ao estímulo verbal e responde de forma lenta, quando o estímulo termina retoma a sonolência), obnubilado (pessoa sonolenta que necessita de um estímulo tátil e auditivo vigoroso para despertar, cumpre apenas ordens muito simples), estuporoso (pessoa sonolenta que responde somente ao estímulo doloroso com abertura ocular ou sons incompreensíveis) e coma (estado de inconsciência, a pessoa não responde a qualquer estímulo externo, porém pode haver resposta reflexa) (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

As pupilas são um importante sinal do estado de consciência da pessoa. A área no tronco cerebral que regula a resposta pupilar encontra-se próxima da zona que controla o estado de consciência, pelo que a reação pupilar é um preditor do nível de consciência. A avaliação é feita em ambas as pupilas e tem como objetivo ver o tamanho, a forma e a reação à luz. Quando se observam pupilas de diferentes dimensões, está-se perante uma anisocoria, indicando normalmente aumento da pressão intracraniana. Pupilas de grandes dimensões significam midríase e de pequenas dimensões miose, podendo em caso de miose haver compressão da parte inferior do tronco cerebral (Branco & Santos, 2010).

A orientação da pessoa é possível conferir através do diálogo, compreendendo se a pessoa está orientada a nível autopsíquico (pessoa) e alopsíquico (tempo e espaço) (Menoita et al., 2012).

A memória pode ser sensorial, imediata, recente e remota, para que o profissional possa avaliar esta componente pode recorrer a métodos como o diálogo ou questionar acontecimentos passados, bem como, aplicar escalas como a *Mini Mental State Examination*. Por outro lado, a apreciação da linguagem pressupõe a observação do discurso espontâneo, compreensão, nomeação e repetição (Menoita et al., 2012).

Os pares cranianos são doze e estão conectados ao encéfalo, a sua análise e estudo permite detetar alterações graves no foro neurológico. Para uma melhor explicação, seguem-se os doze pares e a sua função: I- olfativo, responsável pelo olfato; II- ótico, relacionado com a visão; III- oculomotor- responsável por movimentos do olho e elevação da pálpebra superior; IV- troclear, desencadeia a motricidade do músculo oblíquo superior do olho (movimento de rotação); V- trigémeo, controla a mastigação e perceção sensorial da face; VI- abducente, responsável pela motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho (movimento de abdução); VII- facial, controla os músculos da mimica facial e perceção gustativa no terço anterior da língua; VIII- auditivo, orienta o movimento vestibulo-coclear e participa na audição; IX- glossofaríngeo, fornece a perceção gustativa no terço posterior da língua, perceção sensorial da faringe, laringe e palato; X- vago, perceção sensorial da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras, responsável pela inervação das vísceras torácicas e abdominais; XI- espinhal, controla a nível motor a faringe, laringe, palato, músculo trapézio e esternocleidomastóideo, sendo responsável pelo movimento de rotação e inclinação da cabeça; e XII- grande hipoglosso,

fornece motricidade aos músculos da língua (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

O exame da motricidade é dividido em três componentes: força muscular, tônus muscular e coordenação. A força muscular é avaliada em todos os segmentos corporais de distal para proximal, a escala mais habitual é a de *Lower*. O tônus muscular é um reflexo proprioceptivo, permitindo a manutenção da postura corporal através da contração muscular. A mobilização passiva é método mais adequado para examinar o tônus muscular, uma das escalas mais comuns e que foi aplicada no Projeto de Intervenção é a de *Ashworth* Modificada. A coordenação motora deve-se à sensibilidade profunda, sinergia dos grupos musculares e ação do sistema vestibular pela função do equilíbrio, dois métodos comumente utilizados para a avaliação de ataxias são a prova dedo-nariz e calcanhar-joelho (Menoita et al., 2012).

A sensibilidade é uma das grandes funções do sistema nervoso que permite identificar modificações no meio ambiente, na própria atividade da pessoa e acontecimentos que podem ser prejudiciais. A sensibilidade pode ser superficial (tátil, térmica e dolorosa) ou profunda (sentido de pressão, sensibilidade vibratória, sensibilidade postural e sentido estereognóstico) (Menoita et al., 2012).

O equilíbrio pode ser estático ou dinâmico, pelo que é observado na posição de sentado e ortostática. A marcha exige uma coordenação entre a função vestibular, propriocepção e visão. No AVC é recorrente que haja um comprometimento nesta atividade, muitas vezes devido ao padrão espástico do membro inferior, assim em alguns casos, é implícita uma avaliação do padrão da marcha (Menoita et al., 2012).

Como o Projeto de Intervenção incide no doente com AVC e défice respiratório, será necessário explorar a avaliação do sistema respiratório. Tal como o exame neurológico, o exame respiratório deverá ser objetivo e focado na intervenção profissional.

A informação obtida através da história clínica irá fornecer indícios do processo de saúde-doença da pessoa. Neste caso, perante a pessoa com AVC e compromisso respiratório é fundamental detalhar os fatores de risco (ex. tabagismo), doenças prévias (ex. DPOC e asma) e história social (ex. exposição a partículas nocivas), isto para que se possam relacionar os fatores de risco com a história de doença atual, compreendendo o porquê dos sinais e sintomas respiratórios (Ferreira & Santos, 2016).

Os sinais e sintomas mais frequentes na pessoa com alteração respiratória são dispneia, tosse, secreções, dor torácica e hemoptises. A dispneia é a sensação de falta de ar, comumente avaliada pela Escala de *Borg* Modificada. A tosse é um mecanismo fisiológico que permite limpar as vias aéreas, no decorrer deste mecanismo podem ser expelidas secreções, sendo importante observar o seu aspeto macroscópico quanto à cor, viscosidade e volume. A dor torácica também é um sinal de dificuldade respiratória, pelo que é essencial solicitar ao indivíduo para caracterizá-la consoante a localização, intensidade, frequência e fatores que agravam ou aliviam. Em casos mais graves, surgem hemoptises, descritas como a emissão de sangue pela via aérea, devendo o enfermeiro ter em conta o volume eliminado (Ferreira & Santos, 2016).

A inspeção, palpação, percussão e auscultação são os quatro passos que estabelecem a avaliação ao doente respiratório (Ferreira & Santos, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

A inspeção é realizada com a pessoa em posição de sentado, o profissional visualiza o tórax quanto à sua forma, postura e movimentos respiratórios (frequência, amplitude e ritmo). Normalmente, os movimentos respiratórios são amplos e simétricos, e o tempo inspiratório é mais curto que o expiratório. Os défices ventilatórios podem conduzir a deformidades torácicas (ex. tórax em forma de quilha), deste modo, é importante perceber a presença de alterações na caixa torácica (Cordeiro & Menoita, 2012; Ferreira & Santos, 2016).

A palpação consiste em pesquisar áreas dolorosas e examinar as anomalias já identificadas na inspeção. Permite confirmar a amplitude e simetria dos movimentos respiratórios, compressibilidade e rigidez do tórax, presença de edema e frémio vocal (Ferreira & Santos, 2016).

A percussão é a técnica que pretende avaliar as estruturas numa profundidade de sete a oito centímetros, verificando se os pulmões se encontram preenchidos com ar, líquido ou material sólido. O som obtido pela percussão é ressonante se for normal, porém poderá ser hiporressonante em casos de atelectasia ou hiperressonante em situações de enfisema pulmonar (Miller et al., 2015 citado por Ferreira & Santos, 2016).

A auscultação pulmonar é executada de forma simétrica e reconhece os sons pulmonares ao nível das grandes vias aéreas. Nas zonas centrais, ao nível da traqueia e grandes brônquios é audível um som rude e soprado denominado ruído traqueobrônquico,

nas zonas mais distais o som é grave e suave designado por murmúrio vesicular. A presença de défice respiratório pode levar ao aparecimento de ruídos adventícios, os mais comuns são: crepitações (sons breves e descontínuos provocados pela abertura rápida das pequenas vias aéreas colapsadas), síbilos (som agudo, mais audível no tempo expiratório), rncos (sons graves e prolongados no tempo, devem-se à presença de secreções nas vias aéreas de maior calibre) e atrito pleural (som áspero, ouvido numa determinada área da pleura) (Ferreira & Santos, 2016; Miller et al., 2015, citado por Ferreira & Santos, 2016).

Outros fatores a incluir na avaliação do doente com AVC e compromisso respiratório são os sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, saturação periférica de oxigénio, temperatura, frequência respiratória e dor), gasimetria arterial que permite compreender os distúrbios ácido-base pelos valores de pH, pO₂, pCO₂ e HCO₃⁻, e exames imagiológicos pela interpretação da radiografia torácica, percebendo se há variações na densidade, atelectasias ou anormalidades pleurais (Ferreira & Santos, 2016).

2.3. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação a Realizar no Projeto de Intervenção

A reabilitação perante a pessoa com AVC deve iniciar-se o mais precocemente possível, na tentativa de melhorar a funcionalidade e atingir um grau mais elevado de independência, tal desiderato é reconhecido pela Direção-Geral de Saúde na Norma nº 054/2011. A *American Stroke Association* citado por Marques-Vieira, Sousa & Braga (2016) define que os cuidados de reabilitação devem ser precoces, contudo é importante ressaltar que a mobilização de alta intensidade nas primeiras 24 horas pode piorar o prognóstico.

Os profissionais de enfermagem de reabilitação apresentam-se como fundamentais na recuperação da pessoa com AVC, pois são portadores de conhecimentos fundamentados e aptidões técnicas especializadas (Menoita et al., 2012).

As intervenções a abordar vão de encontro ao Regulamento nº 392/2019, enaltecendo a importância da capacitação e maximização da funcionalidade da pessoa. Para tal “implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade.” (Diário da República, 2019a, p. 13567).

A estrutura do sistema nervoso é influenciada pelos padrões de atividade no sistema. A aprendizagem, memória, frequência e continuidade dos cuidados de reabilitação são fatores que determinam o processo plástico após o AVC. Assim, a reabilitação pode promover a reaprendizagem motora como um processo neurobiológico, no qual são modificadas as respostas motoras na tentativa de melhorar o desempenho (Menoita et al., 2012).

A recuperação das capacidades funcionais pode demorar anos, todavia nos primeiros seis meses é possível observar alguma recuperação funcional (Menoita et al., 2012).

A reabilitação junto da pessoa com AVC depende da estimulação da neuroplasticidade, tendo como grandes objetivos: favorecer a recuperação de funções e a recuperação de objetivos (Menoita et al., 2012).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume assim um papel determinante, pois acompanha a pessoa e família facilitando a adaptação a partir de estratégias de coping e empoderamento (Menoita et al., 2012).

As intervenções que irão ser abordadas são as que darão suporte ao Projeto de Intervenção, começando pelas relacionadas com o sistema motor e posteriormente as dedicadas ao sistema respiratório.

2.3.1. Mobilizações

Como é descrito na literatura, as contrações musculares podem ser isotónicas, concêntricas, excêntricas, isométricas e isocinéticas. A contração isotónica é dinâmica e tem capacidade de produzir movimento. A concêntrica é a mais comum e ocorre quando há encurtamento das fibras musculares pelo favorecimento da gravidade. Por outro lado, a contração excêntrica surge quando há estiramento das fibras por uma carga sustentada contra a ação da gravidade. A isométrica é possível quando não há alteração do comprimento do músculo, todavia existe contração muscular. Por último, a contração isocinética é dinâmica e ocorre a uma velocidade constante, associando-se à utilização de aparelhos como o artromotor (Coelho et al., 2016).

Na pessoa com AVC, é frequente surgirem alterações da força muscular e tónus muscular. Em relação à força, é provável que se esteja perante um quadro de hemiplegia, caracterizado por uma paralisia de um dos hemicorpos, ou hemiparesia, quando um dos hemicorpos apresenta diminuição da força muscular e sensibilidade. Após o acontecimento, o hemicorpo afetado tende a apresentar-se flácido, ou seja, o músculo está hipotónico com dificuldade em produzir movimento, gradualmente poderá surgir a hipertonía, moldando o hemicorpo como espástico, o que irá provocar uma resistência ao movimento passivo (Menoita et al., 2012).

A espasticidade instala-se das regiões mais distais para as proximais. O padrão é caracterizado por cabeça e pescoço com rotação para o lado são e inclinação para o lado lesado, membro superior com retração e depressão escapulo-umeral, rotação interna do braço, flexão com pronação do cotovelo e punho, mão com desvio cubital e dedos com flexão e adução, o membro inferior apresenta-se com rotação externa coxo-femoral, extensão coxo-femoral e joelho, inversão túbio-társica, e pé equino (Menoita et al., 2012).

As mobilizações têm como intuito salvaguardar as estruturas articulares, mantendo as amplitudes anatómicas, flexibilidade, imagem sensorial e psicomotora. No AVC, as mobilizações têm ainda um grande contributo, retardar a espasticidade, bem como recuperar, manter ou ganhar força muscular. Para tal, o profissional deve considerar as indicações terapêuticas e limitações da pessoa (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

As mobilizações podem ser: **passivas** (movimento produzido por uma força externa, sem nenhuma ou muito pouca contração muscular), **ativas-assistidas** (a força externa exerce assistência manual ou mecânica), **ativas** (existe movimento pela contração muscular, porém sem resistência) e **ativas-resistidas** (o movimento é realizado sob exercício de uma força externa) (Branco & Santos, 2010).

Conforme as diretrizes da mobilização no doente com AVC, esta deve iniciar-se logo na fase flácida, devendo o enfermeiro executar mobilizações passivas. Branco e Santos (2010) estipulam que as mobilizações devem ser realizadas de forma coordenada, duas a três vezes por dia e repetir no mínimo dez vezes o mesmo movimento, estabilizando o segmento a mobilizar em torno da articulação. A sequência deverá ser de distal para proximal, estando presente que enquanto um segmento é mobilizado, o

contralateral está em padrão anti-espástico. A pessoa deve ainda visualizar o movimento realizado, solicitando para que pense no mesmo.

A tabela que se segue descreve as mobilizações isotónicas a realizar ao doente com AVC.

Tabela 3 - Mobilizações dos Segmentos Articulares

Segmento Articular	Articulação	Movimento	Explicação
Membro Superior	Dedos	Flexão/Extensão	Membro superior em ligeira abdução, cotovelo em extensão e antebraço em supinação. É estabilizada a articulação do punho e coloca-se a palma da mão sobre o dorso da mão da pessoa, o profissional exerce um movimento dinâmico até os dedos fletirem e voltarem à posição de extensão.
		Abdução/Adução	Estabiliza-se a articulação do punho, os dedos são mobilizados afastando-os da linha média (abdução) ou aproximando-os (adução). O membro superior está em extensão, com ligeira abdução e antebraço em supinação.
	Polegar	Flexão/Extensão	Os dedos são imobilizados do 2º ao 5º, o polegar a trabalhar é fixado pela falange distal. Move-se o polegar até ao 5º dedo (flexão) e retorna à posição anterior (extensão).
		Abdução/Adução	Os dedos são imobilizados do 2º ao 5º, o polegar é movimentado até ao 2º dedo (adução) e retorna á posição (abdução).
		Oponência	Os dedos são imobilizados do 2º ao 5º, o polegar do doente é segurado pela falange distal. Realiza-se um movimento circular que pretende alternadamente com o polegar na raiz de cada dedo.
	Punho	Flexão/Extensão	A articulação do punho é imobilizada com uma mão, colocando o 1º dedo abdução com a

			outra. A mão é movida até à face anterior do braço (flexão) e face posterior do braço (extensão).
		Desvio Radial/ Desvio Cubital	A articulação do punho é imobilizada com uma mão, colocando o 1º dedo abdução com a outra. A mão é movida na direção do 1º dedo (desvio radial) e 5º dedo (desvio cubital).
	Antebraço	Supinação/ Pronação	O braço e punho da pessoa são imobilizados. A palma da mão da pessoa é voltada para cima (supinação) e para baixo (pronação).
	Cotovelo	Flexão/ Extensão	A articulação do cotovelo é imobilizada, a outra mão fixa os dedos executando tração. O movimento é realizado no sentido de tocar no ombro (flexão) e regressar à posição original (extensão).
	Ombro	Flexão/Extensão	O punho e cotovelo são imobilizados. Realiza-se o movimento do braço para cima e para posterior até 180º (flexão) e retoma à posição original (extensão).
		Abdução/Adução	O punho e cotovelo são imobilizados. Afasta-se o membro da linha média do corpo até 90º (abdução) e efetua-se o movimento contrário (adução).
		Rotação Interna/ Rotação Externa	O membro está em abdução de 90º e o cotovelo fletido a 90º. A articulação do punho e cotovelo são imobilizadas, move-se o antebraço num eixo vertical em sentido superior (rotação externa) e inferior (rotação interna).
		Elevação/ Depressão	O cotovelo e ombro são apoiados. Empurra-se o membro no sentido superior (elevação) e inferior (depressão).

Membro Inferior	Pé	Flexão/Extensão dos dedos	O 1/3 superior da região plantar é imobilizado. Com a outra mão são fixados os dedos, estes são movidos na direção plantar (flexão) e dorso do pé (extensão).
		Abdução/ Adução dos Dedos	A falange a mobilizar é fixada e os restantes dedos imobilizados com a outra mão. Cada dedo é movimentado lateralmente aproximando-o da linha média do pé (adução) ou afastando-o (abdução).
		Flexão Dorsal/ Flexão Plantar	A articulação do joelho é imobilizada e o calcâneo é apoiado na mão do profissional. O pé é movido no sentido da face anterior da perna (dorsiflexão) ou afastando o dorso do pé da face anterior da perna (flexão plantar).
		Inversão/ Eversão	O pé é rodado no sentido do 5º dedo (eversão) ou no sentido do hallux valgus (inversão).
	Anca e Joelho	Flexão/Extensão	A região tibio-társica e popliteia são apoiadas. A força exercida para elevar o joelho permite a flexão da anca e joelho, quando regressa à posição inicial há extensão.
		Abdução/Adução da Anca	A região tibio-társica e popliteia são apoiadas. O membro é desviado da linha média (abdução) e aproximado desta linha (adução).
		Rotação Interna/ Rotação Externa da Anca	O 1/3 inferior da coxa e 1/3 inferior da perna são apoiados. O membro é rodado em direção à linha média (rotação interna) e direção oposta à linha média (rotação externa).

Fonte: Adaptado de Menoita et al. (2012) e Branco & Santos (2010)

2.3.2. Posicionamento Terapêutico

O posicionamento ou alternância de decúbito é essencial para indivíduos com alteração da mobilidade, pois previne complicações associadas à imobilidade e promove

o conforto e autonomia da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A CIPE, documenta posicionar como “Executar: colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 119).

O posicionamento terapêutico relaciona-se com a colocação da mecânica corporal de modo a estimular o reposicionamento e a mobilidade, tendo em consideração a situação e necessidades da pessoa (Hoeman et al., 2011).

Face à pessoa com AVC, um posicionamento adequado deve ser realizado até à sua recuperação total, tornando-se o posicionamento anti-espástico um hábito de vida, pois, embora não consiga reduzir a espasticidade, previne o seu desenvolvimento (Menoita et al., 2012).

Branco e Santos (2010) elucidaram que os objetivos de um posicionamento anti-espástico são: proporcionar bem-estar e conforto, precaver alterações músculoesqueléticas, manter a integridade cutânea, intercalar o campo visual e integrar o esquema corporal.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve ter cientes alguns princípios gerais aquando posiciona a pessoa em padrão anti-espástico. Importa ressaltar que a cabeça deve estar alinhada com o corpo e se possível incliná-la para o lado são com rotação externa para o lado afetado, a articulação escapulo-umeral em rotação externa e abdução, o membro superior em extensão com abdução dos dedos, o antebraço em supinação, o tronco em extensão, a coxa em rotação interna, e flexão da coxa, joelho e tornozelo (Menoita et al., 2012).

Os decúbitos descritos serão os que foram aplicados na prática perante a pessoa com AVC. Assim, o decúbito dorsal, decúbito lateral para o lado afetado e decúbito lateral para o lado são serão abordados.

O **decúbito dorsal** é o que favorece mais a espasticidade, contudo é o mais utilizado para o cumprimento e execução de algumas AVD. Neste decúbito, a utilização de uma almofada deve permitir o apoio da cabeça e omoplatas. O membro superior deve também ficar apoiado numa almofada, com o ombro em ligeira abdução e rotação externa, cotovelo em extensão, tal como o punho e dedos, sendo que os dedos devem estar simultaneamente em abdução. O membro inferior deve ficar sustentado numa almofada

desde a bacia até à região popliteia, a articulação coxo-femoral em ligeira flexão e rotação interna, o joelho em flexão e o pé em dorsiflexão (Menoita et al., 2012).

O **decúbito lateral para o lado afetado** deve ser uma opção, todavia, deve-se estar ciente que pode aumentar o risco de “ombro doloroso”. Como vantagens, este decúbito tem a capacidade de desencadear estímulos proprioceptivos e reintegrar o hemicorpo no esquema corporal. A cabeça deve ficar apoiada numa almofada mais alta no lado afetado, contrariando a inclinação lateral. O membro superior afetado fica sustentado na cama, com o ombro em rotação externa e abdução, antebraço em supinação, cotovelo, punho e dedos em extensão. O membro inferior lesado é posicionado com flexão da articulação coxo-femoral e joelho, a almofada pode ser colocada no membro inferior são para manutenção da integridade cutânea e conforto (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

No **decúbito lateral para o lado menos afetado ou são**, a cabeça fica apoiada numa almofada baixa ou mesmo sem esta, evitando a inclinação para o lado afetado. O membro superior lesado fica sustentado numa almofada para que o ombro faça protração e flexão a 90°, o antebraço encontra-se em pronação, o cotovelo, punho e dedos em extensão, com abdução dos últimos. O membro inferior afetado deve estar apoiado numa almofada à frente do menos afetado, a articulação coxo-femoral e do joelho estão em flexão, e o pé em posição neutra (Menoita et al., 2012).

2.3.3. Atividades e Exercícios Terapêuticos

A intervenção do profissional de reabilitação pressupõe a reeducação sensoriomotora a partir de diversas atividades e exercícios como: rolar e levantar, ponte, treino de equilíbrio, treino de auto-mobilização, facilitação cruzada e indução de restrições. Com estas ações, pretende-se um desenvolvimento da funcionalidade da pessoa com AVC, capacitando-a para a realização das AVD (Coelho et al., 2016).

O **rolar e levantar** são conceitos baseados no movimento de alinhamento que possibilitam uma postura adequada e obtenção da posição ereta. Os rolamentos são realizados para o lado afetado e são, isto para que se favoreça o alinhamento corporal, estimule a sensibilidade, haja percepção de ambos os hemicorpos e iniciem-se os movimentos ativos do hemicorpo lesado, prevenindo a espasticidade e facilitando o

autocuidado. O levante consiste em levantar de uma posição de repouso para o solo, o que desperta a independência da pessoa para desempenhar várias atividades fundamentais (Branco & Santos, 2010; Coelho et al., 2016).

A **ponte** tem como papel elevar a bacia, ativar a musculatura do tronco, estimular a sensibilidade postural, alternar a posição no leito e preparar o paciente para a posição de sentado e ortostática, inibindo a espasticidade em extensão do membro inferior afetado. A pessoa encontra-se em decúbito dorsal e o profissional fixa o dorso dos pés e joelhos do paciente, pedindo que eleve a bacia. Para além dos benefícios mencionados anteriormente, a ponte prepara a pessoa para a atividade de eliminação no leito (ex. colocação de arrastadeira) (Coelho et al., 2016; Menoita et al., 2012).

