



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

Efectividade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Domicílio à Pessoa em Situação de AVC

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Autor: Rui Pedro Fernandes da Silva

Orientador: Professor Mestre José Lourenço

Co-orientador: Professora Doutora Maria João Esparteiro

2012/Março

DEDICATÓRIA

O autor dedica este trabalho á mulher PAULA, pelo seu apoio incondicional e às filhas MATILDE e CONSTANÇA, pela compreensão demonstrada.

AGRADECIMENTO

A elaboração deste relatório não teria sido possível sem a colaboração e apoio de várias pessoas, a quem aqui se quer expressar gratidão, pelo apoio, pela ajuda, pela compreensão e acompanhamento dado neste processo.

Ao professor Lourenço, pela disponibilidade e orientação dada ao trabalho.

A todos os enfermeiros cooperantes que orientaram os ensinamentos clínicos e com quem se partilhou momentos únicos e enriquecedores de aprendizagem.

Aos colegas de curso, pela partilha de momentos de aprendizagem, pelo apoio e compreensão em momentos difíceis.

Por fim, não se pode deixar de referir, quem mais partilhou as alegrias e os desalentos neste percurso de formação, a família, e, em particular, a mulher e as filhas, pelo seu apoio incondicional.

A TODOS MUITO OBRIGADO!

RESUMO

O presente relatório teve como objectivos, reflectir sobre processo de aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e analisar a efectividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio á pessoa em situação de AVC, recorrendo ás etapas da prática baseada na evidência e mobilizando a metodologia PICO.

A análise dos artigos seleccionados para a revisão sistemática da literatura, evidencia que os cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio promovem ganhos de independência no auto cuidado e nas capacidades da família/cuidador em cuidar, com implicações positivas na recuperação funcional e social da pessoa em situação de AVC. No entanto, não aprofunda alguns aspectos relacionados com a efectividade da reabilitação domiciliária, como sejam, o seu custo-eficácia, satisfação dos clientes /cuidadores, prevenção de complicações/reinternamentos, entre outros, que importa analisar, por forma a constituir a reabilitação no domicílio á pessoa em situação de AVC uma alternativa efectiva ás unidades de reabilitação institucionais.

PALAVRAS-CHAVE

Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Cuidados de Enfermagem; Efectividade

ABSTRACT

The objective of this report was to reflect on the process of skills acquisition of the specialist nurse in rehabilitation nursing as well analyzing the effectiveness of home rehabilitation nursing care for an individual in a CVA situation, using the evidence-based practice steps and mobilizing the PI[C]O methodology.

The analysis of selected articles for the systematic review of literature reveals that home nursing rehabilitation care promote independence gains in self care and in the ability of the family/caregiver to take care with positive implications on the functional and social recovery of the individual in a CVA situation. However, does not develop some aspects related to the effectiveness of home rehabilitation, such as its cost-effectiveness, customer/caregivers satisfaction, prevention of complications/rehospitalizations, among others, which must be analysed, in order to make home rehabilitation to an individual in a CVA situation an effective alternative to institutional rehabilitation units.

KEYWORDS

Rehabilitation; Cerebral Vascular Accident; Nursing Care; Effectiveness

INDICE

	p.
0-INTRODUÇÃO	9
1-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	11
2- ESTÀGIO II- PRÁTICA CLINICA	15
2.1- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	16
2.1.1- Domínios das competências comuns do enfermeiro especialista	16
2.1.2- Domínio de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	20
3-PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	26
3.1-ENQUADRAMENTO TEORICO DA PROBLEMÁTICA	27
3.1.1- Pessoa/Família em Situação de AVC	28
3.1.2- Processo de Reabilitação á Pessoa em Situação de AVC	29
3.1.3- Cuidado Domiciliário	33
3.2- METODOLOGIA DE PESQUISA	34
3.3- ANÁLISE DOS ARTIGOS	35
3.3.1- Estudos Seleccionados	36
3.3.2- Análise Critica das Evidências Encontradas	37
4- CONCLUSÃO	40
5-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÀFICAS	41
ANEXOS	47
Anexo I – Projectos de estágio	48
Anexo II- Momentos formativos	49
Anexo III- Critérios de inclusão/ exclusão para selecção dos artigos a analisar	50
Anexo IV- Resultado da pesquisa de artigos, segundo os diferentes descritores	52
Anexo V- Tabela de análise do artigo “Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico”	54
Anexo VI- Tabela de análise do artigo “Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review”	56
Anexo VII- Tabela de análise do artigo “Home-based rehabilitation for people with stroke: an evaluation of efficacy ”	58

INDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Critérios de inclusão/ exclusão para selecção dos artigos a analisar

INDICE DE TABELAS

Tabela nº1- Numero de artigos pesquisados na plataforma de pesquisa, em *full text*, publicados entre 2007 e 2011

Tabela nº2- Numero de artigos pesquisados na plataforma de pesquisa, em *full text*, publicados entre 2007 e 2011, resultantes do cruzamento entre descritores

Tabela nº3 - Tabela de análise do artigo “Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico”

Tabela nº4 - Tabela de análise do artigo “Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review”

Tabela nº5 - Tabela de análise do artigo “Home-based rehabilitation for people with stroke: an evaluation of efficacy ”

SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral
AVD's- Actividades de Vida Diária
CHON- Centro Hospitalar Oeste Norte
EDHR- Early Discharge at Home
EER-Enfermeiro Especialista de Reabilitação
ER- Escala de Rankin
ESSS- Escola Superior de Saúde de Santarém
ESUS- Extended Stroke Unit. Services
EUSI- European Stroke Initiative
MIF- Medida de Independência Funcional
NIHSS-National Institute of Health Stroke Scale
IB-Índice de Barthel
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PICO- População Intervenção Comparação Outcome
RNCCI- Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados
URL- Uniform Resource Locator

ABREVIATURAS

ed.- edição
nº- número
p.-página
vol.-volume
T6- sexta vértebra torácica

0-INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém prevê, no seu plano de estudos da unidade curricular estágio II e relatório, a elaboração de um relatório para discussão final, elaborado ao longo do estágio e que será objecto de apreciação e discussão pública.