O **equilíbrio** é designado como uma tarefa complexa, pois apesar de ser um processo estático, existem vários elementos como a gravidade e controlo neural que levam a uma mudança do alinhamento corporal. Quando um indivíduo realiza levante, há um controlo automático da postura pela atividade muscular, sendo que havendo compromisso há desequilíbrio. O treino de equilíbrio sentado pode ser estático ou dinâmico, este é realizado com a pessoa na beira da cama, mãos apoiadas na base da cama e pés sustentados no chão ou degrau. No treino de equilíbrio estático, a pessoa cumpre as indicações dadas pelo profissional como levantar um membro superior. Por outro lado, no treino de equilíbrio dinâmico, o profissional pode exercer várias oscilações no tronco da pessoa com o objetivo desta recuperar o equilíbrio. O treino de equilíbrio em pé exige uma preparação sistemática e contínua, o indivíduo começa por estar junto a um suporte estável até que seja possível manter o equilíbrio do tronco enquanto se mobilizam os membros. A utilização de um espelho pode simplificar a execução destes exercícios, visto permitir uma melhor correção postural (Coelho et al., 2016; Menoita et al., 2012).

Nos doentes com AVC, as técnicas de **facilitação cruzada e indução de restrições** demonstram ganhos funcionais. A facilitação cruzada é o exercício, em que a pessoa através da linha média, trabalha o lado não afetado, isto para que haja uma estimulação dos músculos do hemicorpo afetado, reeducação do reflexo postural do lado lesado, estimulação da sensibilidade postural, reintegração do esquema corporal e facilitação no autocuidado, para tal é necessária uma abordagem pelo hemicorpo comprometido. A indução de restrições tem como pressuposto o uso do sistema lesado,

pelo que deve haver um treino motor do membro afetado e restrição motora do sã (Menoita et al., 2012).

As **auto-mobilizações** são exercícios realizados pela pessoa com supervisão profissional. A pessoa deve estar preferencialmente em decúbito dorsal, semi-*fowler* ou posição de sentado, sendo que estas atividades permitem uma tomada de consciência do hemicorpo afetado como parte integrante do corpo e previnem o padrão anti-espástico. Numa fase inicial, deve ser o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação a assistir a pessoa na elevação da articulação do ombro, colocando-se do lado afetado e pedindo à pessoa que visualize o movimento (Menoita et al., 2012).

2.3.4. Treino de Atividades Básicas de Vida Diárias

O treino de AVD é uma intervenção primordial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pois é possível afirmar que proporciona a aquisição de uma máxima funcionalidade e qualidade de vida pelas estratégias adaptativas e produtos de apoio. Os produtos de apoio são dispositivos ou equipamentos que permitem prevenir, compensar e atenuar as limitações na atividade e restrições na participação (Vigia et al., 2016).

Este treino tem como fundamento promover o autocuidado, estimulando a pessoa para que se torne o mais independente e motivada possível. Deste modo, o profissional deve intervir só no estritamente necessário, ou seja, quando a pessoa é incapaz (Menoita et al., 2012).

Após o AVC, as alterações a nível motor e cognitivo podem ter impacto na realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), o doente em colaboração com o enfermeiro devem traçar objetivos comuns para a independência (Branco & Santos, 2010). As atividades a abordar neste capítulo serão: autocuidado na higiene, autocuidado no vestuário, autocuidado na alimentação e autocuidado na eliminação.

O treino de **autocuidado na higiene** deve ser realizado, preferencialmente, na casa de banho com apoio de alguns produtos como banheira, chuveiro, sanita, lavatório, cadeira de banho, entre outros, sendo o espelho bastante importante para uma perceção da atividade. O desempenho deste autocuidado deve pressupor a utilização da máxima

funcionalidade da pessoa, ou seja, a pessoa deve ser incentivada a higienizar o hemitorpo afetado e as superfícies de difícil acesso com recurso a uma escova de pega comprida (Menoita et al., 2012; Vigia et al., 2016).

O **autocuidado no vestuário** exige um grande grau de esforço, pelo que pode conduzir a desmotivação por parte do doente, porém, o enfermeiro deve adotar um conjunto de estratégias que permitam minimizar a frustração. O treino pode ser realizado no leito ou em posição de sentado, o doente deve ser envolvido na escolha da roupa que deve ser larga, com molas de pressão, botões grandes, fecho acessível e velcro no calçado. Alguns princípios básicos para a execução desta tarefa com sucesso são: vestir primeiro o hemitorpo afetado, despir em último o hemitorpo afetado, colocar a camisa no colo com a parte da frente voltada para baixo e cruzar o membro inferior mais comprometido sobre o outro no processo de vestir calças (Menoita et al., 2012; Vigia et al., 2016).

O **autocuidado da alimentação** obriga a um correto posicionamento corporal, isto é posição de sentado com o tronco ereto, devendo haver uma mesa plana alinhada com os membros superiores. Caso a pessoa tenha a necessidade de se alimentar na cama, deve estar em decúbito dorsal em padrão anti-espástico com elevação da cabeceira. Numa fase primária, a mão predominante deve ser a menos afeta, todavia, caso haja possibilidade, deve logo começar a ser incentivado o uso da mão afetada. Existem uma série de dispositivos de compensação que auxiliam esta atividade, tais como chávenas e copos com configuração adaptada, pratos côncavos, entre outros. Esta tarefa tem algumas complicações associadas, a aspiração de alimentos para a via aérea é a mais frequente, pelo que pode haver necessidade de alimentar a pessoa por via nasogástrica, retomando a alimentação oral assim que possível (Menoita et al., 2012).

A **eliminação vesical e intestinal** deve ser praticada na casa de banho, sempre que aplicável. O treino de eliminação vesical pode consistir na alteração de hábitos, planear a ingestão hídrica, conjugar intervalo das micções, ensinar a manobra de Valsalva, e em casos mais severos, realizar cateterismo vesical. O treino de eliminação intestinal pode pressupor a administração de supositórios e aplicação da massagem abdominal (Vigia et al., 2016).

2.3.5. Reeducação Funcional Respiratória

A reeducação funcional respiratória (RFR) é uma terapêutica que utiliza o movimento na sua intervenção, tendo como objetivos: mobilizar e eliminar secreções brônquicas, promover a ventilação e reexpansão pulmonar, melhorar a oxigenação e trocas gasosas, reduzir o trabalho respiratório e consumo de oxigénio, aumentar a mobilidade torácica e força muscular respiratória, reeducar a musculatura respiratória, facilitar a independência respiratória, prevenir complicações e fomentar a recuperação da pessoa (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

A RFR é uma terapia não invasiva sem efeitos secundários prejudiciais, podendo ser aplicada em diversas situações. Os programas devem ser individualizados e ter em consideração fatores, como: idade, patologia, grau de severidade, capacidade de aprendizagem da pessoa, objetivos e recursos disponíveis (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

O ambiente proporcionado deverá ser calmo e de confiança, para tal o profissional deve explicar todos os procedimentos e importância dos mesmos (Cordeiro & Menoita, 2012).

Na tabela seguinte será possível confirmar os objetivos gerais e técnicas de reeducação funcional respiratória.

Tabela 4 - Objetivos e Técnicas da RFR

Objetivos	Técnicas de RFR
Prevenir e Corrigir a Postura Corporal	⇒ Correção postural em frente ao espelho quadriculado; ⇒ Exercícios com bola suíça.
Reduzir a Tensão Psíquica e Muscular	⇒ Técnicas de descanso e relaxamento; ⇒ Consciencialização dos tempos respiratórios.
Melhorar a Reexpansão e Ventilação Pulmonar	⇒ Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; ⇒ Respiração abdomino-diafragmática; ⇒ Reeducação diafragmática (com e sem resistência); ⇒ Expiração com lábios semi-cerrados;

	<ul style="list-style-type: none">⇒ Reeducação costal, global e seletiva;⇒ Utilização de produtos de apoio (ex. inspirómetro de incentivo);⇒ Mobilidade torácica e da cintura escapular.
Melhorar a Limpeza das Vias Aéreas	<ul style="list-style-type: none">⇒ Ensino da tosse (dirigida e assistida);⇒ Drenagem postural (postural e autogénica);⇒ Manobras acessórias (percussão, vibração, compressão e vibrocompressão);⇒ Técnica de expiração forçada;⇒ Ciclo ativo das técnicas respiratórias;⇒ Expiração lenta com a glote aberta em decúbito lateral;⇒ Utilização de produtos de apoio (ex. flutter).
Melhorar a Conservação de Energia	<ul style="list-style-type: none">⇒ Treino de atividades de vida;⇒ Exercícios de mobilização torácica e osteoarticular;⇒ Técnicas de gestão de energia.

Fonte: Adaptado de Cordeiro & Menoita (2012) e Gomes & Ferreira (2016)

No AVC, as repercussões na função respiratória provocam graves complicações, logo é de extrema importância treinar a musculatura respiratória. Através de um programa de RFR, os músculos respiratórios podem ser fortalecidos, o que melhora a condição de funcionalidade e diminui a fadiga (Ocko & Costa, 2014).

Neste capítulo serão detalhadas as técnicas de RFR a adotar no Projeto de Intervenção.

A **correção postural** possibilita uma otimização do transporte de oxigénio. Como visto anteriormente, as correções posturais, para além de serem importantes na pessoa com AVC para um melhor domínio da propriocepção, previnem o surgimento de complicações respiratórias como atelectasias ou infeções respiratórias. Um correto posicionamento pode conduzir ao alívio de sinais de dificuldade respiratória, isto pelo relaxamento dos músculos respiratórios associados. Para a realização desta tarefa é frequente a utilização de um espelho quadriculado, pois a pessoa tem a capacidade de

percecionar o alinhamento entre o tronco e membros (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

As **técnicas de relaxamento** permitem uma redução da tensão psíquica e muscular, proporcionando à pessoa um relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço e membros superiores, o que promove a respiração diafragmática e controlo respiratório. Os decúbitos mais frequentes para facilitar o relaxamento são o decúbito dorsal e semi-*fowler*, em ambos uma almofada deve apoiar a região popliteia relaxando os músculos abdominais. Mais recentemente, novas técnicas de relaxamento têm sido implementadas, como a de Schultz em que se introduzem sensações de peso e calor (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

O **controlo dos tempos respiratórios** consiste numa tomada de consciência do ciclo respiratório (inspiração vs expiração), melhorando a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios, o que relaxa a parte superior do tórax e região escapulo-umeral. Em simultâneo, é realizada uma **dissociação dos tempos respiratórios**, ou seja, a inspiração é nasal e a expiração executada pela boca com lábios semi-cerrados. A utilização dos lábios semi-cerrados potenciam a ventilação alveolar, pois é aplicada uma pressão positiva no final da expiração (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

A **respiração abdomino-diafragmática** é uma tarefa que implica uma maior excursão diafragmática pela inspiração profunda e expiração lenta, favorecendo um padrão respiratório fisiológico. A aplicação desta técnica permite aliviar a dispneia e beneficia a ventilação nas bases pulmonares. O profissional coloca as suas mãos na região epigástrica e apical, instruindo a pessoa a respirar para a região abdominal e parte inferior do tórax (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

A **reeducação abdomino-diafragmática** fundamenta-se na realização de exercícios respiratórios na porção anterior, posterior ou hemicúpulas do diafragma, dependendo dos objetivos a atingir. O indivíduo pode estar em várias posições, como o decúbito dorsal, ventral, lateral, posição de sentado ou posição ortostática. Por norma, o enfermeiro deve acompanhar a dinâmica diafragmática com as suas mãos (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

A **reeducação costal** pode ser **seletiva ou global** com a finalidade de melhorar a ventilação e oxigenação numa determinada região, para além disto, reduz prováveis

atelectasias, evita presença de secreções e melhora a mobilidade torácica. A pessoa é solicitada a inspirar pela boca e direcionar o ar para a área a intervir. É uma técnica que pode ser realizada de forma autónoma ou com ajuda do enfermeiro, que pode exercer resistência nos tempos respiratórios com auxílio do bastão (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

O **treino dos músculos respiratórios** melhora o desempenho da musculatura respiratória, pois permite a tonificação dos músculos costais e diafragma. A exercitação dos músculos costais abrange a aplicação de resistência decrescente ao movimento costal na região a incidir. A tonificação diafragmática realiza-se por resistência ao movimento inspiratório. A utilização de produtos de apoio (ex. saco com peso de 1kg) que executem resistência é bastante comum, melhorando a força, coordenação neuromuscular e eventos de hipoventilação (Gomes & Ferreira, 2016).

A **mobilização torácica e articular** tem como intuito aumentar a mobilidade torácica e da cintura escapular, adequando-os à ventilação e alinhamento corporal. A bola suíça é um recurso muitas vezes adotado pela sua versatilidade, visto que existem inúmeros exercícios que podem ser cumpridos, promovendo a mobilidade torácica (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

A **tosse** é considerada um ato reflexo que desempenha um papel principal na limpeza das vias aéreas. Fisiologicamente, a tosse é composta por três fases: inspiração ampla, contração abdominal e expulsão de ar a grande velocidade. O ensino da tosse deve ser realizado preferencialmente na posição de sentado, sendo que quando se aplica compressão no tórax ou abdómen concretiza-se um exercício de tosse assistida. A tosse dirigida ocorre quando o profissional solicita a pessoa para tossir. O huffing é um mecanismo de tosse dirigida modificada, que desencadeia a abertura da glote em todo o processo, ou seja, o indivíduo consegue expelir secreções caso existam (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

A **drenagem postural** utiliza a força da gravidade para mobilizar secreções das vias aéreas inferiores para as superiores, exigindo decúbitos com a região pélvica mais elevada do que a cintura escapular. Normalmente, a esta técnica associam-se manobras acessórias (ex. vibrações) ou produtos de apoio (ex. acapella) para uma melhor eficácia. Nas situações em que está contraindicada a drenagem postural clássica, aplica-se a drenagem postural modificada, na qual são exercidos decúbitos que respeitam a condição

clínica da pessoa, o que é mais indicado na pessoa com AVC (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

As **manobras acessórias** são compostas por compressões, vibrações, percussões e vibrocompressões. A compressão é uma técnica que comprime a parede do tórax na fase expiratória e descomprime-a na fase inspiratória. Na vibração torácica são aplicados movimentos oscilatórios e rítmicos de pequena amplitude. A percussão implica a criação de ondas de energia mecânica transmitidas até aos pulmões. Todas estes exercícios possibilitam um aumento dos fluxos e volumes respiratórios, bem como, a mobilização de secreções, todavia a utilização destas manobras pode ser limitada pela condição clínica do paciente (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016).

A **técnica de aumento do fluxo expiratório** é concretizada por uma expiração lenta e prolongada com um fluxo expiratório maior do que o habitual, tendo como finalidade descongestionar os grandes brônquios e traqueia (Gomes & Ferreira, 2016).

2.4. Capacitação: Um Processo Apoiado nos Cuidados de Reabilitação

Antes de ser apresentada a metodologia e resultados do Projeto de Intervenção, é de referir que todas as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação visam a capacitação da pessoa.

A capacidade da pessoa expressa-se pelo seu grau para viver de forma autónoma e independente com as peculiaridades da vida humana, sendo descrita como a habilidade de ultrapassar desafios e obstáculos no autocuidado (Reis & Bule, 2016).

O processo de capacitação relaciona-se assim com fases de adaptação que ocorrem em simultâneo com o desenvolvimento, vivências da pessoa e papéis sociais (Reis & Bule, 2016). Em 2020, Sousa, Martins e Novo referiram que capacitar envolve conhecimento, decisão e ação, dando ênfase à ideia que as atitudes da pessoa oscilam conforme a sua ordem social, cultural e religiosa.

A intervenção do profissional de reabilitação tem como fundamento uma relação terapêutica com base nos hábitos e nível de saúde da pessoa. Assim, o enfermeiro promove a descoberta e desenvolve o potencial de saúde da pessoa, estipulando objetivos concretos para um projeto de saúde que contempla a autonomia e independência. As

competências e saberes clínicos permitem o planeamento e execução de programas de reabilitação, que estimulam as capacidades da pessoa e a maximização no autocuidado (Branco & Santos, 2010).

O Projeto de Intervenção terá como objetivo verificar a implementação de um programa de RFR na capacitação da pessoa com AVC. A aplicação de projetos e programas compreensivos que possibilitem uma avaliação inicial, intervenção e monitorização dos resultados são bons preditores do desenvolvimento da capacitação da pessoa (Reis & Bule, 2016).

Em síntese, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolve uma parceria com a pessoa e família/cuidador, centrando-se nas capacidades e recursos disponíveis, de forma a incitar a aptidão para a autonomia e independência física, mental, social, económica e ambiental (Branco & Santos, 2010; Reis & Bule, 2016).

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL - “PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA NA CAPACITAÇÃO DO DOENTE COM AVC”

De acordo com o Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem da Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, o grau de Mestre exige a aquisição de uma especialização profissional, para tal, é necessário o aprofundamento de conhecimentos técnico-científicos teóricos e práticos aplicáveis na área em questão. Em simultâneo, é imperativo que o profissional compreenda e resolva problemas em contextos abrangentes, construindo um modelo de aprendizagem pessoal, profissional, cultural e técnico (AESES, 2017).

Com o fundamento de aquisição de novas competências e habilidades, o Estágio Final propôs o desafio de criar, desenvolver, implementar e avaliar um Projeto de Intervenção metodológico na área de especialização.

Um projeto é um plano de trabalho que se organiza no sentido de resolver e estudar um problema, preocupando todos os sujeitos envolvidos no processo. O grande objetivo é a análise e resolução de dilemas em equipa, pela recolha e pesquisa de informação (Ruivo et al., 2010a).

Visto o contexto clínico, a prática de cuidados a desenvolver no presente e futuro, e avaliar os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o tema surgido foi a aplicabilidade de um “Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Capacitação do Doente com AVC”.

Salienta-se que foi concebido e organizado um Projeto de Intervenção submetido ao Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e Comissão de Ética da Universidade de Évora para apreciação e parecer (Apêndice I e Anexo I). Em termos hospitalares, foi necessária aprovação por parte do Conselho de Administração e parecer da Comissão de Ética (Anexo II).

3.1. Metodologia de Projeto

A metodologia de projeto não se cinge a uma investigação sustentada, ou seja, tenta contemplar a intervenção para um modelo de investigação-ação. Há uma correlação entre a teoria e prática, na qual o investigador compreende os benefícios e consequências da sua intervenção (Ruivo et al., 2010a).

Uma metodologia de projeto é caracterizada por ser uma atividade intencional, tendo como base a procura pela resposta aos objetivos traçados inicialmente. É um processo que exige iniciativa, autonomia e autenticidade, mas também, momentos de muita complexidade e incerteza (Ruivo et al., 2010a).

Ferreira (2008) reforça que as investigações que envolvem teorização, experimentação e implementação podem permitir resolver problemas, encorajando o alvo da investigação e investigador a trabalharem em conjunto, rumo à mudança e bem comum.

O Projeto de Intervenção tem uma natureza descritiva exploratória, com base em estudos de caso, os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa. O tratamento de dados foi realizado sobretudo por comparação após as avaliações efetuadas.

O período de implementação ocorreu de 13 de Setembro de 2021 a 17 de Janeiro de 2022.

3.1.1. Definição de Objetivos

Os objetivos indicam os resultados que se pretendem alcançar. Na metodologia de projeto, estes são definidos como o ponto fulcral para a elaboração do trabalho de investigação (Ruivo et al., 2010b).

A formulação de objetivos deve ter em consideração os conhecimentos e competências a atingir, bem como os conteúdos e métodos selecionados (Ruivo et al., 2010b).

Segundo Ruivo et al. (2010b), os objetivos devem ser claros, utilizar linguagem objetiva e concisa, serem realizáveis e mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração.

Perante as evidências apresentadas, é de esperar que os objetivos estipulados vão ao encontro dos objetivos do Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvendo novas competências, nomeadamente as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Competências de Mestre.

De acordo com a temática escolhida, os objetivos delineados foram:

Objetivo Geral:

- Avaliar impacto de um programa de reeducação funcional respiratória na capacitação do doente com AVC.

Objetivos Específicos:

- Avaliar a funcionalidade respiratória da pessoa com AVC;
- Identificar diagnósticos de enfermagem de reabilitação;
- Planear cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Implementar intervenções de enfermagem de reabilitação conforme os diagnósticos estipulados;
- Avaliar os resultados obtidos;
- Analisar benefícios de um programa de reeducação funcional respiratória no doente com AVC.

Importa referir que a finalidade de um programa de RFR é reduzir a sintomatologia, maximizar a capacidade para o exercício físico, promover a autonomia da pessoa, aumentar a qualidade de vida em questões de saúde, aumentar a participação ativa em ambiente social e realizar mudanças promotoras do bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

3.1.2. População-Alvo e Amostra

A população é um conjunto de pessoas que apresentam especificidades comuns, definidas por um role de critérios. A população-alvo é uma amostra de origem não aleatória ou probabilística, incidindo nas pessoas que cumprem os requisitos para o estudo (Fortin, 2009).

Em contexto prático, a população foi constituída por doentes internados na Unidade de AVC do Hospital do Grupo II no período de 13 de Setembro de 2021 a 17 de Janeiro de 2022. Todavia, com o intuito de responder aos objetivos delineados, foram traçados os seguintes critérios de inclusão:

- Diagnóstico clínico de AVC;
- Diagnóstico de expetorar comprometido e/ou ventilação comprometida e/ou limpeza das vias aéreas comprometida;
- Aceitar participar no Projeto de Intervenção com autorização do próprio ou do cuidador.

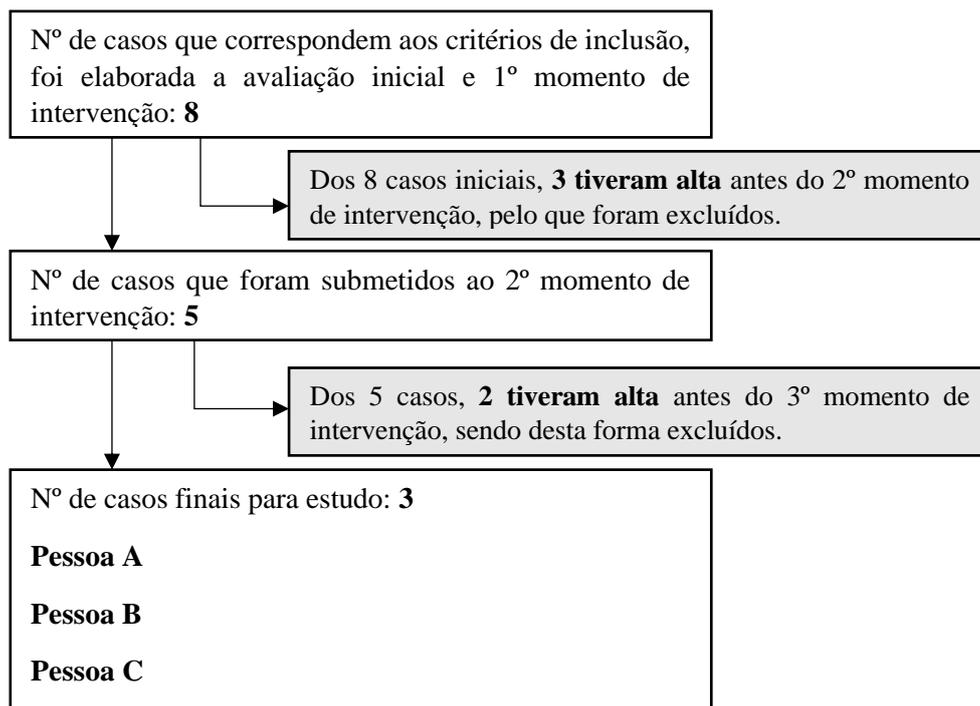
O motivo de internamento na Unidade de AVC é diagnóstico clínico de AVC ou AIT, deste modo, os doentes com AIT por não se enquadrarem nos critérios de inclusão foram excluídos. Devido aos curtos períodos de internamento ou não apresentação de défice respiratório, outra parte da população também foi removida, sobrando assim três indivíduos para investigação final.

É de salientar que as três pessoas cumpriram os três momentos de interação propostos pelo Projeto de Intervenção, estes três momentos irão ser abordados a posteriori.

No esquema representado na página seguinte (Figura 1) é possível conferir o processo de inclusão dos participantes.

Importa ainda referir que foi assegurado o respeito pelos princípios éticos e morais a todos os participantes, garantindo-se a confidencialidade, anonimato e a possibilidade de desistir a qualquer instante. De forma a documentar a sua aceitação, foi apresentado um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice II).

Figura 1 - Fluxograma da Seleção de Participantes



Fonte: do próprio

3.1.3. Colheita de Dados

Neste capítulo, são apresentados os instrumentos de caracterização sociodemográfica e avaliação aplicados no projeto.

O instrumento de caracterização sociodemográfica (Apêndice III) foi criado pelo investigador e é composto por variáveis como: idade, sexo, profissão e estado civil.

Os instrumentos de avaliação trabalhados (Anexo III) foram: o *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), Escala de Coma de *Glasgow* (ECG), Escala *Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale* (LCFS), Escala de *Ashworth* Modificada, Escala de *Lower*, Escala de *Borg* Modificada, *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC) e Índice de *Barthel*.

O **NIHSS** é uma escala norte-americana que avalia de forma quantitativa os défices neurológicos relacionados com o AVC e o prognóstico do indivíduo. Consiste na avaliação de onze itens, os quais são: nível de consciência, questões, ordens, olhar conjugado, campos visuais, paresia facial, força muscular dos membros superiores, força muscular dos membros inferiores, ataxia de membros, sensibilidade, linguagem, disartria e desatenção (*neglect*). O *score* máximo é 34, sendo indicador de prognóstico bastante

grave com vários défices neurológicos. É um instrumento rápido e eficaz que deve ser aplicado na admissão da pessoa no serviço, permitindo comparar a sua evolução (Pereira et al., 2009).

A **Escala de Coma de Glasgow** permite avaliar o estado de consciência da pessoa consoante a abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. Na abertura ocular a pontuação varia entre 1 e 4, na resposta verbal entre 1 e 5, e na resposta motora entre 1 e 5. O *score* total, ou seja, 15 indica um estado de vigília, enquanto um *score* de 3 demonstra um estado comatoso (Menoita et al., 2012).

A **Escala Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale** é um instrumento para a apreciação do estado cognitivo da pessoa com AVC ou traumatismo crânio-encefálico. É constituída por oito categorias que vão do nível I ao VIII, no primeiro nível não existe qualquer resposta à estimulação, já no último nível, o doente está alerta, calmo e com capacidade de recordar acontecimentos passados (Varanda et al., 2015).

A **Escala de Ashworth Modificada** tem como objetivo a análise do tónus muscular e eventual presença de espasticidade, pelo que está apropriada a mobilização passiva do membro para a avaliação da resistência. O *score* mínimo é 0 com um tónus normal e o máximo 4 com uma hipertonía grave (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A **Escala de Lower** avalia a força muscular através de uma contração isotónica. As pontuações vão de 0 a 5, em que a pontuação mais baixa significa ausência de movimento e contração muscular, e a mais alta força normal (Morais & Conceição, 2009).

A **Escala de Borg Modificada** aprecia em tempo real o grau de dispneia percebido. É um instrumento que varia de 0 a 10, representando a pontuação mais alta “falta de ar máxima”. Esta escala, para além de permitir compreender o grau do défice respiratório, determina limites seguros para o treino e atividades a desenvolver (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A **Modified Medical Research Council Dyspnea Scale** é um instrumento que consiste num questionário a realizar à pessoa, contém cinco questões que determinam o modo como a dispneia tem impacto na vida da pessoa, nomeadamente nas AVD. O grau menor é 0 e o mais elevado 4 (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

O **Índice de Barthel** pretende detalhar o nível de independência da pessoa para realizar as ABVD, ou seja, “comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho,

vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 12). Cada parâmetro pode ser pontuado no máximo até 10, deste modo, a pontuação varia entre 0 e 100, significando a pontuação mínima dependência total (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

O documento de avaliação (Apêndice IV) elaborado para o Projeto de Intervenção foi formatado para acompanhar o doente durante o processo, registando os *scores* das respetivas escalas em cada momento de avaliação, bem como outras variáveis, como parâmetros hemodinâmicos e respiratórios, valores de gasimetria arterial e existência de radiografia torácica.

3.1.4. Plano de Intervenção

O plano de intervenção teve como base três Diagnósticos de Enfermagem, importa assim compreender estes conceitos. Os focos presentes foram: “expetorar”, “ventilação” e “limpeza das vias aéreas”, de acordo com a CIPE (2015), “expetorar” é a “limpeza da via aérea: expulsão do muco, material mucopurulento ou líquidos da traqueia, brônquios e pulmões, tossindo ou cuspidando” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 58), a “limpeza das vias aéreas” define-se como “processo do sistema respiratório: manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 65), por outro lado, a “ventilação” é um “processo do sistema respiratório: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 89).

A ação de enfermagem é guiada por um juízo que vai determinar a ação, neste caso, o juízo estabelecido foi “comprometido”, ou seja, é um “juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 93).

Em concordância como os focos, foram combinadas variáveis passíveis de serem avaliadas, com base nos critérios do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Ocko e Costa (2014), enfatizam a importância de um treino da musculatura respiratória para uma melhoria da funcionalidade da pessoa com AVC. Assim, o

planeamento da intervenção teve como finalidade tentar articular estratégias e mecanismos para avaliar e agir na pessoa com AVC e comprometimento respiratório.

A avaliação diagnóstica é fundamental para o planeamento das terapêuticas de enfermagem a executar, influenciando positivamente os ganhos em saúde e resultados (Petronilho & Machado, 2011).

Como qualquer plano de intervenção, deve haver inicialmente uma avaliação diagnóstica que permita identificar os focos de atenção e se existem critérios de admissão no estudo. Todavia, também existe a possibilidade, de inicialmente não cumprir os requisitos, e ao longo do internamento, desenvolver défice respiratório, sendo admitido no estudo após a admissão.

O plano de intervenção foi detalhado em três momentos de avaliação (inicial, intermédia e final) e três momentos de intervenção, podendo ser coincidentes, ou seja, após um momento de avaliação pode dar-se início à intervenção.

A **avaliação** será a primeira abordagem ao doente. Nesta fase, é possível avaliar uma série de condições através de variáveis. Esta apreciação, pode ser realizada na admissão no serviço, desde que cumpra os critérios anteriormente descritos. A avaliação consiste na verificação do historial de saúde do doente, antecedentes pessoais, diagnóstico clínico, parâmetros hemodinâmicos (frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, temperatura e saturação periférica de oxigénio), características da respiração (padrão, ritmo, amplitude, simetria, sinais de exaustão respiratória, cor da pele e mucosas, e a examinação por: inspeção, auscultação, palpação e percussão) e aplicação dos seguintes instrumentos: NIHSS, Escala de Coma de *Glasgow*, Escala *Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale*, Escala de *Lower*, Escala de *Ashworth* Modificada, Escala de *Borg* Modificada, *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* e Índice de *Barthel*. Associado a este processo, é ainda possível complementá-lo com exames auxiliares de diagnóstico, como valores gasimétricos e evidências imagiológicas (ex. radiografia torácica).

Após a avaliação inicial, deve inaugurar-se o momento **de intervenção**. Segundo Ruivo et al. (2010c), a fase de execução possibilita a ação planeada, resolvendo os problemas seleccionados por meios mobilizados. É assumida uma praxeologia que evidencia os princípios que norteiam ação e a sua eficácia. Apesar do objetivo principal do projeto ser avaliar o impacto de um programa de RFR na capacitação do doente com

AVC, foram contempladas também ações que promovessem a função sensoriomotora, visto que se correlaciona diretamente com a função respiratória, e só assim se esperam melhores resultados e ganhos para o doente.

Para a **intervenção** foram definidos três domínios: limpeza das vias aéreas, expetorar e ventilação. A cada domínio corresponderam várias intervenções que são aplicadas ou não, consoante a condição clínica e necessidades da pessoa. Como referido, as ações transversais são aquelas que são aplicadas independentemente do domínio em que a pessoa se insere, isto com o objetivo de reabilitar os défices sensoriomotores e capacitar a pessoa.

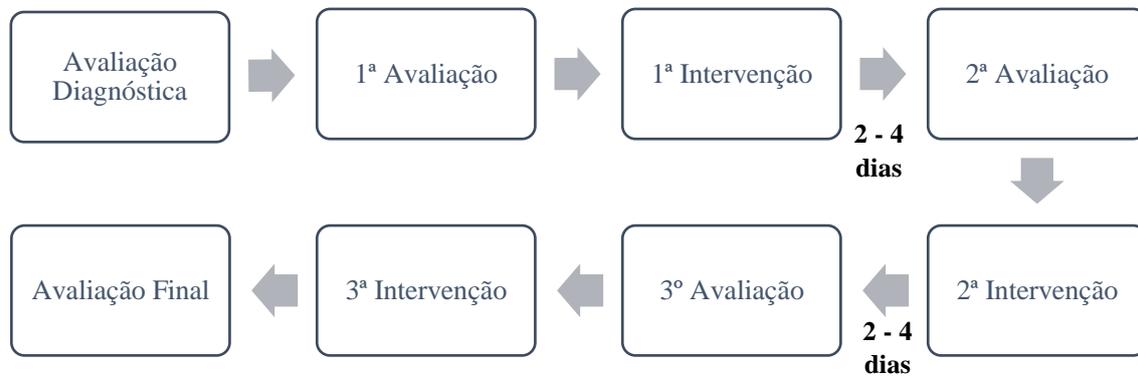
Os domínios a trabalhar em cada sessão dependem da avaliação realizada, ganhos da pessoa e objetivos a atingir.

Após cada momento de intervenção, são avaliados os parâmetros hemodinâmicos da pessoa, tal como as características respiratórias. Nos cuidados de enfermagem de reabilitação, os sinais vitais têm uma enorme importância, pois evidenciam o funcionamento corporal. A reabilitação está associada a uma sobrecarga das componentes cardíaca e respiratória pelo aumento da atividade, o que muitas vezes leva a oscilação dos parâmetros hemodinâmicos. Assim, na pessoa com AVC deverá ser fulcral a observação, interpretação e registo dos sinais vitais, visto que os fenómenos vasculares e cerebrais se devem maioritariamente a um aumento da pressão arterial (Cavalheiro et al., 2014). Na análise das características respiratórias pós-intervenção, salienta-se a auscultação, a audição dos sons respiratórios permite identificar se as intervenções executadas tiveram sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Foi estabelecido um intervalo de tempo de dois a quatro dias entre a primeira intervenção e segunda avaliação, de forma a compreender os ganhos para o doente e as intervenções a adaptar ou alterar. Tal como, na primeira intervenção, a segunda e terceira intervenção realizam-se após a avaliação. A avaliação final ocorre depois da última intervenção.

De forma a esquematizar o processo desenvolvido, a figura 2 apresenta a determinação dos tempos de avaliação e intervenção.

Figura 2 - Determinação dos Tempos de Avaliação e Intervenção



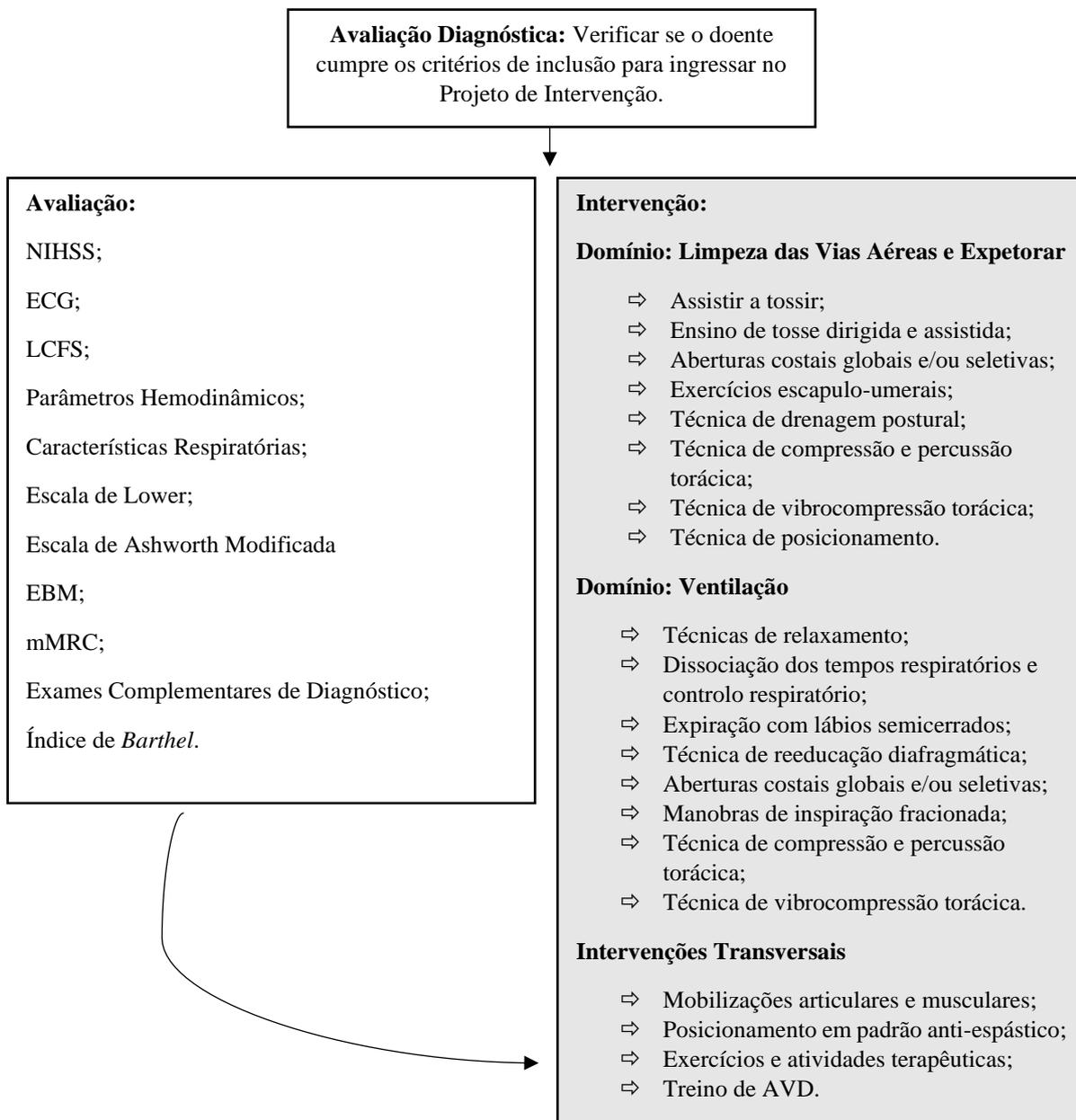
Fonte: do próprio

Para uma melhor colheita de dados, registo simplificado e comparação, foi realizado um documento (Apêndice IV) que permite anotar os momentos de avaliação.

Na figura 3 (presente na página seguinte) encontra-se um esquema da metodologia de avaliação-intervenção.

Resta ainda referir que cada sessão de intervenção teve um tempo mínimo de 30 minutos e deve ser realizada no turno da manhã ou tarde.

Figura 3 - Metodologia Avaliação-Intervenção



Fonte: do próprio

3.1.5. Questões Éticas

Segundo Nunes (2020), a participação num projeto implica um consentimento esclarecido por parte dos sujeitos, este consentimento deve ser obtido por escrito após uma explicação das fases de investigação. Logo, assegura que os participantes entendem

os benefícios e riscos, tendo a hipótese de abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência ou penalização.

Em estudos de natureza académica, com a finalidade de obtenção de um grau académico, é de extrema relevância atender ao princípio da proporcionalidade, caso os participantes não sejam autónomos, é necessário que um representante legal assegure os direitos da pessoa, isto para que não exista vulnerabilidade, na qual a pessoa é um simples objeto de estudo (Nunes, 2020).

O consentimento informado, livre e esclarecido encontra-se no Apêndice II, confere a vontade própria da pessoa em ser incluída num programa de RFR, caso a pessoa não demonstrasse capacidade para tomar essa decisão, os representantes legais foram informados de todos os procedimentos a desenvolver, optando ou não pela participação da pessoa. O documento foi redigido em duplicado, sendo que uma das versões foi entregue ao participante e a outra ficou na posse do investigador.

3.2. Resultados

A divulgação de resultados é a fase que expõe à população e outras entidades a pertinência do estudo e o trajeto desenvolvido perante um problema. Os resultados integram o desenvolvimento de um projeto e possibilitam a discussão das estratégias implementadas (Ruivo et al., 2010d).

Em 2008, Martins explicou que a informação englobada nos resultados deve ser pertinente, referindo os aspetos negativos ou não confirmados, de modo a incentivar a investigação dos mesmos (Martins, 2008, citado por Ruivo et al., 2010d).

A interpretação dos resultados implica todos os aspetos e métodos da investigação, problema inicial, objetivos a atingir e o conjunto de decisões tomadas na fase empírica. Neste caso, os resultados serão examinados descritivamente, ou seja, serão destacadas algumas das características dos sujeitos e analisados conteúdos observados (Fortin, 1999).

Na tabela 5 encontra-se um resumo do caso clínico e caracterização sociodemográfica de cada participante.

Tabela 5 - Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Situação Laboral	Diagnóstico Clínico	Antecedentes Pessoais
A	M	76 A	Casado	Pintor	AVC isquémico da ACM esquerda	Hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, fibrilhação auricular.
B	M	78 A	Viúvo	Reformado	AVC isquémico da ACM direita submetido a trombólise	AVC em 2017 sem sequelas, AVC em Outubro de 2021, amaurose do olho direito, hiperplasia benigna da próstata, dislipidemia.
C	F	66 A	Casada	Reformada	AVC isquémico da ACM direita	Hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, síndrome de apneia do sono com necessidade de CPAP noturno e anemia.

Legenda: ACM – Artéria Cerebral Média; F – Feminino; M - Masculino

Fonte: do próprio

Os dados obtidos evidenciam que dois participantes são do sexo masculino e um do feminino, a média de idades dos participantes é de 73,3 anos (idade máxima:78 A e idade mínima: 66 A) e o desvio padrão é 6,4 anos.

O diagnóstico clínico predominante é o AVC de origem isquémica na Artéria Cerebral Média (ACM), contudo a localização anatômica varia, dois dos participantes apresentavam compromisso à direita e um à esquerda.

Os doentes incluídos para estudo possuem algumas comorbilidades, destacam-se os fenómenos cardiovasculares como a hipertensão arterial, fibrilhação auricular e cardiopatia isquémica, tendo uma influência direta em fenómenos de AVC. No participante C, o facto de ter um antecedente relacionado com o sistema respiratório, pode significar estar mais propenso a desenvolver um dos diagnósticos de enfermagem estipulados para a inclusão.

Para uma melhor exposição e interpretação dos resultados, estes serão apresentados por participante, de modo a uma comparação entre as três fases do projeto. No final da exposição, é realizada uma análise geral do participante, isto como fio condutor para a discussão.

Participante A

O participante A foi incluído no projeto por presença de três diagnósticos de enfermagem: expetorar comprometido, limpeza das vias aéreas comprometida e ventilação comprometida.

A tabela seguinte permite visualizar as diferentes fases de avaliação.

Tabela 6 - Avaliação do Participante A

	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
ECG	10/15	10/15	10/15
NIHSS	23	23	23
LCFS	III	III	III
Características Respiratórias	<p>Padrão: Abdominal;</p> <p>Ritmo: Irregular;</p> <p>Simetria: Assimétrica por períodos;</p> <p>Auscultação: Roncos bilaterais, mais acentuados à direita;</p> <p>Reflexo de Tosse: Ineficaz (secreções mucopurulentas);</p> <p>Oxigénio: 3L/min por óculos nasais;</p> <p>SpO₂: 93%</p>	<p>Padrão: Misto;</p> <p>Ritmo: Períodos de irregularidade;</p> <p>Simetria: Assimétrica por períodos;</p> <p>Auscultação: Ligeiros roncos à direita;</p> <p>Reflexo de Tosse: Ineficaz (secreções mucopurulentas);</p> <p>Oxigénio: 1,5L/min por óculos nasais.</p>	<p>Padrão: Misto;</p> <p>Ritmo: Regular;</p> <p>Simetria: Simétrica;</p> <p>Auscultação: Murmúrio vesicular bilateral;</p> <p>Reflexo de Tosse: Mais eficaz (secreções mucopurulentas em pequena quantidade);</p> <p>Oxigénio: Sem oxigénio suplementar;</p> <p>SpO₂: 97%</p>

		SpO ₂ : 95%	
Escala de <i>Lower</i>	MSD: 0/5 MSE: 5/5 MID: 0/5 MIE: 5/5	MSD: 0/5 MSE: 5/5 MID: 0/5 MIE: 5/5	MSD: 0/5 MSE: 5/5 MID: 0/5 MIE: 5/5
Escala de <i>Ashworth</i> Modificada	MID: 1+ (região posterior da coxa)	MSD: 1+ (segmentos distais) MID: 1+ (região posterior da coxa)	MSD: 1+ (segmentos distais) MID: 1+ (região posterior da coxa)
EBM	NA	NA	NA
mMRC	NA	NA	NA
Exames Complementares de Diagnóstico	GSA: pH: 7,36 pO ₂ : 70 pCO ₂ : 39	Sem novos dados	GSA: pH: 7,4 pO ₂ : 79 pCO ₂ : 38
Índice de <i>Barthel</i> (Apêndice V)	0	-	0

Legenda: NA – Não Aplicável

Fonte: do próprio

O quadro neurológico do participante A manteve-se inalterável ao longo do projeto, com ECG de 10/15 e NIHSS de 23, estes *scores* devem-se às complicações do AVC, nomeadamente a presença de uma afasia global com défice na compreensão e expressão. Por este motivo, pode-se assumir que a função cognitiva também se manteve constante, no *score* III da LCFS, ou seja, uma resposta não consistente aos estímulos exercidos.