Preconiza-se que o relatório traduza aprendizagens significativas, partindo de um projecto individual de estágio que revele um processo de pesquisa sistemática e de reflexão na prática clínica, de acordo com a perspectiva de enfermagem avançada. Neste sentido, relatório assume, a expressão de uma reflexão pessoal baseada na pesquisa efectuada e enriquecido pela análise de situações vivenciadas no decorrer da prática clínica.

Na elaboração do relatório foram considerados os objectivos e competências delineados para a unidade curricular de ensino clínico, assim como as competências do enfermeiro especialista e, em especial, as do enfermeiro especialista de reabilitação, publicadas recentemente. (REGULAMENTO nº125/2011)

O relatório será constituído por duas partes, uma inicial analítica e reflexiva da prática clínica, referindo os contextos onde esta decorreu, alguns dos objectivos que o mestrando se propôs alcançar, dificuldades sentidas, estratégias adoptadas, evidenciando uma situação singular da prática clínica susceptível de ser alterada com o recurso a uma revisão sistemática, mobilizando assim uma perspectiva de enfermagem avançada, a qual constitui a segunda parte do relatório.

Pretende-se que o relatório, evidencie um conhecimento especializado na área da enfermagem de reabilitação, que permita sensibilizar quem com ele contacte, para melhorar o estado da *ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem*. (HESBEEN, 2003,p.52)

A adopção de uma concepção teórica para o exercício da enfermagem de reabilitação, está presente, considerando o quadro de referências ligado á profissão de enfermagem, a sua história, as classificações internacionais, os enunciados da Ordem dos enfermeiros, crenças e valores. A intervenção do enfermeiro de reabilitação á pessoa /família em situação de AVC, remete para um modelo teórico, mais propriamente, a Teoria do Auto cuidado de Dorothea Orem, uma vez que este, optimiza a qualidade do exercício profissional do enfermeiro especialista de reabilitação (EER). Neste modelo os enfermeiros de reabilitação põem de parte o controle do doente e apoiam a aquisição de competências, permitindo o retorno ao auto-cuidado. (HOEMAN, 2011)

Nos contextos da prática Clínica- Estágio II que o relatório aborda, maioritariamente prestou-se cuidados a pessoas com alterações neurológicas não traumáticas e com repercussões de funcionalidade ao nível motor e sensorial.

Na revisão sistemática da literatura, optou-se por particularizar a pessoa/família em processo de transição devido ao AVC, uma vez que enquadra uma situação neurológica não traumática com repercussões funcionais ao nível motor e sensorial, pela sua importância enquanto entidade clínica, pelas repercussões que tem na pessoa/ família e sociedade e pelo interesse pessoal e experiência do autor, adquirido ao longo de vários anos numa unidade de AVC de um serviço de medicina interna.

Define-se como objectivos gerais para este relatório:

- Analisar o processo de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, ao longo do estágio II- prática clínica.

- Aprofundar o conhecimento sobre a efectividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio à pessoa em situação de AVC, através da revisão sistemática da literatura, utilizando a evidência científica

Como objectivos específicos:

- Analisar as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, desenvolvidas na prática clínica-estágio II;

- Enquadrar a prática clínica desenvolvida baseada na evidência, com recurso à metodologia científica;

- Fundamentar uma situação singular de cuidar, com recurso à revisão sistemática da literatura, com formulação de uma questão em formato PICO;

- Avaliar a efectividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de AVC, em contexto domiciliário;

Com este relatório pretende-se dar visibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa/ família em situação de AVC, no contexto domiciliário, referindo os ganhos para a saúde, que esta promove.

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Cuidar, ou tomar conta da vida, está na génese de todas as culturas, como refere Collière (2003). A autora afirma que o cuidado não é algo estandardizado, uniforme e adquirido; cuidar é contextualizar, adequar e individualizar: *cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida... estimular, desenvolver capacidades... manter, conservar, compensar o que não está bem..., supõe interrogar-se acerca do que deve ser acompanhado, ou seja, situar o que torna os cuidados necessários.* (Collière, 2003,p.134)

A ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2002) definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, onde formulou os conceitos meta-paradigmáticos (metaparadigmas) da enfermagem presentes nos modelos conceptuais.

A **Saúde** é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz, no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural. (OE, 2002, p.6)

A **Pessoa**, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual, o que pressupõe que cada um de nós vivencia um projecto de saúde.

O **ambiente** no qual as pessoas vivem condiciona e influencia não só a estrutura e função do corpo, mas também o desempenho em executar acções e tarefas enquanto membro da sociedade. Na prática clínica dos enfermeiros de reabilitação os factores ambientais são alvo de uma atenção particular, participando activamente na definição de estratégias que promovam plena integração da pessoa com deficiência (O.E, 2011)

Recentemente, a O.E (2011) elaborou uma proposta de padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de Reabilitação, onde refere que **pessoa com necessidades especiais ou actividade limitada** é a pessoa ao longo do ciclo vital impossibilitada de executar independentemente e sem ajuda actividades humanas básicas ou tarefas como resultado da sua condição de saúde ou deficiência física, mental, cognitiva ou psicológica de natureza permanente ou temporária... (OE, 2011,p.3).