Na abordagem inicial, o indivíduo necessitava de aporte de oxigénio a 3L/min, o padrão respiratório era abdominal e irregular com períodos de assimetria, a tosse era ineficaz, não conseguindo mobilizar, nem expelir secreções de características mucopurulentas. À auscultação pulmonar, os roncos eram presentes bilateralmente, contudo, mais audíveis à direita.

A força muscular era ausente no hemicorpo direito, no hemicorpo esquerdo era normal capaz de vencer gravidade e resistência. Na face posterior da coxa direita notou-se uma hipertonía ligeira.

A avaliação da dispnéia através das escalas mencionadas não foi aplicável, isto porque dependem da percepção do doente. Devido às alterações do estado de consciência e cognitivas, não foi possível determinar a gravidade da dispnéia percebida.

As intervenções executadas permitiram observar uma melhoria nas características respiratórias. Na avaliação final, a respiração era mista, regular e simétrica, os acessos de tosse eram mais eficazes, conseguindo mobilizar e eliminar as secreções. À auscultação pulmonar o murmúrio vesicular era mantido a nível bilateral. A SpO₂ também aumentou entre avaliações.

Relativamente à mobilidade, apesar das intervenções transversais (Figura 3), a força muscular manteve-se constante. A hipertonía apresentada inicialmente no MID manteve-se igual, todavia, na segunda avaliação foi detetada uma hipertonía nos segmentos distais do MSD que acompanhou o doente até à conclusão do Projeto de Intervenção.

É de salientar que os ruídos adventícios eram ouvidos essencialmente à direita, correlacionando-se com a diminuição da força muscular no hemicorpo direito, pois a inércia da musculatura respiratória pode ter causado impacto na mobilização de secreções.

A nível gasimétrico, compara-se o aumento da pO₂ da avaliação inicial para a final, reforçando que na última avaliação já não havia necessidade de aporte complementar de oxigénio.

A manutenção de um *score* de 0 no Índice de *Barthel* traduz-se pelas alterações cognitivas e motoras inerentes ao AVC, o que condicionou a envolvência do participante ao longo do estudo.

Participante B

O participante B, à semelhança do anterior, foi incluído por diagnósticos de: expetorar comprometido, limpeza das vias aéreas comprometida e ventilação comprometida.

A tabela seguinte representa os diferentes momentos de avaliação.

Tabela 7- Avaliação do Participante B

	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
ECG	14/15	15/15	15/15
NIHSS	12	11	11
LCFS	VI	VII	VII
Características Respiratórias	Padrão: Misto; Ritmo: Regular; Simetria: Simétrica; Auscultação: Fervores e roncosp bilaterais; Reflexo de Tosse: Ineficaz (secreções purulentas); Oxigénio: 2L/min no período noturno; SpO₂: 94%	Padrão: Misto; Ritmo: Regular; Simetria: Simétrica; Auscultação: Fervores no segmento apical esquerdo; Reflexo de Tosse: Ineficaz (secreções purulentas); Oxigénio: Sem oxigénio; SpO₂: 97%	Padrão: Misto; Ritmo: Regular; Simetria: Simétrica; Auscultação: Murmúrio vesicular bilateral; Reflexo de Tosse: Mais eficaz (secreções mucopurulentas hematizadas em pequena quantidade); Oxigénio: Sem oxigénio adicional; SpO₂: 99%
Escala de <i>Lower</i>	MSD: 5/5 MSE: 0/5 MID: 5/5 MIE: 0/5	MSD: 5/5 MSE: 0/5 MID: 5/5 MIE: 0/5	MSD: 5/5 MSE: 0/5 MID: 5/5 MIE: 0/5
Escala de <i>Ashworth</i> Modificada	MIE: 1+ (região posterior da coxa)	MIE: 2 (região posterior da coxa)	MIE: 2 (região posterior da coxa)
EBM	NA	Repouso: 2 Movimento: 3	Repouso: 1 Movimento: 2
mMRC	NA	NA	NA

Exames Complementares de Diagnóstico	GSA: pH: 7,4 pO ₂ : 86 pCO ₂ : 35	Sem novos dados	GSA: pH: 7,42 pO ₂ : 88 pCO ₂ : 36
Índice de <i>Barthel</i> (Apêndice V)	10	-	30

Legenda: NA – Não Aplicável

Fonte: do próprio

A nível do exame neurológico, observa-se que o paciente sofreu uma ligeira melhoria, devendo-se a uma desorientação inicial a nível espaço-temporal.

Em termos respiratórios, o padrão inicial era misto, regular e simétrico, os acessos tosse ineficazes e havia necessidade de aporte de oxigénio no período noturno. À auscultação pulmonar, existiam ferveores e roncos bilaterais.

O hemicorpo esquerdo apresentava-se plégico, por outro lado, o hemicorpo direito demonstrava força normal com capacidade para vencer a gravidade e resistência. Na face posterior da coxa esquerda notou-se um aumento do tónus muscular, que foi evoluindo de um ligeiro aumento da resistência para aumento da resistência na maior parte do movimento.

No momento da última avaliação, o doente já não carecia de oxigénio suplementar e os acessos de tosse eram mais eficazes. Relativamente à auscultação pulmonar, o murmúrio vesicular era evidente. A SpO₂ e pO₂ aumentaram entre avaliações.

A Escala de *Borg* Modificada não foi aplicada inicialmente pela desorientação da pessoa, contudo, da segunda para a terceira avaliação, o participante percecionou menores graus de dispneia. No momento da avaliação final, o doente referiu ser quase nenhuma em repouso e pouca em movimento. A aplicação da mMRC não se adequou, pois exige execução de atividades mais complexas para uma correta apreciação, o que não foi possível.

Salienta-se que na segunda avaliação, os ruídos adventícios eram audíveis no segmento apical esquerdo, ou seja, mais uma vez, existe a forte possibilidade de estar relacionado com a ausência de força muscular no hemicorpo.

O aumento do *score* no Índice de *Barthel* demonstra um aumento da capacitação e desempenho nas AVD, levando a um maior envolvimento por parte do doente na sua recuperação.

Participante C

O participante C ingressou no estudo após a presença do diagnóstico de: ventilação comprometida.

Na tabela seguinte é possível conferir os diferentes momentos de avaliação.

Tabela 8 - Avaliação do Participante C

	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
ECG	15/15	15/15	15/15
NIHSS	2	1	1
LCFS	VIII	VIII	VIII
Características Respiratórias	Padrão: Abdominal; Ritmo: Regular; Simetria: Simétrica; Auscultação: Fervores e roncos nos segmentos esquerdos; Reflexo de Tosse: Eficaz (secreções purulentas); Oxigénio: 3L/min no período diurno, CPAP no período noturno; SpO₂: 92%	Padrão: Abdominal; Ritmo: Regular; Simetria: Simétrica; Auscultação: Ligeiros fervores e roncos nos segmentos esquerdos; Reflexo de Tosse: Eficaz (secreções purulentas); Oxigénio: 1,5L/min no período diurno, CPAP no período noturno; SpO₂: 95%	Padrão: Misto; Ritmo: Regular; Simetria: Simétrica; Auscultação: Murmúrio vesicular bilateral; Reflexo de Tosse: Eficaz (secreções mucopurulentas em pequena quantidade); Oxigénio: CPAP no período noturno; SpO₂: 97%
Escala de <i>Lower</i>	MSD: 5/5 MSE: 4/5 MID: 5/5 MIE: 4/5	MSD: 5/5 MSE: 4/5 MID: 5/5 MIE: 5/5	MSD: 5/5 MSE: 5/5 MID: 5/5 MIE: 5/5
Escala de <i>Ashworth</i> Modificada	Tónus normal	Tónus normal	Tónus normal
EBM	Repouso: 3	Repouso: 2	Repouso: 1

	Movimento: 4	Movimento: 3	Movimento: 2
mMRC	Grau 3	Grau 3	Grau 2
Exames Complementares de Diagnóstico	GSA: pH: 7,35 pO ₂ : 69 pCO ₂ : 42	Sem novos dados	GSA: pH: 7,39 pO ₂ : 72 pCO ₂ : 37
Índice de <i>Barthel</i> (Apêndice V)	50	-	90

Fonte: do próprio

A nível neurológico pode-se constatar que o participante sofreu uma pequena alteração, atingindo o *score* quase mínimo no momento da avaliação final do NIHSS.

Face aos antecedentes respiratórios do participante, considera-se que inicialmente a respiração era de predomínio abdominal, regular e simétrica, com necessidade fazer oxigénio no período diurno e ventilação não invasiva (CPAP) no período noturno. Os acessos de tosse eram eficazes, conseguindo mobilizar e expelir secreções. À auscultação pulmonar eram audíveis ferveores e roncos nos segmentos esquerdos.

A EBM e mMRC foram aplicadas após o desenvolvimento de algumas atividades e cumprimento dos autocuidados estabelecidos, isto para que pudesse haver uma perceção da sensação de dispneia. No que toca à EBM, na avaliação inicial, a pessoa referia uma dispneia média em repouso que agravava ao movimento. Enquanto, pela mMRC descrevia a sua sensação como um grau 3.

As intervenções executas permitiram uma melhoria da funcionalidade respiratória. Na avaliação final, o padrão era misto, regular e simétrico, com necessidade de apenas ventilação não invasiva no período noturno. À auscultação pulmonar, o participante apresentava ausência de ruídos adventícios. *Scores* mais baixos na EBM e mMRC também são preditores desta melhoria, bem como o aumento da SpO₂ e pO₂.

No que toca à mobilidade, foi verificado um aumento da força muscular no hemicorpo esquerdo, atingindo um movimento normal contra a gravidade e resistência.

Mais uma vez, relaciona-se a diminuição da força muscular no hemicorpo afetado com os segmentos pulmonares que apresentam ruídos adventícios.

No Índice de *Barthel*, um *score* de 90, atingido na avaliação final é indicador de um grau de independência elevado, algo conseguido através das intervenções executadas, promovendo a envolvimento da doente no seu processo de saúde-doença.

3.3. Discussão de Resultados

A presente discussão de resultados deriva da implementação do Projeto de Intervenção: “Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Capacitação da Pessoa com AVC”, tendo como objetivo geral avaliar o impacto de um programa de RFR na capacitação da pessoa com AVC.

Visto que alguns dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação estiveram presentes (promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; e reeducação funcional), considera-se que os resultados atingidos foram preditores de qualidade, contribuindo para a melhoria da enfermagem de reabilitação enquanto disciplina e profissão.

Os dados indicam que os participantes têm uma média de idade de 73,3 anos e um desvio padrão de 6,4 anos, sendo predominante o sexo masculino, o que é concordante com um estudo de Sousa-Uva e Dias (2014), que analisaram a prevalência do AVC na população portuguesa em 2013, chegando à conclusão que a maioria dos casos ocorre no sexo masculino entre os 65 e 74 anos.

Como limitações, a primeira dificuldade encontrada e que se demonstrou ao longo do Estágio Final foi o tempo de internamento. A Unidade de AVC tem um tempo de internamento relativamente curto comparativamente a outros internamentos, o que se traduziu num obstáculo para a seleção de participantes para o estudo, pois são necessários três momentos de avaliação e intervenção. Assim, alguns indivíduos cumpriam os requisitos de inclusão, mas pela sua alta clínica, foi impossível cumprir o planeamento proposto, sendo desta forma excluídos para apresentação de resultados e análise.

Em relação ao diagnóstico, todos os participantes sofreram um episódio de AVC isquémico, o qual é predominante no número de episódios de internamento (Direção-Geral de Saúde, 2017b). A maior parte dos antecedentes pessoais dos participantes são

fatores de risco modificáveis para o AVC, ou seja, sobretudo fenómenos cardiovasculares, AVC prévio, entre outros (Marques-Vieira et al., 2016).

Esta realidade cria um desafio para os profissionais de saúde, pois pelo declínio da condição de saúde e sua fisiologia, a pessoa apresenta-se frágil a nível físico e emocional. Contudo, é necessário que o profissional se centre em todas as envolventes do processo. O estudo das comorbilidades permite uma contextualização do atual estado de saúde da pessoa e perspetivar o futuro, isto porque as comorbilidades são a causa para o agravamento da sintomatologia, qualidade de vida e capacidade funcional, aumentando o risco de hospitalização e mortalidade (Rodrigues, 2015).

Após o AVC, todos os participantes demonstraram alterações na sua função sensoriomotora. De acordo com a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016), as alterações músculo-esqueléticas são as mais frequentes, como a diminuição da força muscular ou aumento do tónus muscular, o que pode ser comprovado pelos participantes do estudo. Todas as pessoas submetidas à avaliação inicial, apresentavam diminuição da força muscular num dos hemicorpos, enquanto os participantes A e B exibiam aumento do tónus muscular em determinados segmentos corporais.

Embora, não existam muitas evidências descritas, o estudo tentou compreender as alterações respiratórias na pessoa com AVC. Deste modo, como critério de inclusão para admissão no Projeto de Intervenção estipulou-se a presença de um dos seguintes diagnósticos: expetorar comprometido e/ou ventilação comprometida e/ou limpeza das vias aéreas comprometida. Ao se interpretarem os resultados obtidos, observa-se que todos os participantes apresentavam, pelo menos, um dos diagnósticos referidos, ou seja, existe uma relação entre o AVC e o comprometimento respiratório na fase aguda.

A diminuição da força muscular pode ser considerada o fator *major* para estas alterações no sistema respiratório. Em 2014, Ocko e Costa referiram que a funcionalidade respiratória pode estar em causa em situações de diminuição da força, pela redução da atividade da musculatura respiratória tendencialmente no lado afetado e restrição da mobilidade no leito.

Como comprovado anteriormente, a diminuição da força muscular em todos os participantes era presente. Relacionando este fenómeno com o compromisso respiratório, pode-se constatar que quando a força muscular é ausente num dos hemicorpos, como no participante A e B, o padrão respiratório pode ser irregular e assimétrico com ineficácia

na eliminação de secreções. A auscultação pulmonar é uma das intervenções relevantes para avaliar a situação e reajustar a ação, pois permite verificar a presença de ruídos adventícios nos segmentos do hemitorpo afetado, ou seja, existem indícios que há uma correlação entre a ausência de força e a fraca mobilização e eliminação de secreções, sendo que tendem a estagnar-se nos segmentos pulmonares do hemitorpo afetado. No participante C, apesar de um grau mais elevado de força muscular, ou seja, um grau 4, também foi possível verificar-se a presença de ruídos nos segmentos do lado lesado.

Todo o planeamento das intervenções realizadas possibilitou individualizar os cuidados, de modo a ir ao encontro das necessidades de cada participante, garantido a máxima autonomia na execução dos autocuidados e potencialidade da capacidade funcional. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha assim um papel de destaque, visto que em conjunto com diversas entidades, encara as suas intervenções como uma chance de melhorar a inclusão social e acessibilidade (Silva et al., 2019).

As intervenções inscritas no plano e colocadas em curso parecem ter contribuído para a obtenção de padrões respiratórios mais fisiológicos, melhor mobilização e eliminação de secreções, aumento das SpO₂ e a não necessidade de oxigénio complementar. Porém, o desejável seria em simultâneo, uma melhoria da força muscular para um melhor desempenho aeróbio (Cortes et al., 2019). Nos participantes A e B tal não aconteceu pelos défices sensoriomotores inerentes ao AVC. Estes indivíduos apresentavam um hemitorpo plégico, o que dificultou os ganhos na força muscular, pois é um processo gradual e contínuo com resultados visíveis a longo prazo.

Desta forma, a função pulmonar foi avaliada pelo padrão respiratório, valores de SpO₂ e pO₂, utilização de oxigénio suplementar e auscultação pulmonar, observando-se uma melhoria significativa em todos, o que se consideram bons indicadores, como corroborado por Vainshelboim et al. (2014), afirmando que programas de reabilitação respiratória têm benefícios quando há melhoria da função pulmonar, parâmetros cardiovasculares e parâmetros respiratórios.

Em termos instrumentais, escalas utilizadas como a Escala de *Borg* Modificada e a *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* são limitadas na sua aplicação, uma vez que exigem capacidades cognitivas para que a pessoa entenda a perceção de dispneia. Transpondo estas indicações para o estudo, observa-se que no doente com AVC estes

instrumentos podem ser de difícil utilização, pois existe a possibilidade das capacidades cognitivas que envolvam a compreensão e expressão estarem alteradas, tal como aconteceu no participante A. No participante B, inicialmente não foi possível apreciar a sua percepção de dispneia por períodos de confusão mental. Contudo, posteriormente, foi possível classificar a dispneia e verificar o seu decréscimo ao longo das intervenções, o mesmo ocorreu na abordagem ao participante C.

A pessoa após o AVC, pode apresentar algumas funções alteradas que terão impacto na atividade, participação e funcionalidade, nomeadamente nas atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais e sociais (Relhas et al., 2018). Considerando a importância do treino de AVD perante a pessoa com AVC, foram realizadas intervenções no sentido de estimular e capacitar o participante, bem como reeducar no esforço perante a problemática respiratória, ainda que ajustadas à restrição de mobilidade.

O Índice de *Barthel* permitiu avaliar o grau de dependência dos participantes, de modo a personalizar o treino das atividades de vida. Nos participantes B e C pode-se constatar um aumento do *score*, significando uma diminuição do nível de dependência. Todavia, o paciente A, manteve um *score* de dependência total, isto essencialmente, pela sua condição neurológica caracterizada por um quadro de afasia.

Todas as intervenções aplicadas tiveram como grande objetivo a reeducação da funcionalidade, melhorando o desempenho nos autocuidados e execução de AVD. Porém, pela condição respiratória da pessoa e consequências do processo de saúde-doença, não foi possível atingir *scores* mais elevados no tempo estipulado.

Ao se refletir sobre o Projeto de Intervenção, analisa-se positivamente os resultados alcançados na capacitação da pessoa com AVC, atingindo-se os objetivos traçados. Considera-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação exerce um papel preponderante no processo de capacitação da pessoa com deficiência e limitação da atividade, maximizando a sua autonomia e independência na realização das AVD (Sousa et al., 2020).

De uma forma geral, todos os diagnósticos com o juízo de “comprometido” sofreram uma melhoria considerável que otimizou a função respiratória e, consequentemente, a autonomia e independência nas AVD. Destaca-se que a envolvência do doente é um fator fundamental para a obtenção de melhores ganhos na capacitação do

autocuidado, pelo que deve ser um processo contínuo, não terminando no dia da alta clínica, conforme designado por L. Santos (2016).

A continuidade dos cuidados prestados é necessária para um melhor desempenho por parte do paciente e ganhos em saúde, para tal, após o internamento na Unidade de AVC perspectiva-se a manutenção de cuidados de enfermagem de reabilitação, seja em âmbito hospitalar ou domiciliário.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

As competências comuns ao profissional Especialista, específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre são fundamentais para a obtenção do grau proposto.

As competências apreendidas derivam muito das experiências vivenciadas e do significado que cada indivíduo lhes atribui. A experiência representa o aprimorar de conceitos e teorias preconcebidas quando confrontadas com a prática, ou seja, todas as vivências práticas vêm dar uma sustentação à prática baseada na teoria, suportando a tomada de decisão do profissional de enfermagem. Deste modo, é de extrema relevância criar ambientes propícios ao desenvolvimento de novas competências quer em ambiente formativo, como clínico (S. Santos, 2016).

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O Regulamento nº 140/2019 regula as competências comuns ao especialista em enfermagem. O enfermeiro especialista é aquele com competências científicas, técnicas e humanas, capaz de prestar cuidados de saúde diferenciados/especializados na sua área de intervenção. As competências comuns integram dimensões como educação dos utentes e pares, orientação, aconselhamento, liderança, responsabilidade, investigação e desenvolvimento da disciplina de enfermagem (Diário da República, 2019b).

Estas competências especializadas surgem no domínio e desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Na alínea a) do Artigo 3º do Regulamento nº 140/2019, as competências comuns são definidas como:

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 (Diário da República, 2019b, p. 4745).

Já na alínea f) do mesmo Artigo, pode-se constatar que domínio de competência é o âmbito da ação que contempla um conjunto de competências que partilham a mesma linha condutora e um agregado de elementos semelhantes (Diário da República, 2019b).

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2019b).

As competências que irão ser descritas são aquelas que foram adquiridas, justificando a sua pertinência.

A. Domínio da Responsabilidade, Profissional, Ética e Legal

A.1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;

A1.2. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;

A1.3. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

(Diário da República, 2019b, p. 4746)

Reflexão:

O enfermeiro especialista deve ter como base de sustentação a prestação de um exercício seguro e profissional, tomando decisões conforme os princípios éticos e deontológicos em vigor. Assim, deve procurar construir estratégias para a resolução de problemas em conjunto com a pessoa, escolhendo sempre as opções mais adequadas e refletindo sobre as suas ações (Diário da República, 2019b). O autor Manuel Lopes (2006) refere que a prática de enfermagem ocorre num meio interativo, no qual devem estar

cientes os princípios éticos e morais. Estes princípios são imperativos para a profissão, para tal, houve um seguimento diário dos mesmos, consolidando as competências já apreendidas e melhorando alguns detalhes da prática ética e legal, adaptando as normas éticas e morais a cada situação, bem como discutir os casos com a equipa multidisciplinar.

A pontualidade e assiduidade foram fatores preponderantes, estando sempre presentes, o que permitiu honrar os compromissos assumidos em campo clínico.

A.2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos;

A2.2. Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

(Diário da República, 2019b, p. 4746)

Reflexão:

Segundo o ponto 1 da Base 1 que consta na Lei nº 95/2019, o direito à proteção da saúde consiste na salvaguarda do melhor estado de saúde físico, mental e social dos seres humanos. Para que tal ocorra, é necessário criar e desenvolver condições socioeconómicas, culturais e ambientais que assegurem níveis saudáveis e suficientes de vida, trabalho e lazer (Diário da República, 2019c). Na alínea a) da Base 2 do mesmo documento, pode observar-se que a pessoa tem direito à “proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade” (Diário da República, 2019c, p. 56). Estes enunciados dão força ao descrito no Artigo 103º e 104º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº156/2015), nos quais o enfermeiro tem o dever de respeitar o direito da pessoa à vida no decorrer do seu ciclo vital e as suas esferas físicas, psíquicas, sociais e culturais. Desta forma, o profissional irá responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo, orientando-o, respeitando-o, possibilitando a liberdade de escolha e garantindo a continuidade dos cuidados.

No Artigos 105º e 106º da Lei nº 156/2015 surgem os deveres de informação e sigilo (Diário da República, 2015). O estabelecimento de uma relação com o utente e família com base no respeito, sigilo e dever informativo foram fulcrais para a prestação de cuidados de forma holística, tendo em conta a individualidade de cada ser e dignidade

humana. Assim, as ações independentes e interdependentes tiveram como finalidade aumentar uma prática segura nas dimensões éticas e deontológicas.

Nos diversos campos clínicos foi assegurado o dever de informação e sigilo, explicando-se sempre ao utente, família ou cuidador os procedimentos a realizar, bem como esclarecer qualquer tipo de dúvidas que pudessem advir. Para a realização do Projeto de Intervenção foi necessário a criação de um consentimento informado aprovado pela Comissão de Ética da instituição em questão e Comissão de Ética da Universidade de Évora, garantindo a recolha de dados com anonimato, cumprimento dos princípios éticos (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, entre outros) e deveres deontológicos, solicitando uma adesão livre e esclarecida dos participantes.

O respeito pela privacidade, dignidade humana e anonimato estiveram sempre subjacentes no Estágio em Enfermagem de Reabilitação e Estágio Final. O respeito pelos direitos humanos foi soberano, impedindo a realização de juízos de valor, aceitando diferentes escolhas políticas, culturais e religiosas, o que salvaguarda o Artigo 81º da Lei nº 156/2015. Em contexto de internamento, foi possível garantir a privacidade através do fecho de cortinas ou portas no decorrer da prestação de cuidados, protegendo a intimidade da pessoa de outros. Por outro lado, em situação domiciliária, é necessário o respeito pelo meio do doente, havendo uma adaptação a todos os obstáculos que pudessem surgir, como disposição das estruturas arquitetónicas (Diário da República, 2015).

Ainda que não se tenha assumido, em primeira linha, a responsabilidade de gerir numa equipa e práticas de cuidados, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente, foram observadas e analisadas as dinâmicas adotadas pelo profissional especialista, de modo a refletir-se sobre as metodologias de gestão a adotar no futuro.

A maioria das pessoas que carecem de cuidados de enfermagem de reabilitação estão sujeitas a um aprimoramento das suas capacidades, devendo ser orientado pelo respeito e dignificação da pessoa humana. Muitas vezes, os utentes vivenciam processos de saúde-doença que os fragilizam e os expõem, demonstrando dificuldade em se defenderem. Assim, o enfermeiro especialista deve advogar em defesa da pessoa, capacitando-a.

B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B1.1. Mobiliza conhecimento e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;

B1.2. Orienta projetos institucionais na área da qualidade;

B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhora contínua.

B2.1. Avalia a qualidade das práticas clínicas;

B2.2. Planeia programas de melhoria contínua;

B2.3. Lidera programas de melhoria contínua.

(Diário da República, 2019b, p. 4747)

Reflexão:

De acordo com o Despacho nº 5613/2015, a qualidade em saúde relaciona-se com uma prestação de cuidados equitativos e acessíveis, atingindo um nível profissional ótimo, no qual se tem em conta os recursos disponíveis e a satisfação do cliente. A qualidade, está desta forma, ligada à segurança do utente, sendo uma garantia para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e Sistema de Saúde Português. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação são a base para avaliar a eficácia e a qualidade dos cuidados especializados nesta área, permitindo uma melhoria nos cuidados e um olhar crítico com o intuito de mudar as estratégias de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

No Artigo 109º da Lei nº 156/2015, o enfermeiro deve ser capaz de analisar a sua prática, reconhecendo eventuais falhas, mudando a sua atitude perante as mesmas, adequar normas de qualidade às diferentes pessoas e contextos, manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos e saberes, executar a profissão com dignidade e autonomia, e assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados (Diário da República, 2015).

Como tal, refletiu-se sobre o conhecimento e qualidade da prática implementada. As evidências científicas, até à data, eram uma ferramenta chave para os cuidados, todavia, para uma prática especializada ganharam um maior destaque, pois só assim é possível justificar atos clínicos e atingir resultados de qualidade. A atualização de conhecimentos foi constante através de métodos de pesquisa ou discussão com o Supervisor Clínico ou Docente Orientadora, mudando a ação quando necessário. A construção de Planos de Cuidados em Enfermagem de Reabilitação foi fundamental, visto que através de uma correta colheita de dados, avaliação inicial, conseguiu-se estabelecer diagnósticos apropriados, planeando, executando e avaliando as intervenções. Após os cuidados especializados, foram sempre elaborados registos claros e precisos, permitindo a continuidade dos cuidados.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação foram os indicadores utilizados, pois através destes, conseguiu-se verificar a qualidade das ações executadas.

No seguimento das competências B1 e B2, foi planeada e concretizada uma formação em serviço denominada como “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida” (Apêndice VI) que deu origem à criação de uma norma intra-hospitalar, uniformizando os cuidados prestados neste âmbito. Assim, desempenhou-se um papel dinamizador, fomentando projetos para a melhoria contínua da qualidade.

B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro.

B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultura e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;

B3.2. Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

(Diário da República, 2019b, p. 4747)

Reflexão:

A segurança do doente relaciona-se com a redução do risco de danos desnecessários associados à prestação de cuidados e que são alheios ao processo de saúde/doença do indivíduo. Portanto, as organizações em conjunto com as unidades de saúde devem estabelecer normas capazes de promover a segurança na instituição. (Santos, 2017). No Artigo 5º do Decreto-Lei nº 161/96º, os cuidados de enfermagem têm como

fundamento a interação entre o utente, indivíduo, família, grupos e comunidade, estabelecendo-se uma relação de ajuda com o utente (Diário da República, 1996).

Com o intuito de dominar-se esta competência, garantiu-se um ambiente terapêutico seguro através da gestão dos cuidados e dos riscos associados, controlando-os o mais precocemente possível. A nível da gestão do risco, a possibilidade de desenvolvimento de uma norma intra-hospitalar focada na deglutição irá permitir a minimização de consequências para o utente, como por exemplo a pneumonia por aspiração, promovendo o bom funcionamento da unidade de saúde e instituição, o que garante um ambiente terapêutico seguro, e conseqüentemente, melhores índices de qualidade.

C. Domínio da Gestão dos Cuidados

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

C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;

C1.2. Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;

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

C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

C2.2. Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

(Diário da República, 2019b, pp. 4748-4749)

Reflexão:

A competência de gestão em enfermagem advém de processos formativos, do exercício de enfermagem geral e especializada, da formação em gestão de serviços e unidades de saúde e da gestão de serviços ao nível da coordenação, chefia de equipas e supervisão. Os cuidados de reabilitação exigem deste modo uma liderança clínica, gestão

operacional, intermédia e estratégica, isto para que se alcance uma eficácia clínica, integração no meio social, satisfação do cliente e desenvolvimento do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Pontes & Santos, 2017).

A gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação foi fundamental no percurso, quer em contexto hospitalar ou domiciliário, pois permitiu a otimização de respostas perante as necessidades da pessoa e do serviço. O estabelecimento de planos de intervenção específicos conforme os diagnósticos de enfermagem de reabilitação foram mandatários para uma boa tomada de decisão, contribuindo para a obtenção dos resultados esperados e sucessivamente uma melhoria na qualidade. Como exemplo da gestão de cuidados, pode-se constatar que avaliação da deglutição segundo a Escala de GUSS permitiu averiguar a presença de disfagia e qual a consistência adequada para cada indivíduo, dando-se indicação à restante equipa do espessamento de líquidos a cumprir. Neste caso, se a pessoa apresentava disfagia, eram estipulados diversos exercícios da musculatura orofacial e realizados ensinamentos e sessões de educação para a saúde, minimizando os riscos inerentes ao comprometimento da deglutição.

Embora, não houvesse uma ligação direta à liderança de equipas e gestão de recursos, observou-se, refletiu-se e discutiu-se com o Enfermeiro Supervisor bons modelos de liderança e gestão correta de recursos, adaptados às carências da pessoa.

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;

D1.2. Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;

D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica;

D2.3. Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

(Diário da República, 2019b, pp. 4749-4750)

Reflexão:

A prática baseada em evidências científicas consiste em envolver as melhores evidências com as habilidades do profissional e necessidades da pessoa. O aumento de conhecimentos e autonomia no profissional de enfermagem evoluem conforme os avanços na investigação, sendo esta a melhor forma de colocar em ação uma prática baseada em evidências, o que por sua vez, irá otimizar os resultados em saúde. A tomada de decisão parte de uma reflexão consciente, explícita e criteriosa das evidências mais apropriadas (Rosa, 2011).

O conhecimento científico é preponderante para uma prática de excelência, só assim se conseguem justificar as ações e ter consciência do papel enquanto profissional. A formação teórico-prática que se obteve nas outras Unidades Curriculares favoreceram novos conhecimentos, todavia, os estágios foram o momento de procura constante pelo conhecido e desconhecido, para que se consigam dar novas respostas e adquirir um novo olhar clínico. Deste modo, realizou-se uma procura e pesquisa por estudos científicos com níveis de evidência elevados.

No âmbito dos dois Estágios, foram elaborados dois Estudos de Caso, um direcionado para a pessoa com patologia respiratória e outro para a pessoa com comprometimento neurológico, desenvolvendo as aprendizagens profissionais e experienciando o processo sistemático da organização dos cuidados.

Em termos formativos, a participação nas Primeiras Jornadas de Reabilitação do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, abriu novos horizontes sobre várias temáticas na área da especialização (ex. cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente crítico, readaptação funcional da pessoa com lesão vertebro medular, cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com COVID-19, entre outros). A realização de uma formação em serviço pretendeu enriquecer os conhecimentos dos colegas de cuidados gerais e especialistas em enfermagem de reabilitação, o que permitiu responder a algumas das necessidades identificadas e objetivos de desenvolvimento.

A exposição do raciocínio sobre os cuidados e outras dúvidas perante o Enfermeiro Supervisor tornaram-se momentos de partilha e interação, enriquecendo os conhecimentos especializados, baseando sempre a praxis clínica em factos científicos.

A assertividade e autoconhecimento são domínios, que até à data, estão controlados através da demonstração de iniciativa e o querer aprender novos conhecimentos e competências, dignificando a profissão.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que tem um amplo leque de conhecimentos e procedimentos específicos permitindo que pessoas com doença crónica ou aguda maximizem o seu potencial funcional e independência. Os objetivos centrais desta especialidade são: otimizar a funcionalidade, promover a independência, maximizar a satisfação da pessoa e preservar a autoestima (Diário da República, 2019a).

A necessidade de cuidados em áreas emergentes e desenvolvimento do conhecimento obrigou a um delinear de competências específicas, de acordo com o alvo e contexto da intervenção. Cada vez mais, a envolvimento em projetos de investigação por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem permitido um enriquecimento da prática através de evidências cientificamente provadas (Diário da República, 2019a).

No Regulamento n.º 392/2019 foram definidas as competências específicas para o profissional em enfermagem de reabilitação, sendo:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

(Diário da República, 2019a, p. 13566)

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

J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade;

J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.

(Diário da República, 2019a, pp. 13566-13567)

Reflexão:

A reabilitação é considerada um processo dinâmico, global e contínuo, centrado na pessoa, ao longo do seu ciclo vital e nos grupos sociais onde se insere. É possível corrigir, preservar, otimizar e restaurar as aptidões e capacidades funcionais de uma forma rápida. A enfermagem de reabilitação responde, assim, às carências e exigências dos cidadãos e população (L. Santos, 2016). Uma boa colheita de dados, avaliação inicial, planeamento, elaboração de diagnósticos, intervenção especializada e avaliação final são fulcrais para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

No âmbito desta competência, prestaram-se cuidados à pessoa com necessidades especiais ou deficiência. No decorrer dos estágios, foi possível contactar com pessoas com comprometimento respiratório, motor ou neurológico resultante de um processo agudo ou crónico. Para enriquecer conhecimentos na área ortopédica e traumatológica, foram prestados cuidados especializados ao doente com lesão ortopédica ou traumática. Para tal, realizaram-se turnos num Serviço de Ortopedia, visto que no campo clínico optado não surgiam utentes com esta problemática, colmatando esta dificuldade.

A avaliação da funcionalidade motora, sensitiva, cognitiva, cardíaca, respiratória, ao nível da alimentação, eliminação e sexualidade será determinante para a ação. Através

de instrumentos adequados é possível compreender o grau de compromisso do indivíduo e identificar os fatores limitadores. Estes instrumentos permitem uma apreciação mais precisa e orientada, comparando a fase inicial e final, o que por sua vez, dá uma percepção da evolução. De realçar que também possibilitam que diferentes avaliadores partilhem a mesma orientação na avaliação.

A avaliação do grau de dependência e da funcionalidade da pessoa nos diversos autocuidados foi realizada através do Índice de *Barthel*. Por outro lado, para avaliar a funcionalidade nas diversas áreas ou sistemas foram utilizadas diferentes escalas, como por exemplo: Escala de NIHSS (avaliação neurológica), Escala de *Lower* (avaliação da força muscular), Escala de *Ashworth* Modificada (avaliação do tônus muscular), Escala Modificada de *Borg* (avaliação da dispneia), Escala de *Tinetti* (avaliação do equilíbrio), entre outras. Após a aplicação das escalas, os exames complementares de diagnóstico como: radiografia, tomografia computadorizada, gasimetria arterial, eram encarados com um olhar crítico, compreendendo a sua influência no processo de saúde-doença do utente.

A informação recolhida anteriormente e análise dos dados, dará seguimento à elaboração de um plano de cuidados, o qual discutiu-se com o Enfermeiro Supervisor, para que fossem hierarquizadas prioridades e executadas as melhores intervenções. As ações implementadas visaram a diminuição das necessidades especiais, para tal a reeducação funcional teve um papel major, bem como os ensinamentos e educação para a saúde à pessoa e família. Os resultados obtidos foram um indicador de qualidade dos cuidados prestados, caso esta não tivesse sido atingida, objetivos e estratégias foram reformulados, introduzindo-se novos elementos.

Muitos dos mecanismos adotados passaram por promover o conhecimento do doente e da família, levando a uma tomada de consciência do processo de saúde-doença, capacidade e limitações. Refletindo, afirma-se que pessoas com literacia em saúde estão mais preparadas para lidar com a doença, tendo noção dos meios e recursos aos quais devem e podem recorrer.

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

J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;

J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social;

(Diário da República, 2019a, p. 13567)

Reflexão:

A enfermagem de reabilitação acompanha uma sucessão de acontecimentos com o objetivo de instruir e ensinar, proporcionado a máxima independência da pessoa. Deste modo, a capacitação relaciona-se com os cuidados de reabilitação, pois são criadas condições e motivações para que a pessoa se supere (Reis & Bule, 2016)

Nos contextos clínicos, realizaram-se treinos de AVD consoante as limitações de cada pessoa, pelo que foi necessário preparar e ensinar a pessoa e família sobre o autocuidado, implementar treinos específicos com auxílio de dispositivos e promover um ambiente seguro, anulando todos os riscos inerentes.

Os treinos das AVD incidiram na: higiene pessoal e vestuário, alimentação, eliminação, mobilidade e transferência. Quando se realizavam treinos de higiene pessoal, vestuário e eliminação, havia preocupação em acompanhar o doente até ao WC, concretizando no local os ensinamentos através de demonstração com dispositivos (ex. em caso de AVC, ensinar o procedimento correto do vestir/despir). No que toca à alimentação, a atividade foi assistida junto do paciente, compreendendo quais as dificuldades e os constrangimentos do mesmo, articulando estratégias para capacitar o doente (ex. em caso de paresia facial central, estimular o doente a comer pelo lado não afetado). A mobilidade e transferência foram trabalhadas através exercícios terapêuticos no leito (ex. ponte e rolamentos), treino de equilíbrio estático e dinâmico, e treino de marcha com ou sem auxiliar de marcha, sendo este eleito conforme as necessidades do utente no presente e futuro, iniciando-se a preparação para a alta clínica.

Com o intuito de encarar-se outra realidade, assistiu-se a treinos de AVD a pessoas com diferentes patologias, executando dois turnos na Unidade de AVD no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão (CMFRA). Nesta experiência, foi possível

acompanhar o treino de AVD a doentes com patologia sobretudo neuromuscular, considerando de extrema importância o trabalho realizado no local. Num ambiente hospitalar, o foco é a fase aguda da doença, todavia, é de extrema relevância estar ciente do percurso que alguns doentes realizam até retomarem ao seu ambiente domiciliário, nestas instituições, destacando-se o Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão, observou-se e compreendeu-se o trabalho realizado numa fase mais crónica da doença.

A mobilidade, acessibilidade e participação social foram conceitos sempre presentes, pelo que se identificaram barreiras arquitetónicas, tentando a sua eliminação, sensibilizando a pessoa e a família sobre práticas inclusivas.

A inclusão social exige um sentimento pertença enquanto ser individual e nas relações com os demais. Todavia, a equipa de reabilitação deve estimular a inclusão dos indivíduos na sociedade, de modo a que possam viver em plenitude em domínios como a saúde, lazer e trabalho (Machado et al., 2016; Pereira et al., 2020).

J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório;

J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

(Diário da República, 2019a, pp. 13567-13568)

Reflexão:

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve promover uma recuperação funcional gradual. Os pacientes em conjunto com os profissionais devem entender os riscos que reduzam a funcionalidade, desta forma, os planos devem incrementar a maximização da funcionalidade e o bem-estar psicológico (Novo, 2013).

Ao longo dos estágios, houve a oportunidade de intervir perante a pessoa com disfunção respiratória, neurológica e motora/ortopédica. Logo, implementaram-se programas de treino para a pessoa com incapacidade, discutindo-os com a equipa multidisciplinar e doente, respondendo às necessidades da pessoa.

O treino motor foi realizado através de intervenções como: avaliar a força muscular, avaliar o equilíbrio, avaliar as amplitudes articulares através goniómetro, realizar treino de marcha, executar mobilizações articulares e musculares (passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas), realizar treino de equilíbrio, aplicar o artromotor em paciente ortopédico, aplicar a massagem terapêutica, entre outras.

Em contrapartida, o treino cardio-respiratório foi concretizado por algumas ações como: avaliação do padrão respiratório, auscultar o tórax, ensinar a dissociar os tempos respiratórios, executar técnica de drenagem postural, executar aberturas costais globais e seletivas, aplicar manobras de vibrocompressão, entre outras.

O Projeto de Intervenção desenvolvido envolveu a criação de um plano de treino motor e respiratório com capacidades de maximizar a independência e autonomia da pessoa com AVC, o que vai ao encontro das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

4.3. Competências de Mestre

O Decreto-Lei nº 65/2018 define as competências de Mestre como:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão numa área de formação a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos de nível secundário, os desenvolva e aprofunde; ii) Se apoie em materiais de ensino de nível avançado e lhes corresponda; iii) Em alguns dos domínios dessa área, se situe ao nível dos conhecimentos de ponta da mesma;
- b) Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão adquiridos, de forma a evidenciarem uma abordagem profissional ao trabalho desenvolvido na sua área vocacional;
- c) Capacidade de resolução de problemas no âmbito da sua área de formação e de construção e fundamentação da sua própria argumentação;
- d) Capacidade de recolher, seleccionar e interpretar a

informação relevante, particularmente na sua área de formação, que os habilite a fundamentarem as soluções que preconizam e os juízos que emitem, incluindo na análise os aspetos sociais, científicos e éticos relevantes; e) Competências que lhes permitam comunicar informação, ideias, problemas e soluções, tanto a públicos constituídos por especialistas como por não especialistas; f) Competências de aprendizagem que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida com elevado grau de autonomia. (Diário da República, 2018, p. 4162).

No caso do Mestre em Enfermagem, deve: demonstrar competências clínicas no planeamento, prestação, gestão e supervisão de cuidados numa área especializada, promover e disseminar a investigação, integrar novos conhecimentos, tomar decisões e gerir situações complexas, desenvolver continuamente conhecimentos e aptidões, participar de forma proativa em projetos e equipas de trabalho multidisciplinar, realizar uma análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação de outros, incluindo perspetivas de investigação e de políticas de saúde, e por último, evidenciar competências comuns e específicas na sua área de intervenção (Universidade de Évora, 2015).

A realização do Estágio em Enfermagem de Reabilitação e Estágio Final permitiram adquirir e fortalecer algumas competências de Mestre, nos quais no decorrer da prática, desenvolveram-se novas habilidades e aptidões para planear, agir, avaliar, gerir e supervisionar cuidados de forma especializada e de acordo com os princípios éticos, morais e legais, tomando-se decisões de forma consciente e assertiva. A reflexão constante, permitiu identificar novas problemáticas e limitações, encontrando soluções e estratégias para a sua resolução. Para tal, foi necessário abordarem-se evidências científicas e atualizarem-se conhecimentos a partir de bases de dados (ex. *B-on*), fundamentando sempre a ação, bem como, integrar a equipa multidisciplinar, comunicando conclusões, conhecimentos e raciocínios.

A elaboração de um Projeto de Intervenção, permitiu obter outra das competências de Mestre, ou seja, a promoção e disseminação da investigação. Através da construção,

aplicação e análise de resultados, conseguiu-se contribuir para uma melhoria contínua da qualidade, desenvolvendo a área e formação na enfermagem de reabilitação. Os resultados obtidos foram um fator chave para se justificar a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação numa equipa multidisciplinar.

Em suma, os conhecimentos apreendidos na Licenciatura em Enfermagem foram aprofundados numa determinada área, neste caso na área da enfermagem de reabilitação, assim, refletiu-se sobre outro tipo de abordagem profissional, sendo implícito justificar os atos com base em evidências científicas. Com as competências de Mestre, espera-se um estabelecimento de novos juízos, tendo em consideração as componentes sociais, científicas, éticas e deontológicas. Nesta perspetiva, considera-se a aquisição das Competências de Mestre, promovendo a expansão do conhecimento.

CONCLUSÃO

Atualmente, a enfermagem encontra-se na vanguarda, tentando responder a novos desafios na saúde, com respostas adequadas em tempo útil. Na enfermagem de reabilitação, o conhecimento especializado a nível teórico e prático permite avaliar situações de incapacidade e limitação, com espaço para a tomada de decisão e ação.

O Curso de Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação possibilita a aquisição de conhecimentos, habilidades e desenvolvimento de competências através de experiências de aprendizagem, momentos de partilha, reflexão e vivências, nos quais o profissional percebe um novo papel que irá assumir.

Os objetivos delineados inicialmente para o Estágio Final foram alcançados com sucesso. Tal como descrito na Análise das Competências e Projeto de Intervenção, a avaliação da funcionalidade da pessoa levou à elaboração de diagnósticos de enfermagem de reabilitação, que por sua vez, deram lugar a planos de reabilitação holísticos com a finalidade de empoderar e capacitar a pessoa, maximizando a autonomia, independência e qualidade de vida.

O Relatório de Estágio possibilitou descrever o desenrolar do percurso formativo até à aquisição das competências esperadas, refletindo sobre as ações realizadas e conhecimentos processados.

Todas as bases teóricas deram suporte à prática implementada, isto com base em evidências científicas e novos estudos no âmbito da saúde. Deste modo, foi possível introduzir um Projeto de Intervenção direcionado para a pessoa com AVC, apresentando resultados positivos e sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Apesar das limitações enfrentadas e ser um tema pouco desenvolvido, espera-se que os resultados positivos do Projeto de Intervenção suscitem uma continuidade em projetos de investigação.

O percurso académico desenvolvido foi bastante enriquecedor, pois todas as Unidades Curriculares (teóricas, práticas e estágios) fomentaram a tomada de consciência do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação num

enquadramento universitário mais diferenciado, direcionando sempre a conduta do estudante para a melhoria da qualidade.

Apesar de todos os desafios enfrentados, como conciliação entre as aulas/estágio e o horário laboral, o esforço foi recompensado pelos resultados atingidos. A observação de melhorias no processo de saúde-doença dos pacientes pela ação de enfermagem de reabilitação foi algo gratificante.