Considera-se pessoa **com deficiência**, a pessoa que por motivo de perda ou anomalia congénita ou adquirida, de funções ou estruturas do corpo, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas ... (O.E, 2011, p.3).

Os **cuidados de Enfermagem de reabilitação** constituem uma área de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Têm por foco de atenção a manutenção e promoção de bem-estar e da qualidade de vida, a

recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do auto-cuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (O.E, 2011).

Os **enunciados descritivos** de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros explicitam os diferentes aspectos do mandato social da profissão, ajudando a precisar o papel dos enfermeiros junto do público em geral. Todas as categorias dos enunciados são relevantes, no entanto, alguns convergem mais com a missão da enfermagem de reabilitação: **bem-estar, auto-cuidado, readaptação e reeducação funcional.**

O **enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação** visa com a sua intervenção, promover o diagnóstico precoce e acções preventivas, com vista a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes¹, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como, proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instalada. (REGULAMENTO nº125/2011)

Hoeman (2011), afirma que **enfermagem de reabilitação** é um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estadio da doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação da pessoa a um novo estilo de vida. Desenvolve-se desde ...a prevenção primária (promoção da saúde, educação e protecções específicas), secundária (intervenções para diagnóstico e tratamento precoce), sendo o sustentáculo da intervenção terciária na comunidade e nas transacções ao longo da vida, (intervenções para restauração e reabilitação, com vista ao melhor nível de independência e qualidade de vida).

A reabilitação procura contrariar o fenómeno da cronicidade, evitando que se torne numa desvantagem, e os seus objectivos são analisar, suprimir, atenuar e ajudar a ultrapassar os obstáculos que geram desvantagem. Para os alcançar utiliza três meios: a reeducação funcional, a reinserção social e a reintegração escolar ou profissional. (HESBEEN, 2003).

HESBEEN (2003) refere que a finalidade da reabilitação só pode ser alcançada através de um projecto de cuidados realista e de conjunto. Implica que mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de o melhorar e de o ajustar às situações. Este olhar ultrapassa o que os olhos podem ver, demonstra o interesse real pela pessoa do outro. Neste sentido, a reabilitação é um processo criativo que exige uma equipa de profissionais de saúde coesa com um forte trabalho de equipa.

Segundo (FARO, 2006 [URL http:// www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)) o **processo de reabilitação** requer a utilização de técnicas e acções interdisciplinares, bem como o esforço conjunto de todos os profissionais e familiares, que têm como objectivo comum a melhoria e/ou reabilitação das funções diminuídas ou perdidas, com vista a preservar a capacidade de viver de cada pessoa. Este processo encerra componentes atitudinais, psicológicas, sociais e espirituais, económicas e políticas, sendo considerado muitas vezes como um desafio.

¹ No texto utiliza-se o termo cliente como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem. Cliente-pessoa, cliente-família ou cliente comunidade

Para HOEMAN (2000), a **reabilitação** baseia-se em fundamentos teóricos e científicos, na medida em que trabalha com os clientes no intuito de definir objectivos para níveis máximos de independência funcional nas actividades de vida diária, promover o auto cuidado, prevenir complicações e posterior deficiência, reforçar comportamentos de adaptação positiva, assegurar acessibilidade e a continuidade de cuidados e serviços advogando uma melhoria na qualidade de vida.

A teoria do défice de Auto-Cuidado de Orem para a enfermagem, é composta por três sub-teorias: a teoria do auto-cuidado, a teoria do défice de auto-cuidado e a teoria do sistema de enfermagem. Para esta teórica, um objectivo de enfermagem é assistir os doentes nas suas necessidades de auto-cuidado e permitir o retorno ao auto-cuidado. Assim, as intervenções de enfermagem relacionadas com o auto-cuidado podem ser plenamente compensatórias (quando o ser humano está incapacitado de cuidar de si mesmo, e a enfermeira substitui-o), parcialmente compensatórias (quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de acções terapêuticas de auto cuidado) e de suporte educativas (quando o indivíduo necessita de ajuda sob a forma de apoio, orientação e ensino). (HOEMAN, 2011)

OREM (1980), define auto cuidado como sendo a prática de actividades que o indivíduo inicia e desempenha, em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. A autora, refere que as actividades do auto cuidado podem ser ensinadas numa unidade de reabilitação ou no domicílio ao utente e família ou cuidador informal.

O Modelo de OREM (1980) tem como pressupostos:

- Os requisitos/necessidades de auto-cuidado são universais (actividades de vida ou necessidades humanas básicas relacionadas com processos de funcionamento e de vida).

- Os défices de auto-cuidado estão associados a necessidades de desenvolvimento ou a desvios de saúde;

- Há sempre défice de auto-cuidado, quando a exigência é maior que a capacidade para o satisfazer;

- A enfermagem ajuda as pessoas, fazendo por elas, ensinando, orientando, apoiando e proporcionando condições ao seu desenvolvimento;

Conceitos relacionados com cuidados de enfermagem de reabilitação que importa igualmente conceptualizar são os de qualidade de vida, efectividade e acessibilidade.

Segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS, 1998, WWW <URL http://www.who.int/mental_health/media/), qualidade de vida é a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, tendo em conta as suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações.

Para GODINHO (2010,URL: <<http://www.acessibilidade.net/web/>>), acessibilidade consiste na facilidade de acesso e de uso de ambientes, produtos e serviços por qualquer pessoa e em diferentes contextos. Envolve o design inclusivo, oferta de um leque variado de produtos e serviços que cubram as necessidades de diferentes populações (incluindo produtos e serviços de apoio), adaptação, meios alternativos de informação, comunicação, mobilidade e manipulação.

A enfermagem de reabilitação constitui uma área de intervenção clínica reconhecida, que dá resposta a necessidades concretas da população, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde. Neste sentido, a monitorização desses ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação constitui uma prioridade (O.E, 2011).

Os enfermeiros especialistas de reabilitação, ao demonstrarem que as suas intervenções são efectivas, que produzem efeitos nas pessoas, com ganhos de saúde na autonomia e independência destas, com repercussões económicos e sociais positivas, estão a pôr em evidência a efectividade dos seus cuidados.

A efectividade está relacionada com os resultados obtidos na prática, por uma qualquer medida ou programa, é a medida concreta do resultado das intervenções de enfermagem implementadas, comparativamente àqueles que os “standards” apontam com base na evidência empírica. (AMARAL, 2010)

CANEDAS, FERNANDES, ALMEIDA e MUGNOL (2006) referem que a utilização de escalas de compromisso neurológico é importante na avaliação de novos tratamentos, no acompanhamento da evolução clínica e na adopção de decisões terapêuticas. Para os autores, as versões em português da Escala de Rankin (ER), Índice de Barthel (IB) e a National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) apresentam adequada confiabilidade.

A utilização de escalas de avaliação da funcionalidade são instrumentos que dão visibilidade aos cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação e que permitem demonstrar ganhos para a saúde. Para além das já referidas, a MIF e o índice de KATZ são igualmente de considerar pela facilidade de utilização.

2-ESTÁGIO II- PRÁTICA CLÍNICA

O ensino clínico apresenta-se como uma componente formativa essencial para se adquirirem conhecimentos, capacidades e habilidades profissionais. Neste processo de aquisição de competências, foram tidas em conta as competências comuns do enfermeiro especialista definidas no REGULAMENTO nº 122/2001, assim como as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, definidas no REGULAMENTO nº125/2011.

Foram igualmente considerados os objectivos da ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM (ESSS, 2010) para o seu 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para a unidade curricular de ensino clínico:

- Demonstrar competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem. (ESSS, 2010 p.1)

O estágio II a que se refere o relatório decorreu em contextos hospitalares, em serviços de pessoas com alterações neurológicas (traumáticas e não traumáticas) e outras (opcional), específicas de enfermagem de reabilitação.

O estágio dividiu-se em três blocos, por um período de quatro semanas cada bloco, com uma carga horária de 35 horas semanais. Dois dos blocos decorreram no Centro Hospitalar Oeste Norte (C.H.O.N), no Hospital Bernardino Lopes Oliveira, em Alcobça, no serviço de medicina, em contexto de pessoas com alterações neurológicas não traumática, e outro nos serviços de urgência e cirurgia, sendo este o contexto de opção. Um terceiro bloco decorreu no Centro de Medicina Física e Reabilitação do Centro – Rovisco Pais, na Tocha, em contexto de neurologia traumática, no serviço de lesionados vertebro-medulares.

A opção por dois serviços do C.H.O.N para prática clínica foi intencional, pois é a instituição onde o autor do relatório desempenha funções, onde é reconhecido na instituição o trabalho desenvolvido por ambos os enfermeiros especialistas, com larga experiência na área da enfermagem de reabilitação.

A escolha do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Centro – Rovisco Pais, na Tocha - prende-se com o interesse em conhecer o trabalho desenvolvido neste centro de Reabilitação ao mais alto nível, com enfoque no trabalho específico do enfermeiro especialista de reabilitação.

Para a aquisição de competências técnicas e científicas adequadas à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, elaborou-se um **projecto individual** de trabalho para cada ensino clínico, negociado com os enfermeiros cooperantes (especialistas em enfermagem de reabilitação) responsáveis dos contextos da prática clínica e com o professor orientador, com recurso à orientação tutorial. (ANEXO I)

O projecto surge como um desejo, uma oportunidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação.

Para HONORÉ *projecto é o trabalho preparatório, o esboço, a representação antecipada do que se quer fazer. Incluindo os meios para o atingir* (2002, p.163). Para o autor projecto implica a ligação de três aspectos: a experiência, a acção e o futuro.

O projecto serve assim para transmitir uma intenção de aprendizagem que decorrerá com a prática clínica, orientado para actividades a promover e a desenvolver, tendo em vista um resultado final, definido e esperado, a explicitar neste relatório.

2.1- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ser **enfermeiro especialista** é possuir *um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.* (Regulamento nº 122/2011)

Competências que são definidas por DIAS (2006) como o saber metodologicamente reflectido nas práticas singulares de bons profissionais.