Com a aquisição de novas competências, isto com a ajuda e apoio da Docente Orientadora e Enfermeiros Supervisores, espera-se no futuro, uma ação especializada que irá sendo aperfeiçoada com a prática profissional e procura contínua por novas evidências científicas, contribuindo para novos ganhos e conseqüentemente uma melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Conclui-se que chega ao fim um percurso traçado com sucesso. Em âmbito laboral, espera-se que o novo papel a desempenhar seja desafiante, exigindo uma nova visão dos cuidados, para a qual o processo formativo se encaminhou de preparar os estudantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESES. (2017). *Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem*. <https://gdoc.uevora.pt/480490>
- Almeida, V. (2015). *Sinais e sintomas de AVC*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10259/1/Sinais%20e%20Sintomas%20Dia%20do%20AVC%202015%20HVFX.PDF>
- American Psychological Association [APA] (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2019). *INSTRUMENTOS DE MEDIDA EM FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA*. http://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2019/07/INSTRUMENTOS_MEDIDA_FISIOTERAPIA_CARDIORRESPIRATORIA.pdf
- Borg, G. (1998). *Borg's Perceived Exertion And Pain Scales*. Human Kinetics.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC* (1ª ed.). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Cavalheiro, J., Beschaira, J., Korb, J., Paschol, S., Roman, A., & Strassburger, M. (2014). *A RELEVÂNCIA DOS SINAIS VITAIS NA ATENÇÃO A REABILITAÇÃO FÍSICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA* [Relato de Experiência]. Jornada de Extensão - Ciências da Saúde - Salão do Conhecimento. <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/3289>
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2016). Reeducação da Função Sensoriomotora. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 227-251). LUSODIDACTA.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, Princípios e Técnicas*. (1ª ed.). LUSOCIÊNCIA.
- Cortes, O., Delgado, S., & Esparza, M. (2019). Systematic review and meta-analysis of experimental studies: In-hospital mobilization for patients admitted for medical

- treatment. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 75. 1823–1837.
<https://doi.org/10.1111/jan.13958>
- Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal:
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9323/1/MER%20_GI%C3%B3ria%201621_.pdf
- Diário da República. (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Diário da República. (2014). *Portaria n.º 82/2014*. Diário da República, 1.ª série — N.º 71 — 10 de abril de 2014. <https://files.dre.pt/1s/2014/04/07100/0236402366.pdf>
- Diário da República. (2015). *Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16. https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va
- Diário da República. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16. <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>
- Diário da República. (2019). *Lei n.º 95/2019. Lei de Bases da Saúde*. Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/124417108/details/maximized>
- Diário da República. (2019). *Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Diário da República. (2019). *Regulamento n.º 392/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da

- República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?l=1>
- Direção-Geral de Saúde. (2011). *Norma 054/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2017a). *Norma n.º 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. <https://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/INF%20PROFISSIONAIS/2017VIAVERDEAVCNOADULTO.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2017b). *PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES*. http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf
- Ferreira, D., & Santos, A. (2016). Avaliação da Pessoa com Patologia Respiratória. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 167-180). LUSODIDACTA.
- Ferreira, P. (2008). A utilização da metodologia de investigação- acção na intervenção social: uma reflexão teórica. *Revista Lusíada - Intervenção Social*. N.º 32-34. 215-236. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1451/1567>
- Fortin, M.-F. (1999). Apresentação e Interpretação dos Resultados. Em M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação da Conceção à Realização* (pp. 329-338). Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª ed.). Loures: LUSODIDACTA.
- Gardona, R., & Barbosa, D. (2018). Importância da prática clínica sustentada por instrumentos de avaliação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(4):1815-6. 1921-1922. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>
- Gomes, B., & Ferreira, D. (2016). Reeducação da Função Respiratória. Em Marques-Vieira, Cristina, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 253-262). LUSODIDACTA.

- Hoeman, P., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. Em P. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 1-13). LUSODIDACTA.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Resultados Provisórios. Censos de 2021*. https://censos.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. (1ª ed.). Formasau.
- Lopes, M. (2021). DESAFIOS DE INOVAÇÃO EM SAÚDE. REPENSAR OS MODELOS DE CUIDADOS. *Imprensa Universidade de Évora*. ISBN 978-972-778-213-0. <https://imprensa.uevora.pt/uevora/catalog/view/24/22/57-1>
- Machado, W., Alvarez, A., Teixeira, M., Branco, E., Figueiredo, N., & Paiva, R. (2016). Imagem corporal de paraplégicos: o enfrentamento das mudanças na perspectiva de pessoas com lesão medular. *Revista Enfermagem Uerj*. 24(1). 1-6. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.16125>
- Magalhães, S., Gabrielloni, M., Sanna, M., & Barbieri, M. (2017). Educação em Enfermagem: conceituando. *Acta Paulista de Enfermagem - SciELO*. 30(3). 247-253. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700038>
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo Da Vida* (1ª ed.). LUSODIDACTA.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2016). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 465-474). LUSODIDACTA.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC. Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. (1ª ed.). Lusociência.
- Morais, F., & Conceição, V. (2009). *Avaliação da Pessoa com Alterações MúsculoEsqueléticas. Enfermagem em Ortopneumatologia*. (1ª ed.). Formasau.
- Novo, A. (2013). *Monitorização das alterações dos parâmetros analíticos da pessoa hemodialisada – efeitos do treino de maximização da funcionalidade*.

- [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Bragança]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança: <http://hdl.handle.net/10198/8207>
- Nunes, L. (2013). *CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. ISBN: 978-989-98206-1-6. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2020). *ASPETOS ÉTICOS na Investigação em Enfermagem*. ISBN 978-989-54837-0-9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Ocko, R., & Costa, M. (2014). Alterações Respiratórias nos Pacientes com Acidente Vascular. *Jornal de Investigação Biomédica e Biofarmacêutica*. (11) 2. 141-150. https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/6622/1/Article1_11n2.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados À Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. ISBN 978-989-8444-24-0. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *DEONTOLOGIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Reabilitação Respiratória. GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório de componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=E4CB1D556896320E797D3B66A01A3EEC?sequence=1

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2006). *WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEP wise approach to stroke surveillance*. Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43420/9241594047_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.

Pereira, A., Costa, M., Andrade, N., & Miranda, S. (2009). Instrumentos de Avaliação Neurológica. *Revista Percursos*. 17-26. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9165/1/Revista%20Percursos%20n11_Instrumentos%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Neuro%C3%B3gica.pdf

Pereira, R., Martins, M., Machado, W., Pereira, A., Pereira, A., & Chesani, F. (2020). Cuidados de enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 3 (2). 86-95. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827>

Pestana, H. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 47-56). LUSODIDACTA.

- Petronilho, F. (2012). *AUTOCUIDADO: CONCEITO GERAL DA ENFERMAGEM* (1ª ed.). Formasau: Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2011). *Proposta de um Instrumento para Registo de Dados Clínicos - Caracterização da Condição de Saúde do Adulto e do Idoso - Universidade do Minho*.
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19212/2/Nota%20Explicativa.pdf>
- Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. Em Marques-Vieira, Cristina, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 3-14). LUSODIDACTA.
- Petronilho, F., Cidália, P., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Castro, P., & Machado, M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 4. Nº 14. 39 - 28.
<https://doi.org/10.12707/RIV17027>
- Pinto, L. (2018). *Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência da Pessoa com Défice no Autocuidado*. [Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem | Universidade de Évora, Curso em Associação]. Repositório da Universidade de Évora: <http://hdl.handle.net/10174/23450>.
- Pontes, M., & Santos, A. (2017). *A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação*. 1ª edição. LUSODIDACTA. ISBN: 978-989-8075-73-4 .
https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5722/1/Bib1%20CERPL_089-100.pdf
- Reis, G., & Bule, M. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 57-65). LUSODIDACTA.
- Relhas, L., Ramos, R., Figueiredo, A., Braga, A., Pestana, H., & Sousa, L. (2018). CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 1(2). 26-32.
<https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERV1N2.pdf>

- Rodrigues, M. (2015). *A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA E O EXERCÍCIO: IMPACTO DA DOENÇA NO DECLÍNIO FUNCIONAL E IMPORTÂNCIA DO TREINO DE EXERCÍCIO NOS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE*. [Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Medicina | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova: <http://hdl.handle.net/10362/17362>
- Rosa, M. (2011). PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA. COMO APRENDEM OS ESTUDANTES?
<https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/657/3/Poster%20-%20Pr%C3%A1tica%20baseada%20na%20evid%C3%Aancia.%20Como%20aprendem%20os%20estudantes.pdf>
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L., Gonçalves, A., Leite, A., Fernandes, C., . . . Dias, T. (2010a). I. Conceptualização da metodologia de projecto. *Revista Percursos*. Nº15. 3-7. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L., Ribeiro, A., Figueira, A., Couto, A., . . . Pereira, V. (2010d). VII. Divulgação dos resultados - relatório final. *Revista Percursos*. Nº15. 30-35. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L., Ribeiro, A., Figueira, A., Couto, A., . . . Severino, R. (2010c). V. Execução. *Revista Percursos*. Nº15. 23-24. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L., Vaz, A., Rocha, D., Malcata, F., . . . Caterna, T. (2010b). III. Definição de Objectivos. *Revista Percursos*. Nº15. 18-19. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, J. (2017). *O Enfermeiro como Promotor da Qualidade e Segurança nos Cuidados – gestão do erro*. [Dissertação de Mestrado | Escola Superior de Saúde de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3068/1/Joana%20Santos%20Tese.pdf>
- Santos, J., Campos, C., & Martins, M. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista*

Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação.

<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 15-23). LUSODIDACTA.

Santos, S. (2016). *INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA: NORMA DE PROCEDIMENTO, PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO/AVALIAÇÃO E GUIA DE ACOLHIMENTO*. [Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem | Perioperatória da Escola Superior de Saúde de Setúbal]. Instituto Politécnico de Setúbal. <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17562/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20Susana%20Vairinhos.pdf>

Schuster, R. (2011). Correlação entre Disfunções Motoras e Respiratórias no AVC. *Revista Neurociências*, 19 (4), 587-588. <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8319/5853>

Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (2019). NOVOS DESAFIOS PARA VELHOS PROBLEMAS: O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA ACESSIBILIDADE. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 20-26. <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/RPERv2n2.pdf>

Simões, J. (2011). *A Influência da Estimulação Auditiva na Pessoa em Coma*. [Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Medicina | Universidade de Aveiro]. Servidor de Homepages da Universidade de Aveiro: http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/Simoes2006_2011/Simoes2011.pdf

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). *Tudo o o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. http://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf?fbclid=IwAR0P-FE3WM3YHHRMIBXK6D2O1Wv6eXxdUQ6IDTgD3lxv79SufPwmsNKhWU

- Sousa, L. (2013). *PROPRIEDADES MÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: VALIDADE, REPRODUTIBILIDADE E RESPONSABILIDADE* [Comunicaçaõ] Seminário de Enfermagem de Reabilitaçaõ. <https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1005/1/Semin%C3%A1rio%20Egas%20Moniz.pdf>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2016). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliaçaõ para a Investigaçaõ e Prática dos Enfermeiros de Reabilitaçaõ. Em L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitaçaõ à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 113-121). LUSODIDACTA.
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO EMPODERAMENTO E CAPACITAÇÃO DA PESSOA EM PROCESSOS DE TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitaçaõ*. 3(1). 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Sousa-Uva, M., & Dias, C. (2014). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na populaçaõ portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *Instituto Nacional de Saúde. Artigos Breves* N.º 4. 12-14. https://run.unl.pt/bitstream/10362/32082/1/Uva_Bol_Epi_Obs_2014_9_12.pdf
- Trindade, I. (2020). *A Enfermagem de Reabilitaçaõ na Capacitaçaõ para o Autocuidado da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. [Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem | Instituto Politécnico de Portalegre, Curso em Associaçaõ]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal: <http://hdl.handle.net/10400.26/35315>
- Universidade de Évora. (2015). *NCE/14/01772 — Apresentaçaõ do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. <http://gdoc.uevora.pt/384829>
- Vainshelboim, B., Oliveira, J., Yehoshua, L., Weiss, I., Fox, B., Fruchter, O., & Kramer, M. (2014). Exercise training-based pulmonary rehabilitation program is clinically beneficial for idiopathic pulmonary fibrosis. *Respiration*. 88 (5). 370-388. <https://doi.org/10.1159/000367899>

- Varanda, E., Rodrigues, C., & Costa, A. (2015). *Avaliação e Estimulação do Doente com Alterações do Estado de Consciência*. Hospital Garcia de Orta, E.P.E. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 351-363). LUSODIDACTA.

APÊNDICES

Apêndice I – Proposta do Projeto de Intervenção

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	MODELO T-005
	PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: 2021 / 2022
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA <i>(A ser emitido apenas em GesDOC)</i>	2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO <i>(A ser emitido apenas em GesDOC)</i>	
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE		
Nome Completo: <u>Gonçalo José da Guerra Costa Pedro</u>		
Número: <u>m48148</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
Curso: <u>Mestrado em Enfermagem</u>		
Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem de Reabilitação</u>		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE		
Telef.: <u>[REDACTED]</u> E-mail: <u>m48148@alunos.uevora.pt</u>		
5. PROPOSTA		
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso		
<input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto		
Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)		
<input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i>		
7. TIPO DE TRABALHO <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i>		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO
APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:		<input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês
<input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação		<input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês
<input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados		<input type="checkbox"/> Outra: <u> </u>
<input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)		
PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:		
<input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		
9. TÍTULO DO TRABALHO		
Título (na língua de redação): <u>"Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Capacitação do Doente com Acidente Vascular Cerebral"</u>		
Título em Inglês: <u>"Functional Respiratory Reeducation Program in the Training of Patients with Stroke"</u>		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Gorete Mendonça dos Reis</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora</u>	
N.º Identificação Civil: <u>[REDACTED]</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>[REDACTED]</u> E-mail: <u>greis@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-1001-4142</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Enfermagem</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>Reabilitação; AVC; Exercícios Respiratórios;</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
O presente projeto pretende reeducar a funcionalidade respiratória capacitando o doente com Acidente Vascular Cerebral.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
<p>A força muscular respiratória no doente com AVC pode estar comprometida na fase aguda ou crónica. A diminuição da ativação dos músculos abdominais é frequente nestes utentes, o que implica um esforço da musculatura torácica que compromete a respiração. A diminuição da excursão diafragmática e do tónus muscular torácico trazem consequências como fadiga, dispneia, reflexo de tosse ineficaz, aumentando o risco de pneumonia por aspiração (Schuster, 2011).</p> <p>Na fase aguda, o grande objetivo da reabilitação é detetar precocemente e prevenir complicações, pois a mortalidade associada ao AVC deve-se sobretudo a pneumonias por aspiração, infeções do trato urinário, fenómenos trombóticos e embólicos. Os programas de enfermagem de reabilitação permitem melhorar a independência funcional, maximizar a participação no autocuidado, mobilidade e locomoção (Direção Geral da Saúde, 2010, citado por Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2016).</p> <p>O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação detém um conjunto de saberes e competências para planejar programas de reabilitação, aproveitando todas as capacidades da pessoa, promovendo desta forma, o autocuidado e por consequência a autonomia. A pessoa é parceira para a sua própria capacitação e autonomia (Branco & Santos, 2010).</p> <p>Em suma, o plano terapêutico de reabilitação é elaborado consoante a avaliação clínica, avaliação funcional e a sua gravidade, pontuação no Índice de Barthel e na Medida da Independência de Funcionalidade e definição de objetivos a curto prazo. A admissão de um doente com AVC num programa de reabilitação depende dos seguintes critérios: estabilidade clínica (hemodinâmica), existência de défices funcionais, capacidade de apreender e memorizar programas de reabilitação, capacidade física para tolerar o programa de reabilitação e ter participação ativa, complicações clínicas como espasticidade ou dor, com conseqüente deterioração do estado funcional (Direção Geral da Saúde, 2011).</p> <p>Como objetivo geral define-se: Avaliar os resultados de um programa de reeducação funcional respiratória na capacitação do doente com AVC.</p> <p>Os objetivos específicos são: Avaliar a funcionalidade respiratória da pessoa com AVC; Identificar diagnósticos de enfermagem de reabilitação; Planear cuidados de enfermagem de reabilitação atendendo ao historial de doença atual e antecedentes pessoais; Implementar intervenções de enfermagem de reabilitação conforme os diagnósticos estipulados; Avaliar os resultados obtidos; Identificar benefícios de um programa de reeducação funcional respiratória no doente com AVC.</p>	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadrá a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo) <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, a entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>

Cronograma

Semana	Estágio em Enfermagem de Reabilitação						Estágio Final																
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Pesquisa Bibliográfica e Revisão Literária																							
Elaboração do Projeto de Estágio																							
Apresentação do Projeto de Estágio																							
Submissão do Projeto de Estágio à Comissão de Ética																							
Implementação do Projeto de Estágio em Contexto Clínico																							
Análise dos Resultados Obtidos																							
Elaboração do Relatório Final																							

Apêndice II – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

O presente documento surge no âmbito do projeto de investigação, intitulado-se como “Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Capacitação do Doente com Acidente Vascular Cerebral” no sequência do 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.

O objetivo principal deste estudo é avaliar o impacto que um programa de reeducação funcional respiratória pode ter na capacitação de uma pessoa com AVC e por conseguinte na sua autonomia e bem-estar. A metodologia de implementação consiste na aplicação de pelo menos de três sessões de reeducação funcional respiratória na pessoa com AVC.

Venho por este meio, solicitar consentimento para a sua participação neste programa, assegurando a confidencialidade, sigilo e anonimato de todos os dados adquiridos. A utilização dos dados será única e exclusivamente para este projeto. Caso não consinta a utilização dos dados para a realização deste projeto, serão igualmente assegurados os cuidados de enfermagem de reabilitação.

Agradeço a sua disponibilidade para participar neste estudo, assim como contribuir para o desenvolvimento científico dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Informo a minha disponibilidade total para prestar qualquer tipo de esclarecimento a dúvidas que possam surgir.

Investigador: Gonçalo José da Guerra Costa Pedro

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Gorete Reis

E-Mail: m48148@alunos.uevora.pt / Telemóvel: [REDACTED]

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Declaro que compreendi este documento e todas as informações verbais implícitas.
Declaro que me foi explicado que em qualquer momento poderei abandonar a

participação neste projeto sem qualquer tipo de justificação e que me serão igualmente assegurados os cuidados de enfermagem de reabilitação.

Aceito voluntariamente a participação neste projeto e permito a utilização dos dados, confiando na confidencialidade e anonimato nos dados utilizados.

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 em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e outro exemplar para a pessoa)

Apêndice III – Instrumento para Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Identificação Codificada
Idade
Sexo
Nacionalidade
Escolaridade
Profissão
Serviços de Apoio
Estado Civil
Agregado Familiar
Crenças
Religião

Fonte: do próprio

Conforme estabelecido com a Comissão de Ética, apesar das variáveis apresentadas, só foram apresentadas no Projeto de Intervenção aquelas com relevância para o estudo, salvaguardando a proteção de dados.

Apêndice IV – Documento para Avaliação dos Participantes

Código do Doente: _____		Diagnóstico Clínico: _____		
Idade: _____		Antecedentes Pessoais: _____		
Data de Admissão __/__/__		Antecedentes Familiares: _____		
		Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
		Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Função Neurológica	Escala de Coma de Glasgow			
	National Institutes of Health Stroke Scale			
Função Cognitiva	Escala Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale			
Parâmetros Hemodinâmicos	Tensão Arterial			
	Frequência Cardíaca			
	Frequência Respiratória			
	SpO2			
	Temperatura			
	Dor			
Parâmetros Respiratórios	Padrão			
	Ritmo			
	Amplitude			
	Simetria			
	Cor da Pele e Mucosas			
	Auscultação			
	Reflexo de Tosse (Características)			
	Aporte de O2 / Dispositivo			
Radiografia	Radiografia Torácica			

Fonte: do próprio

(continuação na página seguinte)

Gasimetria Arterial	pH			
	pO ₂			
	pCO ₂			
	HCO ₃ ⁻			
Dispneia	Escala de Borg Modificada			
	Modified Medical Research Council Dyspnea Scale			
Força Muscular	Escala de Lower			
Tônus Muscular	Escala de Ashworth Modificada			
ABVD	Índice de Barthel			

Fonte: do próprio

Apêndice V – Avaliação do Grau de Independência dos Participantes

Índice de <i>Barthel</i>	Participante A		Participante B		Participante C	
	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Alimentação	0	0	0	5	5	10
Tomar Banho	0	0	0	0	0	5
Higiene Pessoal	0	0	0	0	5	5
Vestir-se	0	0	0	5	5	10
Ir à Casa de Banho	0	0	0	0	5	10
Urinar	0	0	5	10	10	10
Evacuar	0	0	5	10	10	10
Mobilidade	0	0	0	0	5	15
Transferências	0	0	0	0	5	10
Escadas	0	0	0	0	0	5
Total	0	0	10	30	50	90

Fonte: do próprio

Apêndice VI – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida

Designação da Ação de Formação: Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida.

Formadores:

- Gonçalo Pedro, m48148, aluno sob a orientação clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED] e orientação pedagógica da Prof.ª Dra. Gorete Reis.

População-Alvo: Equipa de Enfermagem da Unidade de AVC do [REDACTED]

Data: A definir

Hora: A definir **Duração:** 50 minutos

Local:

- Formação em Sala
- Formação em Contexto de Trabalho
- Formação Online

Objetivo Geral:

- Promover o conhecimento relativo aos cuidados de enfermagem perante a pessoa com deglutição comprometida.

Objetivos específicos:

- Definir e diferenciar os conceitos deglutição e disfagia;
- Elucidar anatomia do sistema estomatognático e fisiologia da deglutição;
- Esclarecer as principais causas para a alteração na deglutição e as consequências para a pessoa;
- Relacionar o AVC com a presença de disfagia;
- Apresentar escalas apropriadas para a avaliação da deglutição;

- Definir o papel do enfermeiro generalista e do EEER perante a pessoa deglutição comprometida;
- Prevenir complicações associadas à disfagia;
- Sugerir estratégias para melhoria contínua da qualidade no cuidado à pessoa com disfagia;
- Apresentar folheto informativo sobre a disfagia com o objetivo de entregar ao doente/familiar;
- Explicar como elaborar os registos em programa informático (SClínico);
- Avaliar a qualidade da sessão de formação em serviço.

Indicadores de avaliação da sessão de formação:

- Que 75% da população alvo considere que a formação em serviço foi do seu agrado;
- Que 65% da população alvo considere que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados;
- Que 65% da população alvo considere que a sessão de formação em serviço correspondeu às suas expectativas iniciais.

	Conteúdos Programáticos	Estratégias		
		Metodologia	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema da formação e o seu âmbito; • Apresentação dos formadores; • Apresentação dos objetivos gerais e específicos; • Apresentação do sumário, com os principais assuntos a abordar. 	Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Powerpoint 	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Definição dos conceitos de deglutição e disfagia; • Anatomia do sistema estomatognático e fisiologia da deglutição; • As causas e consequências de uma deglutição comprometida; • Relacionar o AVC e a disfagia; • Apresentação de escalas apropriadas para a avaliação da deglutição; • O papel do enfermeiro generalista e do EEER perante a pessoa com alteração na deglutição; 	Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Powerpoint • Folheto Informativo 	30 min.