Para a aquisição de competência científica, técnica, humana e cultural adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da reabilitação, foi delineado um conjunto de actividades a desenvolver durante o ensino clínico

2.1.1- Domínio de competências comuns do enfermeiro especialista

De acordo com o regulamento nº 122/2011, são domínios das competências comuns do enfermeiro especialista:

> **Competências da Melhoria Contínua da Qualidade e da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.**

Com o objectivo de participar na formação contínua dos contextos da prática clínica, foram elencadas as seguintes actividades:

- Avaliação das necessidades de formação em cada contexto, tendo em vista a participação do enfermeiro de reabilitação na actualização científica e formação em serviço;
- Aprofundamento do conhecimento, recorrendo às bases de dados científicos;

Visando intervir na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem dos contextos onde decorreu a prática clínica do estágio II, no início de cada bloco de estágio aferiu-se com o enfermeiro cooperante se haveria alguma temática que fosse importante abordar ou desenvolver no serviço. Outras temáticas abordadas surgiram da prática clínica diária e de necessidades identificadas na interacção com a pessoa/família em situação de doença. Qualquer dos momentos de formação foi realizado em parceria com um outro mestrando em enfermagem de reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Santarém, em estágio na instituição ou no serviço.

No contexto de pessoas com alterações neurológicas não traumáticas, serviço de medicina, foi realizada uma sessão clínica **“Afasia – uma barreira à comunicação”** dirigida aos enfermeiros do hospital de Alcobaça, com o objectivo de sensibilizar para a problemática, dando estratégias para melhorar a comunicação entre a pessoa afásica e o enfermeiro. Foi também elaborado um folheto sobre a mesma temática, este dirigido à pessoa/família com afasia. A temática surge da interacção com uma pessoa em situação de AVC, com afasia global e com dificuldades no estabelecimento da comunicação e que motivavam grande angústia na família. Ainda neste hospital, no contexto opcional-serviço de urgência e cirurgia, efectuaram-se dois folhetos **“Doente com AVC- guia para o cuidador”** e **“Exercício físico no idoso”**. O primeiro decorre da dificuldade em promover competências á família/cuidador, e de um caso pragmático de uma cliente idosa internada no serviço de cirurgia com um status de AVC, em que o seu cuidador no domicílio (marido), evidenciava vontade na aquisição de competências, uma vez que, as que tinha eram poucas e algumas das quais erradas. O conhecimento dos efeitos da imobilidade e da inactividade sobre o sistema musculoesquelético, permite que os idosos constituam uma população de alto risco devido às alterações fisiológicas, e, foram alguns casos verificados no serviço de cirurgia que deram origem ao folheto.

Por último, no contexto de pessoas com alterações neurológicas traumáticas- serviço de lesionados vertebro-medulares, após uma avaliação das necessidades de formação do serviço em conjunto com a enfermeira chefe e cooperante, considerou-se a abordagem da temática da **“Disreflexia Autónoma”** uma temática pertinente. Para o efeito, foi elaborado um poster para fixar no serviço e também um folheto sobre a mesma temática, com um destacável [Cartão de alerta] para a pessoa, com lesão medular acima de T6 guardar junto dos seus documentos de identificação pessoal, onde é referido que se trata de uma situação de emergência médica, como actuar e a medicação recomendada para o efeito. Todos os momentos formativos estão em anexo ao relatório. (ANEXO II)

Foram mobilizados os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares da componente teórica do mestrado de especialização em enfermagem de reabilitação e aprofundados sempre que necessário recorrendo às bases de dados científicos da Scielo e da plataforma Ebscho, de forma a construir uma praxis clínica especializada, baseada em conhecimentos e padrões sólidos. A necessidade em aprofundar conhecimentos, surge das dúvidas que se colocam na prática clínica diária, na avaliação da pessoa com alterações neurológicas/ neurológicas-traumáticas, no planeamento da reabilitação de um cliente recém

amputado, a fim de o preparar para a colocação de uma ortotese, foram alguns dos aspectos que se recordam.

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, com o desenvolvimento da vertente técnica, esteve presente em todos os contextos, inicialmente em conjunto com enfermeiro cooperante e de uma forma progressivamente autónoma, à medida que se estabelecia uma relação de confiança no trabalho que o mestrando desenvolvia, nunca descurando a vertente humana, cultural e ética, promovendo uma prática profissional que respeita os direitos humanos e a responsabilidade profissional, assegurando um ambiente terapêutico e seguro.

> **Competências da Gestão de Cuidados**

Para alcançar competências neste domínio foram definidas algumas actividades:

- Conhecimento do espaço físico dos serviços, dos elementos das equipas transdisciplinares e recursos disponíveis nos mesmos (técnicos e materiais);
- Consulta de manuais, normas e protocolos existentes, com ênfase nas actividades de reabilitação;
- Observação da interligação do trabalho do enfermeiro de reabilitação com os diversos elementos da equipa transdisciplinar;
- Identificação dos instrumentos de avaliação e registo de enfermagem de reabilitação;
- Análise dos diversos momentos de cuidados de enfermagem de reabilitação na prática clínica e estabelecimento de prioridades, de forma a adquirir uma organização eficiente do trabalho;
- Gestão racional dos recursos disponíveis nos serviços;

O reconhecimento do espaço físico dos contextos clínicos, seus recursos técnicos e materiais, bem como dos elementos que compõem as equipas transdisciplinares, foi uma preocupação nos primeiros dias de estágio, de forma a integrar rapidamente e na plenitude a equipa de saúde, dado que os estágios tinham uma duração de quatro semanas. A consulta de manuais e normas dos serviços, assim como os instrumentos de avaliação e de registo de reabilitação, mereceram uma atenção especial, uma vez que permitem a familiarização com metodologias de trabalho, algumas específicas de cada contexto. Como futuro especialista, conhecer a dinâmica de trabalho do enfermeiro especialista de reabilitação, a forma como se interliga na equipa, o reconhecimento do seu papel inter-pares, é um aspecto que se reveste de grande importância, uma vez que o enfermeiro de reabilitação deve ser um elemento “pivot” na equipa de saúde, concebendo e implementando técnicas mais adequadas à prevenção e ao processo de recuperação funcional.