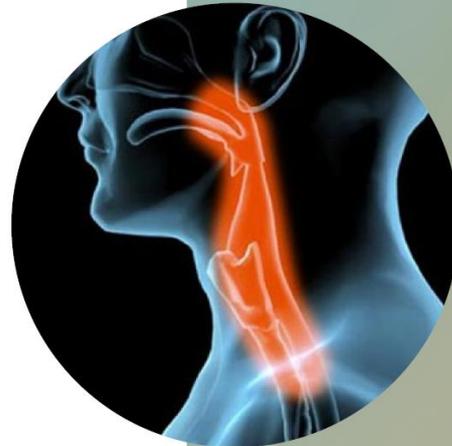
	<ul style="list-style-type: none"> • Sugestão de estratégias para melhoria da qualidade na prestação de cuidados; • Expor folheto informativo a ser entregue ao doente/família; • Explicação de como elaborar os registos em contexto informático (SClinico). 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Considerações Finais • Esclarecimento de dúvidas • Avaliação final da qualidade da sessão de formação, recorrendo ao documento interno do HESE “Avaliação da atividade formativa – reação do formando”. • Agradecimentos 	Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Documento interno do HESE “Avaliação da atividade formativa – reação do formando”. 	15 min.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CUIDADOS DE
ENFERMAGEM À
PESSOA COM
DEGLUTIÇÃO
COMPROMETIDA



FORMADORES:

ENF. GONÇALO PEDRO

ENF. ESPECIALISTA EM ENF. DE
REABILITAÇÃO

SUMÁRIO

- Conceitos de Deglutição e Disfagia;
- Anatomia do Sistema Estomatognático e Fisiologia da Deglutição;
- Causas e consequências de uma Deglutição Comprometida;
- O AVC e a Disfagia;
- Avaliação da Disfagia: Escalas;
- O papel do Assistente Operacional;
- Cuidados de Enfermagem:
 - O papel do Enfermeiro Generalista
 - O papel do EEER;
- Estratégias para a Melhoria da Qualidade;
- Elaboração de Registos no Programa SClínico;
- Apresentação de Folheto Informativo;
- Considerações Finais.

CONCEITOS DE DEGLUTIÇÃO E DISFAGIA

DEGLUTIÇÃO

Segundo a CIPE (2015), Deglutir é "comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esôfago.". Envolve um controlo motor e sensitivo.

COMPROMETIMENTO



DISFAGIA

A Disfagia é um **distúrbio que envolve a deglutição**. Os indivíduos apresentam sinais e sintomas específicos, havendo **alterações numa ou entre as etapas da deglutição**.

Pode ser **congénita** ou **adquirida** após um défice neurológico, mecânico ou psicogénico.

(World Gastroenterology Organisation, 2011, citado por Costa et al., 2019)

PREVALÊNCIAS DE DISFAGIA

A DISFAGIA afeta:

- ✓ 40-70% dos doentes com AVC;
- ✓ 95% dos doentes com Parkinson;
- ✓ 60-80% doentes com patologias neurodegenerativas;
- ✓ 60-75% indivíduos submetidos a radioterapia (neoplasia da cabeça e pescoço);
- ✓ Mais de 51% de pacientes idosos internados.



(World Gastroenterology Organisation, 2014, citado por Costa et al., 2019)

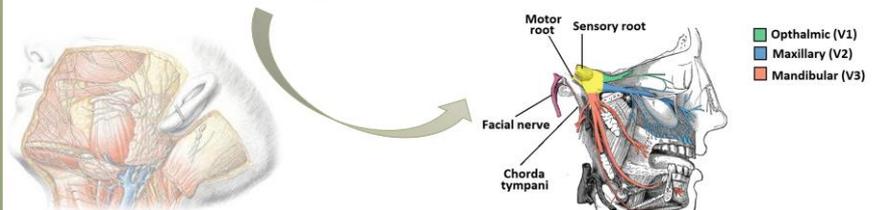
SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

- ✓ Dentes (incisivos, caninos e molares);
- ✓ Ossos (ossos do crânio - ex. esferoide, mandíbula superior e inferior);
- ✓ Músculos (ex. digástrico, bucinador e músculos das mastigação - masséter, o pterigóideo medial, o temporal, e o pterigóideo lateral);
- ✓ Vasos;
- ✓ Glândulas (salivares, parótida, submandibular e sublingual);
- ✓ Espaços Orgânicos;
- ✓ Nervos (ex. Nervo Trigêmeo V - sensitivo).

(Ferreira, 2017)



SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Estruturas Estáticas

- ✓ Mucosa Oral;
- ✓ Mucosa da Língua;
- ✓ Mucosa Nasal;
- ✓ Mucosa Faríngea.

RECEPTORES RESPONSÁVEIS PELO PALADAR

Estruturas Dinâmicas

- ✓ Maxilar Inferior;
- ✓ Osso Hióide;
- ✓ Músculos da mastigação, língua e faríngeos.

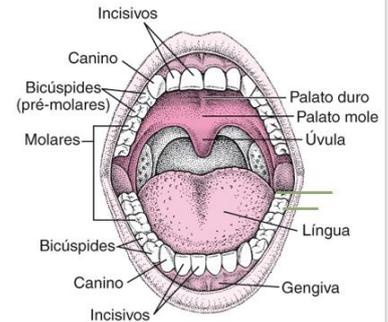
PERMITE A MOBILIDADE DAS ESTRUTURAS ESTÁTICAS

(Corbin-Lewis et al., 2008, citado por Ferreira, 2017)

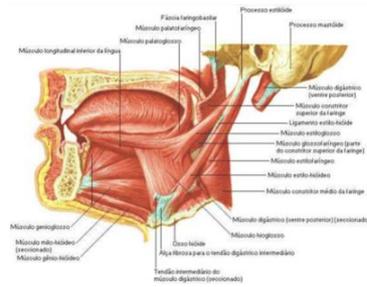
SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E FISILOGIA DA DEGLUTIÇÃO

MUSCULATURA DA LÍNGUA

- ✓ Mastigação;
- ✓ Paladar;
- ✓ Fala;
- ✓ Deglutição (mistura a saliva com o bolo alimentar).



O PALATO MOLE e a ÚVULA impedem que na mastigação os alimentos passem para a cavidade nasal, dirigindo-se para a faringe.



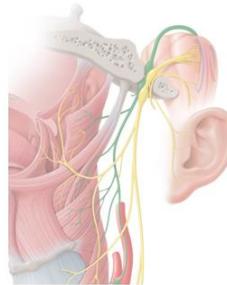
(Ferreira, 2017)

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E FISILOGIA DA DEGLUTIÇÃO

FARINGE

Dividida em **3 secções:**

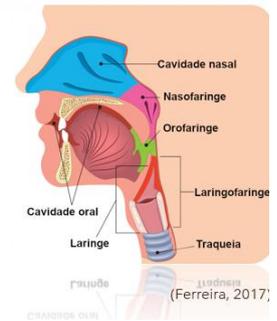
- ✓ Nasofaringe;
- ✓ Orofaringe;
- ✓ Laringofaringe.



Possui uma atividade constritora que se relaciona com o **peristaltismo**, ou seja, há movimento muscular involuntário que leva o bolo alimentar da laringe para o esôfago.

Enervado por:

- ✓ Nervo Glossofaríngeo (IX);
- ✓ Nervo Vago (X).



(Ferreira, 2017)

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E FISIOLÓGIA DA DEGLUTIÇÃO

FUNÇÕES DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO



Sucção



Fonação



Respiração



Mastigação

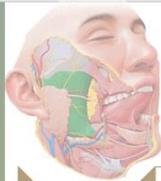


Deglutição

(Ferreira, 2017)

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E FISIOLÓGIA DA DEGLUTIÇÃO

FISIOLÓGIA DA MASTIGAÇÃO



INCISÃO

- Coordenação entre a mandíbula, bochechas e dentes posteriores.

TRITURAÇÃO

- Transformação mecânica dos alimentos em fragmentos menores.
- Com o auxílio das secreções salivares, forma-se o bolo alimentar.

PULVERIZAÇÃO

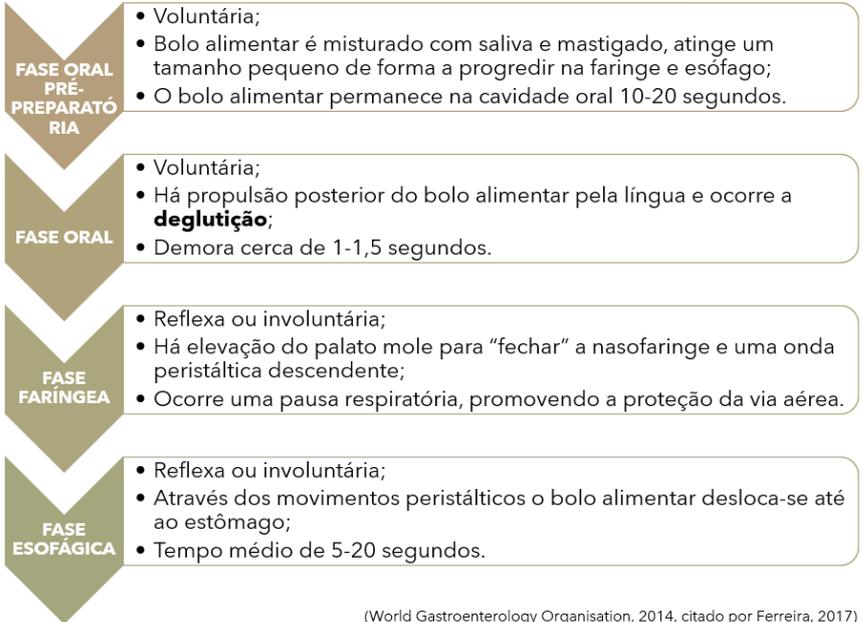
- Transformação do alimento em partículas de pequenas dimensões.

(Ferreira, 2017)

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO



FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO



(World Gastroenterology Organisation, 2014, citado por Ferreira, 2017)

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DE UMA DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

CAUSAS:

Fatores Obstrutivos e Mecânicos

- ✓ Infecções, abscessos;
- ✓ Aumento da tireoide;
- ✓ Linfadenopatia;
- ✓ Fibrose Muscular.

Fatores Neurológicos

- ✓ AVC;
- ✓ TCE;
- ✓ Parkinson;
- ✓ Doença de Alzheimer;
- ✓ ELA, Esclerose múltipla;
- ✓ Tumores cerebrais;
- ✓ Distrofia neuromuscular.

Fatores Iatrogênicos:

- ✓ Cirurgias (ex. IC a tumor do pescoço)
- ✓ Medicação (ex. neurolépticos, anticonvulsivante, benzodiazepinas).



CONSEQUÊNCIAS:

- ✓ Desnutrição;
- ✓ Desidratação;
- ✓ Pneumonia de aspiração;
- ✓ Aumento do tempo de internamento;
- ✓ Depressão;
- ✓ Aumento dos custos hospitalares;
- ✓ Morbidade e aumento da taxa de mortalidade

(Braga, 2016, citado por Costa et al., 2019)

(World Gastroenterology Organisation, 2008, citado por Domingos & Verissimo, 2014)

AVC E DISFAGIA



AVC - Défice neurológico permanente ou transitório

Alterações cognitivas e motoras

Diminuição ↓

- Força e coordenação dos mecanismos faríngeos e esofágicos
- Sensibilidade respiratória

DISFAGIA (30-50% dos casos)

Cerca de 20% dos doentes que são admitidos em Unidades de AVC sofreram de uma pneumonia após o AVC.



AValiação da DISFAGIA: ESCALAS

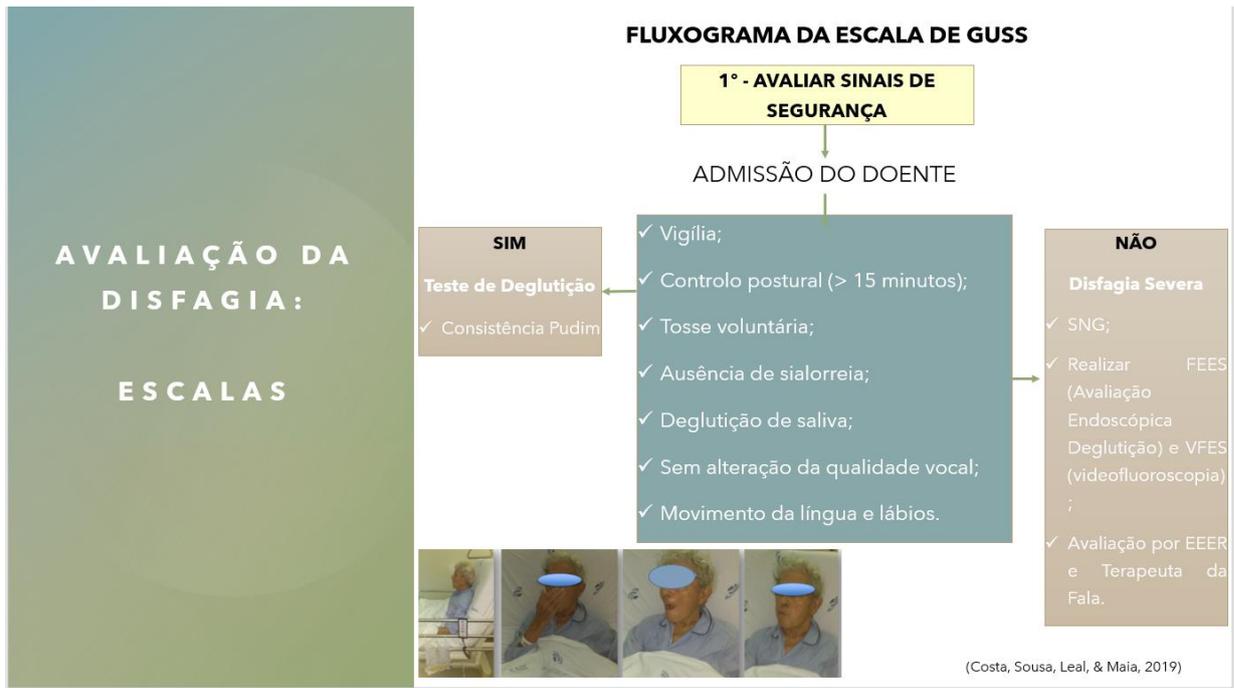
Escalas + Usadas:

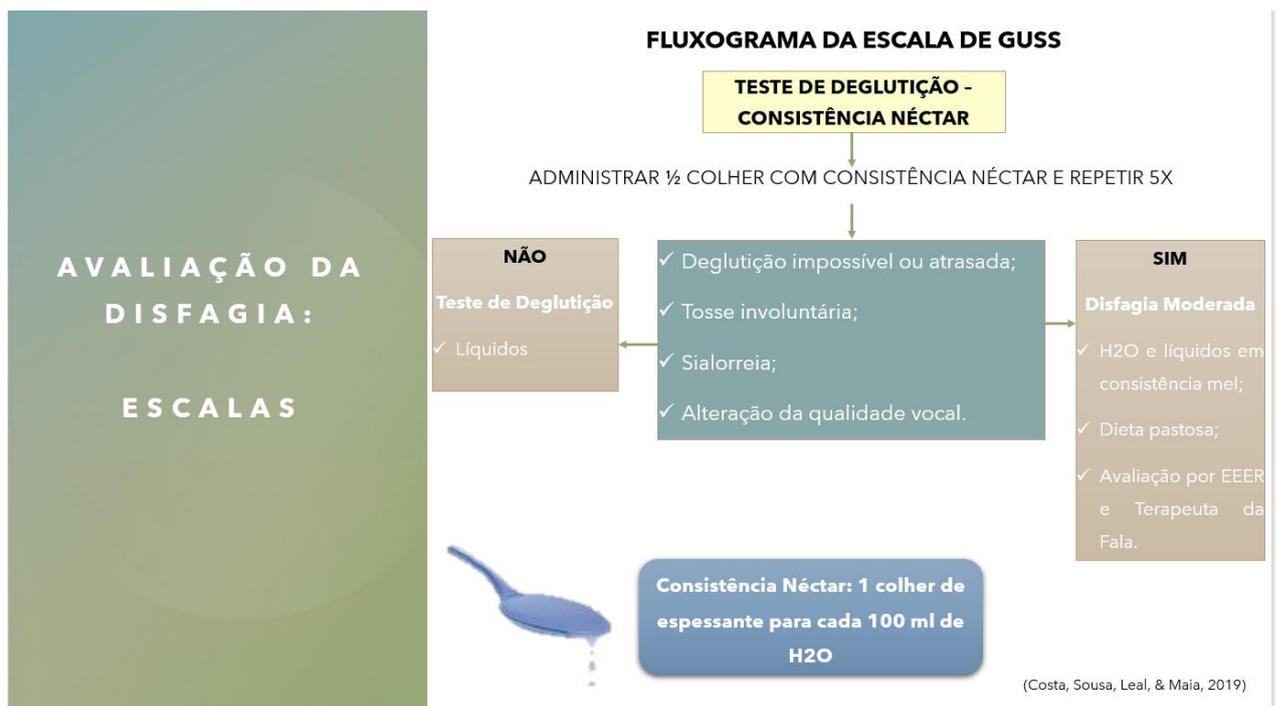
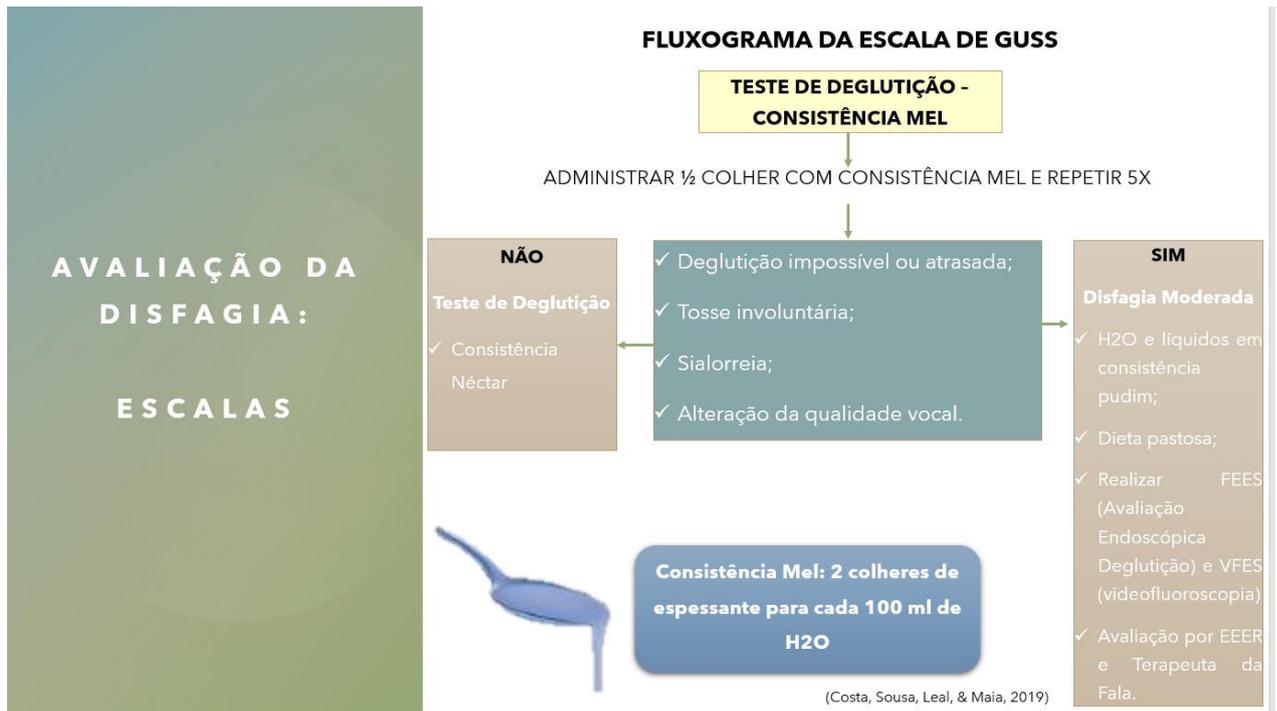
- ✓ Gugging Swallowing Screen (GUSS) → Permite avaliar a disfagia consoante a sua severidade;
- ✓ Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST);
- ✓ Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen (BJH-SDS).

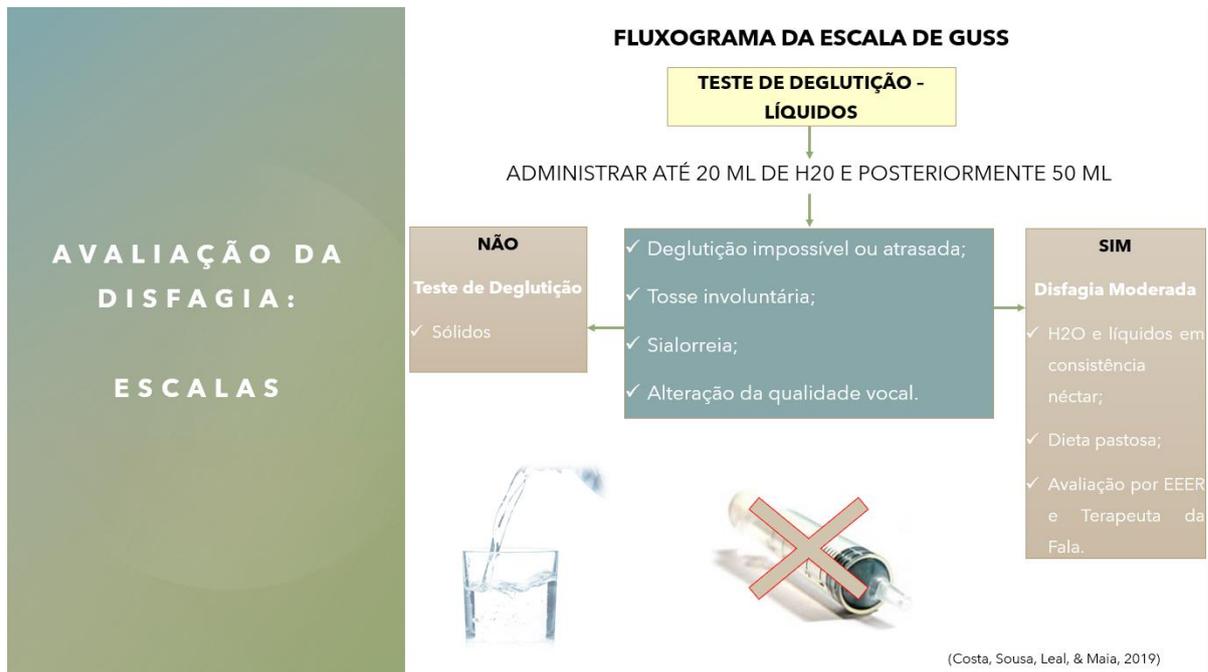


1ª FASE- Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição			
	SIM	NÃO	
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0	
Tosse voluntária e/ou clearance <small>Tosse voluntária/Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta</small>	1	0	
Deglutição de Saliva			
• Deglute com êxito	1	0	
• Sialorreia	0	1	
• Mudança vocal	0	1	
	TOTAL		
Score:	[]		
1 a 4 – Parar na 1ª fase			
5 – Continuar para a 2ª fase			
2ª FASE - Teste direto da deglutição			
	*Pastoso→	**líquidos→	***sólidos
DEGLUTIÇÃO			
• A ingestão não é possível	0	0	0
• Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
• Ingestão de sucesso	2	2	2
TOSSE (involuntária/reflexa) <small>Antes, durante e após a deglutição – até 3 min mais tarde</small>			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
SIALORREIA			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	0	1
ALTERAÇÃO DA VOZ <small>Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: "Oh"</small>			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
	Soma	Soma	Soma
	1-4 Pesquisar líquido	1-4 pesquisar líquido	1-4. Pesquisar sólido
	5- Continuar líquido	5- Continuar líquido	5- Normal sólido
	[] +	[] =	[]

Gugging Swallowing Screen (GUSS)







O PAPEL DO ASSISTENTE OPERACIONAL

ALGUMAS MEDIDAS A ADOTAR...

- ✓ Confirmar que a dieta proveniente dos serviços de cozinha corresponde ao pedido;
- ✓ Supervisionar que os alimentos estão devidamente fracionados ou preparados para o utente;
- ✓ Evitar distrações (ex. TV);
- ✓ Doente deve estar em posição de sentado ou fowler;
- ✓ Incentivar a pessoa a alimentar-se sozinha;
- ✓ Cumprir o espessamento de líquidos conforme indicação de Enfermeiro Responsável pelo doente.



O PAPEL DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

ALGUMAS MEDIDAS A ADOTAR...

DISFAGIA

- ✓ Doente deve estar em posição de sentado ou fowler;
- ✓ Incentivar a pessoa a alimentar-se sozinha;
- ✓ Evitar distrações (ex. TV);
- ✓ Adequar o tipo de dieta e espessar os alimentos consoante a necessidade;
- ✓ Fletir e realizar a rotação do pescoço para o lado afetado;
- ✓ Em caso de paresia facial central, alimentar pelo lado não afetado;
- ✓ Assegurar o encerramento labial;
- ✓ Executar movimentos circulares bilateralmente com os dedos na face do doente.



AFAGIA (SNG)

- ✓ Promover higiene oral e hidratação das mucosas;
- ✓ Realizar estimulação sensitiva.



(Domingos & Veríssimo, 2014)

O PAPEL DO EER

ALGUMAS MEDIDAS A ADOTAR...

EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR

- ✓ **Fortalecimento dos Lábios** (retrair, lateralizar, segurar espátula entre os lábios, soprar e assobiar);
- ✓ **Fortalecimento da Língua** (lateralização da língua, elevação da língua contra o palato duro, "estalar" a língua, protrair e retrair a língua, vibrar a língua, empurrar a espátula com a ponta da língua, empurrar as bochechas com a ponta da língua);
- ✓ **Fortalecimento do Palato Mole** (emitir sons como "aaa" e "äää", soprar e sugar);
- ✓ **Fortalecimento dos Músculos da Região Cervical** (a pessoa deve estar em decúbito dorsal, deve fletir a região cervical de forma a conseguir observar os pés);
- ✓ **Controlo do Bolo Alimentar** (ex. lateralizar a língua durante a mastigação, elevar a língua em direção ao palato duro, etc.).

(Domingos & Verissimo, 2014)

O PAPEL DO EER

ALGUMAS MEDIDAS A ADOTAR...

1 Aumentar a força muscular dos lábios

Abrir e fechar a boca



Lábios para fora "Dar beijinhos"



Segurar a espátula com os lábios



Lábios para a Direita e para a Esquerda





ALGUMAS MEDIDAS A ADOTAR...

2 Aumentar a força muscular da língua

Língua para a Direita e para a Esquerda



Estalar a língua contra o céu da boca



Língua para fora e para dentro



Ponta da língua ao nariz



Empurrar a espátula com a ponta da língua



Empurrar as bochechas com ponta língua



Enrolar a língua



ALGUMAS MEDIDAS A ADOTAR...

3 Aumentar a força muscular das bochechas

Encher as duas bochechas de ar



Encoiher as bochechas p/dentro



Encher a bochecha esquerda



Encher a bochecha direita



Sugar ou Assobiar



4 Aumentar a mobilidade da faringe

- Emitir sons graves e agudos alternados. Exemplo: "A...U...A...U" (A-Agudo e U-Grave)
- Emitir "u" com língua retraída.
- Emitir sons agudos "i"
- Sugar palhinha com ponta dobrada (contraí laringe)
- Recolher a língua exageradamente para trás
- Pôr a língua de fora exageradamente
- Bocejar

O PAPEL DO EER

ALGUMAS MEDIDAS A ADOTAR...

POSTURAS COMPENSATÓRIAS

- ✓ **Flexão da Cabeça** (baixar a cabeça até que o pescoço fique fletido, **diminui o risco de aspiração**);
- ✓ **Extensão da Cabeça** (demonstra bons resultados quando os movimentos da língua se encontram reduzidos);
- ✓ **Cabeça em Flexão Lateral para o Lado Afetado** (encerra a faringe do lado afetado, o bolo alimentar prossegue pelo lado oposto).

Antes de engolir:

Alinhar a cabeça e incliná-la para a frente. Esta posição bloqueia a laringe e aumenta o espaço para passagem dos alimentos para o esófago.



Depois de engolir:

Inclinar a cabeça para trás. Esta posição eleva a laringe e ajuda à progressão dos alimentos para o esófago.

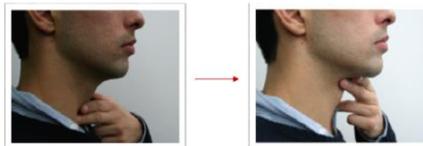
(Domingos & Veríssimo, 2014)

O PAPEL DO EER

ALGUMAS MEDIDAS A ADOTAR...

TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO COMPENSATÓRIAS

- ✓ **Técnica de Double Swallow** (deglutição duas vezes seguidas quando há dificuldade em controlar o bolo alimentar);
- ✓ **Técnica de Hard Swallow** (deglutição com vigor, permite proteção da via aérea);
- ✓ **Técnica de Lip Pursing** (a pessoa deve manter os lábios fechados com a mão, indicado em casos de hipotonia labial);
- ✓ **Manobra de Mendelsohn** (com o 2º e 3º dedo da mão elevar a laringe e segurá-la em cima no momento da deglutição).



Manobra de Mendelsohn



Técnica de Lip Pursing

(Domingos & Veríssimo, 2014)

ESTRATÉGIAS PARA
A MELHORIA DA
QUALIDADE

ALGUMAS SUGESTÕES...

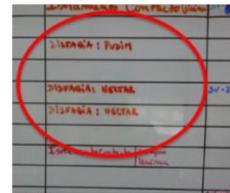
COLOCAÇÃO DE SINALÉTICA
NA UNIDADE DO DOENTE



COLOCAÇÃO DE PULSEIRA DA
DISFAGIA (consistência)



MENCIONAR NO QUADRO DOS
UTENTES



(Costa, Sousa, Leal, & Maia, 2019)

ESTRATÉGIAS PARA
A MELHORIA DA
QUALIDADE

ALGUMAS SUGESTÕES...

CRIAR UM MAPA DE DOENTES COM DISFAGIA

MAPA DE UTENTES COM DISFAGIA

CAMA	NOME	DATA	PUDIM	NÉCTAR	ASSINATURA ENFERMEIRO RESPONSÁVEL
					

(Costa, Sousa, Leal, & Maia, 2019)

ELABORAÇÃO DE
REGISTOS NO
PROGRAMA
SCLÍNICO

COMO REGISTRAR...

- ✓ **Avaliação Inicial:** Registrar se o doente apresenta disfagia e realizar avaliação;
- ✓ **Processo de Enfermagem:** Introduzir ou atualizar os focos: "Alimentação", "Deglutição" e "Aspiração", os juízos e intervenções;
- ✓ **Monitorizar de 7/7 em dias** ou em SOS.



SClínico

FOLHETO
INFORMATIVO



Em caso de dúvida, esclareça-a com um profissional de saúde!

- A Disfagia depende da consistência dos alimentos, podendo ser a sólidos ou líquidos.
- Consoante o grau de Disfagia, os líquidos são espessados. Em casos de Disfagia Grave, o utente tem de ser entubado a nível nasogástrico, evitando a entrada de alimentos na via aérea.
- Com o auxílio do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e o Terapeuta da Fala, é possível realizar exercícios para minimizar a Disfagia.

Unidade de AVC

A DISFAGIA
FOLHETO INFORMATIVO

Universidade de Évora
Mestrado em Enfermagem - Área em Enfermagem de Reabilitação

Aluno: Gonçalo Pedro



FOLHETO INFORMATIVO

O que devo saber...



O que é a Disfagia?

A Disfagia é a dificuldade dos alimentos passarem da boca para o estômago, vulgarmente referido como "engolir". Pode ser causada por: falta de peças dentárias, produção de saliva insuficiente ou enfraquecimento dos músculos da face e lábios.

Porque aparece no AVC?

No AVC, o cérebro deixa de controlar de forma eficaz os músculos que participam na mastigação e deglutição. Assim, poderá surgir a disfagia.

Quais os sinais de alerta?

- Tosse / Engasgamento;
- Falta de ar durante a refeição;
- Dor ao engolir;
- Recusa alimentar;
- Voz anasalada;
- Dificuldade em manter os alimentos / saliva na boca.



Caso verifique algum dos sinais, consulte um profissional do serviço!

O que devo saber...

Quais as consequências da Disfagia?

- Pneumonia de aspiração;
- Desidratação;
- Desnutrição;
- Depressão.

Que cuidados devo ter?

- Realizar as refeições num ambiente tranquilo;
- Estar bem desperto;
- Sentar-me corretamente com os pés bem apoiados;
- Inclinare a cabeça para a frente e para baixo durante a deglutição;
- Ingerir pequenas porções;
- Não usar palhinhas;
- Manter-se direito 30 minutos após as refeições;
- Realizar uma correta higiene oral.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A **ação** do profissional de saúde e da equipa multidisciplinar deve ser centrada na **maximização das capacidades do indivíduo**.

As **alterações da deglutição** devem ser um **foco de atenção** para o Assistente Operacional, Enfermeiro de Cuidados Gerais e para o EEER.

A **educação para a saúde, ensinos e esclarecimento de dúvidas** ao doente e cuidador assumem um papel preponderante.

A **preparação para a alta** deve **começar no momento de internamento**, compreendendo as barreiras que possam surgir em ambiente domiciliário.

A avaliação da Disfagia deve-se iniciar no momento da admissão hospitalar (SU).



REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

Costa, C., Sousa, F., Leal, L., & Maia, P. (2019). A Disfagia: Implementação de um Protocolo de Rastreio. Obtido em 4 de Janeiro de 2022, de <https://www.aper.pt/Ficheiros/Cong%20APER%202019/CLs/1%20-%20A%20disfagia%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20protocolo%20de%20rastreo.pdf>

Domingos, A., & Veríssimo, D. (2014). Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida. Centro Hospitalar do Médio Tejo. Obtido em 4 de Janeiro de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf

Ferreira, A. (2017). Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala GUSS: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação. Universidade de Évora. Obtido em 7 de Janeiro de 2022

Ferreira, M. (2016). Disfagia após Acidente Vascular Cerebral: comparação entre o uso do instrumento de Triagem Volume-Viscosit Swallow Test e a avaliação instrumental por Videoendoscopia. Escola Superior de Saúde de Alcoitão. Obtido em 8 de Janeiro de 2022

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento	2	1	0	5	5
-----------	---	---	---	---	---

Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: "*Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Capacitação do Doente com Acidente Vascular Cerebral.*", pelo mestrando **Gonçalo José da Guerra Costa Pedro** sob a supervisão da Prof.ª Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis (responsável académica).

Universidade de Évora, 08 de novembro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

(Prof.ª Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética do Hospital do Grupo II



COMISSÃO DE ÉTICA



Título do Projeto: Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Capacitação do Doente com Acidente Vascular Cerebral

Nome: Gonçalo José da Guerra Costa Pedro (Enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente)

Instituição: Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Enquadramento Académico: Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem de Reabilitação

Com base nos documentos apresentados

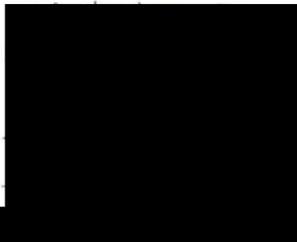
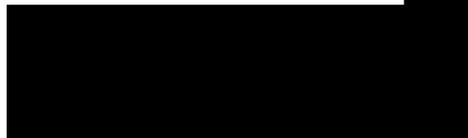
- Estão definidos os critérios de inclusão Sim
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes Sim

Parecer da Comissão de Ética

Favorável

Condicional

Data: 11/11/2021



Anexo III – Instrumentos de Avaliação do Projeto de Intervenção

Escala de Coma de *Glasgow*

Variáveis		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Fonte: Menoita et al. (2012)

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

ESCALA DE NIHSS		
NIHSS	Identificação do Doente _____	
ESCALA	Data de Nascimento ____/____/____	
DE AVC	Serviço / Hospital _____	
	Data do Exame ____/____/____	Hora _____
Intervalo : <input type="checkbox"/> 0 horas <input type="checkbox"/> 2 horas após tratamento <input type="checkbox"/> 24 horas após início dos sintomas ± 20 minutos <input type="checkbox"/> 7-10 dias <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> Outros _____		
<p>-Execute os itens da escala de AVC na ordem correcta.</p> <p>-Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala.</p> <p>-Não volte atrás para alterar pontuações.</p> <p>-Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame.</p> <p>-As pontuações devem reflectir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele é capaz de fazer.</p> <p>-O clínico deve registar as respostas enquanto aplica a escala e deve trabalhar depressa. Excepto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que faça um esforço especial).</p>		
INSTRUÇÕES	DEFINIÇÃO DA ESCALA	PONTUAÇÃO
<p>1a. Nível de Consciência (NDC): O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como pensos ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o doente não faz nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa (para além de respostas reflexas).</p>	<p>0 = Acordado; responde correctamente.</p> <p>1 = Sonolento; mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage.</p> <p>2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).</p> <p>3 = Comatoso; Apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.</p>	
<p>1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correcta – não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreira de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o doente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0 = Resposta a ambas as questões correctamente.</p> <p>1 = Responde a uma questão correctamente.</p> <p>2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.</p>	
<p>1c. NDC Ordens: O doente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completa, devido à fraqueza muscular. Se o doente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos doentes com traumatismo, amputação ou outro impedimento físico, devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas correctamente.</p> <p>1 = Realiza uma tarefa correctamente</p> <p>2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente</p>	
<p>2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o doente tem um desvio conjugado do olhar, que é ultrapassado pela actividade voluntária ou reflexa, a pontuação será . Se o doente tem uma paresia de nervo isolada(III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os doentes com trauma ocular, pensos, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visuais devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para o outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.</p>	<p>0 = Normal</p> <p>1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal num ou em ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado.</p> <p>2 = Desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado não ultrapassados pela manobra oculocefálica.</p>	
<p>3. CAMPOS VISUAIS: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O doente pode ser encorajado mas basta identificar olhando para o lados dos dedos que mexem para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantopsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o doente recebe 1 e os resultados são usados para responder à questão 11.</p>	<p>0 = Sem défices campimétricos.</p> <p>1 = Hemianopsia parcial.</p> <p>2 = Hemianopsia completa.</p> <p>3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluído cegueira cortical).</p>	

INSTRUÇÕES	DEFINIÇÃO DA ESCALA	PONTUAÇÃO
<p>4. PARESIA FACIAL: Pergunte ou use gestos para encorajar o doente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria do esgar facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendem. Na presença de traumatismo/ penos na face, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais e simétricos. 1 = Paralisia facial central <i>minor</i> (apagamento de sulco nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia faciocentral evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superiores e inferiores da face).</p>	
<p>5. FORÇA MUSCULAR DOS MEMBROS SUPERIORES: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90º (se sentado) ou a 45º (posição supina). Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O doente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro, é que o item pode ser considerado como não testável (NT), e deve ser escrita uma justificação fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda, mantém o braço a 90º (ou 45º) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos, não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade, o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade, o braço cai logo, pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro superior esquerdo. 5b. Membro superior direito.</p>	
<p>6. FORÇA MUSCULAR DOS MEMBROS INFERIORES: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30º (teste sempre na posição supina). Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O doente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda, mantém a perna a 30º por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos, não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade, a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade, a perna cai logo, pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 6a. = Membro inferior esquerdo. 6b. = Membro inferior direito.</p>	
<p>7. ATAXIA DE MEMBROS: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se de que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedonariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou piélgico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não testável (NT), e deve ser escrita uma explicação fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em 2 membros. NT = Amputação ou anquilose, Explique: _____</p>	
<p>8. SENSIBILIDADE: Avalie a sensibilidade ou esgar facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo – membros superiores (excepto mão), inferiores (excepto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se puder ser claramente demonstrada. Deste modo, uma perda grave ou total da sensibilidade dos doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o doente não responde e está quadripiélgico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal, sem perda de sensibilidade. 1 = Perda de sensibilidade leve a moderada, o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente quando é tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total, o paciente não sente que é tocado na face, membro superior e inferior.</p>	

INSTRUÇÕES	DEFINIÇÃO DA ESCALA	PONTUAÇÃO
<p>9. MELHOR LINGUAGEM: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação de frases em anexo.</p> <p>A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objectos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso.</p> <p>O doente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3.</p> <p>O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p>0 = Sem afasia, normal.</p> <p>1 = Afasia leve a moderada, perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir de resposta do paciente.</p> <p>2 = Afasia grave, Toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas, necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada, o examinador assume a maior parte da comunicação, o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p>3 = Mutismo, afasia global, sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p>	
<p>10. DISARTRIA: Se se pensa que o doente consegue, obtém-se uma amostra do seu discurso pedindo-lhe para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Disartria leve a moderada, doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras e, na pior das hipóteses, pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p>2 = Disartria grave, a voz do doente é tão arrastada, na ausência de disfasia, ou em desproporção com a disfasia, que chega a ser ininteligível. Presença de mutismo ou anartria.</p> <p>NT = Entubado ou outra barreira física, explique.</p>	
<p>11. EXTINÇÃO E DESATENÇÃO (antigo neglect): A informação suficiente para a identificação de neglect pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o score é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de neglect visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade.</p> <p>1 = Desatenção visual, táctil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea numa das modalidades sensoriais.</p> <p>2 = Hemidesatenção ou limitações profundas para mais de uma modalidade, não reconhece a própria mão e orienta-se apenas para um lado do espaço.</p>	

Fonte: Unidade de AVC do Hospital do Grupo II

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

Nível	Comportamento	Descrição
I	SEM RESPOSTA	Ausência de resposta do doente a qualquer estímulo.
II	RESPOSTA GENERALIZADA	Reacção inconsistente e inapropriada do doente a estimulação não específica.
III	RESPOSTA LOCALIZADA	Resposta específica, mas não consistente, do doente aos estímulos.
IV	CONFUSO - AGITADO	Doente hiperactivo com redução grave da capacidade de processamento da informação.
V	CONFUSO-DESPROPOSITADO	Doente aparentemente alerta, não consegue responder a instruções simples de modo bastante razoável.
VI	CONFUSO-APROPRIADO	Doente evidencia comportamento dirigido, mas dependente da informação externa para orientação.
VII	AUTOMÁTICO-APROPRIADO	Doente aparentemente apropriado e orientado no hospital e no domicílio, cumpre automaticamente a rotina diária, com confusão mínima, ou nenhuma, e recorda-se vagamente das acções.
VIII	PROPOSITADO-APROPRIADO	Doente alerta e orientado, capaz de recordar acontecimentos passados e presentes, estando consciente e evidenciando comportamento adaptado.

Fonte: Adaptado de Simões (2011) e Varanda, Rodrigues & Costa (2015)

Escala de *Borg* Modificada

0	Absolutamente nada
0,5	Pouquíssima, quase nada
1	Muito pouca
2	Pouca
3	Média, regular
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito forte
8	
9	Muito, muito forte
10	Máxima

Fonte: Adaptado de Borg (1998)

Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC)

GRAU 1

Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso.

“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.

GRAU 2

Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.

“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.

GRAU 3

Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal.

“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.

GRAU 4

Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.

“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos”.

GRAU 5

Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.

“Estou sem fôlego para sair de casa”.

Fonte: Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2019)

Escala de *Lower*

5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência.
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade.
3/5	Raio de movimento completa apenas contra gravidade, não contra resistência.
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra a gravidade.
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento.
0/5	Sem contração muscular e sem movimento.

Fonte: Sousa (2013)

Escala de *Ashworth* Modificada

0	Tónus normal.
1	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no fim do movimento).
1+	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo 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: Sousa (2013)

Índice de Barthel

ESCALA DE BARTHEL							
Apelido _____ Nome _____		Idade _____		Sexo _____		NID □□□□□□□□	
Diagnóstico _____							
ÍNDICE DE BARTHEL							
SEMANA PÓS - AVC		1ª MÊS	4ª MÊS	12ª MÊS	24ª MÊS		
ITENS	Data	///	///	///	///	///	///
INTESTINO							
Controlo perfeito	10						
Problemas ocasionais	5						
Problemas habituais	0						
BEXIGA							
Controlo perfeito	10						
Problemas ocasionais	5						
Problemas habituais	0						
HIGIENE PESSOAL							
Barba/dentes/cabelo/face	5						
Dependente	0						
USO DA SANITA							
Independente	10						
Ajuda parcial	5						
Total dependente	0						
ALIMENTAÇÃO							
Independente	10						
Com ajuda (para cortar)	5						
Impossível	0						
TRANSFERÊNCIA LEITO - CR							
Independente	15						
Ajuda menor ou verbal	10						
Ajuda maior	5						
Dependente	0						
MOBILIDADE							
Independente	15						
Com ajuda	10						
Independente em CR	5						
Impossível	0						
ESTR							
Independente	10						
Ajuda moderada	5						
Impossível	0						
ESCADAS							
Independente	10						
Ajuda ou supervisão	5						
Impossível	0						
BANHO							
Independente	5						
Dependente	0						
TOTAL: (0 - 100)							

ESCALA DE INCAPACIDADE FUNCIONAL	
0	Sem sintomas
1	Sem incapacidade significativa. Capaz de realizar todas as actividades habituais.
2	Incapacidade ligeira. Capaz de cuidar das suas necessidades sem ajuda mas incapaz de desempenhar todas as actividades como anteriormente.
3	Incapacidade moderada. Necessita de alguma ajuda mas capaz de andar sem ajuda.
4	Incapacidade moderadamente grave. Incapaz de cuidar das suas necessidades corporais sem ajuda e incapaz de caminhar sem ajuda.
5	Gravemente incapacitado. Necessitando de cuidados de enfermagem constantes e de vigilância, acamado, incontinente.
6	Morte

Fonte: Unidade de AVC do Hospital do Grupo II

Anexo IV – Certificado de Participação nas “Primeiras Jornadas de Enfermagem de Reabilitação do CHUA: Transversalidade”

Certificado

Certifica-se que **Gonçalo José da Guerra Costa Pedro** participou nas 1^{as} *Jornadas de Enfermagem de Reabilitação “Transversalidade” do Centro Hospitalar Universitário do Algarve* que decorreram nos dias 22 e 23 de novembro de 2021, das 8h30 às 18h00, na Escola de Hotelaria e Turismo do Algarve.

Mariana Santos
Enfermeira Diretora do Centro
Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

Mariana Santos
Enfermeira Diretora