Nos dois serviços do Centro Hospitalar Oeste Norte, onde se desenvolveu estágio, existe apenas um enfermeiro especialista de reabilitação, em cada, que desempenham funções de enfermeiro especialista e de coordenação do serviço na ausência da chefia. O reconhecimento e valorização do seu papel era evidente, inter-pares e no seio da equipa de saúde.

No Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro, Serviço de Lesionados Vertebro Medulares, são alguns os enfermeiros especialistas de reabilitação por turno, não exercendo funções distintas, dos restantes enfermeiros do serviço, o que origina menos empenho e motivação por parte de alguns. Tal facto promove pouca visibilidade ao papel do enfermeiro de reabilitação perante os clientes, equipa de saúde e até na organização de saúde.

Nesta instituição, o enfermeiro de reabilitação tem de “chamar” à sua responsabilidade algumas das áreas da reabilitação, dando visibilidade à sua intervenção através da implementação de um plano de enfermagem de reabilitação individualizado para cada pessoa, com registos que mensurem ganhos de saúde. O Regulamento nº 125/2011 é muito explícito ao afirmar que *o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.*

Na proposta dos padrões de qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem de reabilitação, o enunciado referente à eficácia da organização dos cuidados (OE, 2011; p.15) realça a importância de *um sistema de registos que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem de reabilitação do cliente, as intervenções de enfermagem de reabilitação e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem de reabilitação a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia e qualidade de vida).*

No desempenho diário das actividades específicas de enfermagem de reabilitação, efectuou-se uma gestão eficiente dos cuidados, procurou-se estabelecer prioridades, integrar e complementar os cuidados da equipa de saúde, gerir os recursos disponíveis de forma racional, não desperdiçando material e equipamento, otimizando assim as respostas da equipa multidisciplinar/transdisciplinar.

> Competências das Aprendizagens Profissionais

Para a aquisição de competências neste domínio, seleccionaram-se algumas actividades, centradas na reflexão sobre o processo de aprendizagem realizado no decorrer do ensino clínico:

- Reflexão crítica individual centrada em aprendizagens significativas;
- Elaboração de um relatório do contexto clínico;
- Realização da auto e heteroavaliação com o enfermeiro cooperante;

A reflexão na acção e sobre a acção torna o profissional mais consciente de si, das suas acções, autocriticando-se e superando-se, através da compreensão e melhoria da sua praxis.

Como refere HESBEEN (2003), *os enfermeiros são profissionais de cuidados cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo cuja expressão não reside apenas no acto praticado, mas também na capacidade de ir de encontro ao outro, a fim de caminhar com ele no sentido de uma saúde melhor, no sentido de um equilíbrio que ele tenta recuperar* (2003;p.37).

A especialização em enfermagem de reabilitação constitui um contributo para aumentar o conhecimento profissional, permitindo uma visão mais alargada sobre a arte do cuidar.

HESBEEN (2003) refere que as especializações só têm verdadeiro interesse para os que exercem a arte do cuidar, na medida em que se estabelece uma relação permanente entre a área especializada estudada e a complexidade das situações humanas encontradas.

No decorrer do estágio II, foram vários os momentos de reflexão com os enfermeiros cooperantes, de uma forma informal, sobre ao que até então tinha sido dado mais ênfase, facilidades e dificuldades sentidas, de forma a estruturar e a sedimentar o conhecimento enquanto futuro enfermeiro especialista de reabilitação. Permitiu direccionar a aprendizagem para áreas onde o mestrando pretendia reforçar a sua aprendizagem, aproveitando assim, todas as oportunidades e potencialidades do campo de estágio.

Para cada contexto de prática clínica do estágio II foi elaborado um projecto de estágio na 1ª semana e um relatório de contexto no final, que aqui se procura congrega num único documento reflexivo e analítico das aprendizagens significativas. A avaliação formal foi muito positiva, tendo parecido ir ao encontro da forma e nível como o desempenho da prática clínica decorreu. A disponibilidade e abertura evidenciadas pelos enfermeiros cooperantes e o empenho do mestrando foram aspectos salientados.

2.1.2- Domínio de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento nº125/2011):

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

J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

J3- Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

As competências acima descritas relacionam-se entre si e complementam-se, pelo que, para facilitar a sua abordagem, foram analisadas em conjunto.

No intuito de alcançar estas competências específicas foram gizadas as seguintes actividades:

-Avaliação de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade, utilizando escalas e instrumentos para o efeito;

- Identificação do projecto de vida da pessoa/família;

- Planeamento e prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, personalizados e diferenciados aos vários níveis de prevenção, na promoção da autonomia e independência funcional, minimizando o efeito das deficiências ou desvantagens apresentadas ou adquiridas;

- Avaliação e reformulação das intervenções implementadas, em função dos resultados obtidos, com os enfermeiros cooperantes e equipa transdisciplinar;

- Orientação e participação da pessoa/família/cuidador no processo de cuidados no âmbito da reabilitação;

- Promoção de uma adequada preparação e planeamento da alta do cliente, assegurando a continuidade de cuidados de reabilitação;

Na prática clínica que se relata encontraram-se pessoas com elevados défices de mobilidade e autonomia, motivados por duas razões fundamentais: à doença (acidentes vasculares cerebrais, traumatismos craneoencefálicos/vertebromedulares, pneumopatias, etc...) e ao estágio no ciclo vital (pessoas idosas, acamadas, etc...).

Os contextos clínicos permitiram realizar a avaliação física através de observação, palpação e auscultação foi concretizada com especial ênfase nesta última, sendo complementada com a observação de exames complementares de diagnóstico. Permitiram ainda desenvolver competências de avaliação do estado de consciência, sensibilidades superficiais e profundas, pares cranianos, pupilas, reflexos, equilíbrio, força muscular e o tônus muscular. Nas avaliações foram utilizados instrumentos e escalas disponíveis, como as escalas de Glasgow, Lower, Council, Ashworth, Ásia Impairment Scale e medida de independência funcional (MIF).

As competências de avaliação revelaram-se fundamentais no diagnóstico de enfermagem face a alterações que determinam limitações e incapacidades a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade.

Efectuaram-se planos de intervenção com prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação personalizados, dirigidos:

☞ Ao Compromisso do padrão respiratório (realização de exercícios de reeducação funcional respiratória e drenagem postural);

☞ Ao compromisso da mobilidade: prevenir síndrome de imobilidade, posicionamento/alternância de decúbito (posicionamento em padrão anti-espástico), realização de actividades terapêuticas (rolar, ponte, facilitação cruzada, treino de equilíbrio, auto-mobilização), exercícios de mobilidade articular (mobilizações activas/ assistidas e passivas, polissegmentares), treino de marcha com produtos de apoio, etc.

☞ Ao compromisso da autonomia (treino de actividades de vida diária -vestuário, higiene pessoal, alimentação e transferências) com ensino de estratégias/ produtos de apoio com vista à aquisição de independência funcional;

☞ Ao Compromisso da eliminação intestinal e vesical: reeducação vesical e intestinal (algáliação em drenagem livre, programa de cateterismo intermitente/autoesvaziamento, programa de esvaziamento sem cateter, programa de esvaziamento intestinal/treino intestinal);

☞ Compromisso da resposta sexual na pessoa com lesão medular (reeducação para o acto sexual) contribuindo para o esclarecimento de dúvidas e aconselhamento sério da pessoa e parceiro(a).

Efectuou-se a avaliação dos resultados dos cuidados de reabilitação com os enfermeiros cooperantes dos contextos clínicos, de uma forma contínua e construtiva, o que permitiu reformular os planos de intervenção de enfermagem de reabilitação, estruturar e sedimentar o conhecimento.

Na prática clínica, a interacção diária com a pessoa/família em situação de doença permite ao enfermeiro especialista identificar factores de risco, esclarecer dúvidas e realizar educação para a saúde dirigida às verdadeiras necessidades de ambos, como refere o Regulamento nº125/2011, na competência J3, *-Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa*, explicitado no critério de avaliação J3.1.2- *Ensina instrui e treina técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio respiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa*.

Relativamente à pessoa/cliente, este aspecto foi concretizado, uma vez que é na interacção diária que se obtém a confiança e o empenho da pessoa, promovendo ao máximo a sua autonomia e recuperação.

Quanto à família/cuidador, esse processo foi mais difícil, pois os internamentos, cada vez mais curtos, e os horários de visitas pouco flexíveis, são aspectos que estão relacionados com uma cultura onde o hospital está pouco aberto ao exterior.

A este propósito, MARTINS (2002) refere, num estudo que efectuou em Portugal, que o tempo médio de internamento de uma pessoa em situação de AVC se situa entre os 11 e os 15 dias.

Nesta sequência, um dos desafios que se coloca aos profissionais de saúde, e em particular aos enfermeiros de reabilitação, é o reconhecimento e consideração das competências dos cuidadores, pois só assim se poderão criar parcerias válidas entre serviços e famílias que permitam manter um plano de reabilitação minimamente adequado após a alta, para que não haja retrocesso no processo de reabilitação.

No REGULAMENTO nº125/2011, que define as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, refere-se que este deve utilizar técnicas específicas de reabilitação, intervém na educação dos clientes e pessoas significativas (*J2.1.1- ensina a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado*), no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim o direito à dignidade e à qualidade de vida.

Corroborando esta ideia, MARTINS (2002) concluiu, que a maior parte dos familiares (71,35%) de pessoas com AVC não tinha sido sujeita a ensino de competências.

Na prática clínica que se descreve e analisa procurou-se otimizar este aspecto com a elaboração de folhetos (ANEXO II), onde se compilava um conjunto de informação pertinente e importante, dirigidos à pessoa/família, com a desvantagem de se estar a instruir sem poder complementar com o respectivo treino.

MARTINS (2002) afirma que o desenvolvimento dos cuidados, com e para a pessoa em situação de AVC, não podem deixar de lado a família. O tempo de internamento é variável, devendo voltar ao lar o mais rapidamente possível. Raros são os casos em que no momento da alta não necessitam de ajuda no seu autocuidado universal e no autocuidado terapêutico.

Ao longo do ensino clínico, informou-se e instruiu-se a pessoa a quem se prestou cuidados sobre estratégias adaptativas (eliminação de barreiras arquitectónicas, aquisição de produtos de apoio, etc.), procurou-se conhecer o seu projecto de vida, adequar o programa de reabilitação e motivar para a colaboração no mesmo.

Os **Produtos de apoio** que fazem parte das estratégias adaptativas, anteriormente designados de ajudas técnicas, são "...qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível, que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação (INSTITUTO NACIONAL REABILITAÇÃO, 2011, [URL:http://www.inr.pt](http://www.inr.pt)).

O Regulamento nº125/2011 atribui ao enfermeiro especialista de reabilitação intervenção/competências específicas na área dos produtos de apoio, nomeadamente:

-J1.2.4-Seleciona e prescreve produtos de apoio ajudas técnicas e dispositivos de compensação;

-J2.1.2- Realiza treino específico de AVD's, utilizando produtos de apoio;

-J2.1.3- Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.

Uma actividade difícil de operacionalizar nos contextos clínicos, foi a preparação do regresso a casa e a promoção da continuidade de cuidados de reabilitação à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular.

A este proposito MARTINS (2002) refere que, pela natureza das deficiências, incapacidades e desvantagens que apresentam, as famílias da pessoa em situação de AVC deveriam ser treinadas antes da alta hospitalar, de forma a manter todo o programa de reabilitação.

As altas clínicas, como atrás foi referido, tendem a ser precoces, verificando-se pouca planificação/preparação para a reintegração da pessoa com AVC no seu ambiente sócio-familiar. No entanto, para MAYO; WOOD-DAUPHINEE; CÔTÉ; GAYTON; CARLTON; BUTTERY; TAMBLYN, (2000) a hospitalização prolongada pode ser prejudicial para as pessoas com AVC, uma vez que pode promover relações de dependência, isolamento social e imobilidade.

A O.E., ao referir os padrões de qualidade de cuidados, refere o enunciado descritivo bem-estar e auto-cuidado dos clientes e dá ênfase no *ensino, instrução e treino do cliente e pessoas significativas sobre técnicas que promovam o auto-cuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos* (O.E, 2011;p.11).

Considera-se o plano de alta, uma ferramenta importante para garantir a continuidade dos cuidados após o internamento, o que é difícil, é a sua operacionalização. Importa focar alguns aspectos que podem estar relacionados com esta dificuldade. Nenhum dos contextos da prática clínica possui estruturada uma carta de alta específica de enfermagem de reabilitação. Como existem poucos enfermeiros especialistas de reabilitação nos cuidados de saúde primários e existe uma "tradição" de veicular a informação clínica da alta, apenas inter-classe profissional e não entre classes profissionais, essa poderá ser uma das razões.

O relacionamento pouco amistoso com a classe profissional dos fisioterapeutas, que na maioria das vezes são quem vai dar continuidade ao processo de reabilitação, não é favorável a este processo. Assim, nalgumas situações, a informação simplesmente não é veiculada, não tem continuidade e o processo de reabilitação pode sofrer reveses e retrocessos.

Neste sentido, MARTINS (2002), afirma que a reabilitação é um processo único, contínuo, progressivo, global e precoce, mas complexo, interdisciplinar e realizado na perspectiva do indivíduo. O processo de reabilitação não termina no hospital nem no momento da alta do indivíduo, uma vez que visa potenciar uma recuperação e reintegração do indivíduo, diminuindo a deficiência, incapacidades e desvantagem.

Com a experiência profissional de alguns anos, adquirida num serviço de Medicina Interna, com o espectro da alta clínica e a possibilidade do regresso a casa, dá-se o verdadeiro confronto com a incapacidade, vindo a despertar na pessoa e família uma série de sentimentos contraditórios, de revolta, impaciência, irritabilidade, sintomas depressivos, etc.

Verifica-se no momento da alta clínica que muitas pessoas em situação de AVC apresentam diminuição da funcionalidade motora e conseqüente défice de auto-cuidado por incapacidades várias.

Corroborando esta ideia MARTINS (2002), refere que 1.75% das pessoas em situação de AVC está ao 7º dia totalmente independente. Pelo contrário, 11.70% mostra-se totalmente dependente, apresentando os restantes graus variáveis de dependência. Mais de metade dos doentes necessita de ajuda para se alimentar, para realizar a sua higiene e tomar banho completo, para se deslocar ao quarto de banho, para se vestir, para se mover e levantar da cama.

A disponibilidade para integrarem programas de reabilitação institucionais fica muito aquém do que seria expectável. O envolvimento da família/cuidador nos cuidados hospitalares não é efectiva, e as dificuldades no transporte da pessoa em situação de AVC põem em evidência uma metodologia de trabalho a ser redescoberta e melhor explorada pelo enfermeiro de reabilitação, ou seja, a reabilitação domiciliária.

Perante esta realidade, poder-se-á colocar uma interrogação: **Qual a efectividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio?**

A alta hospitalar precoce para BOCCHI (2004), tem vindo a ganhar apoio, sustentado na premissa de que a reabilitação especializada no domicílio é viável, sem aumento dos reinternamentos ou stress dos cuidadores. A reabilitação ao domicílio mostra-se tão efectiva quanto a reabilitação efectuada em hospitais. A redução significativa do tempo de internamento pode ser alcançada através da constituição de uma equipe de reabilitação comunitária.

O apoio domiciliário á pessoa em situação de AVC, segundo MARTINS (2002) deve ser programado antes da alta, de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Iniciado com uma visita domiciliária (antes da alta hospitalar), permite que, quando chegar ao domicílio, a pessoa já possua algumas condições que facilitem a reabilitação, uma vez que, os acessos e as barreiras arquitectónicas, são um forte entrave á mobilidade. Para a autora, as incapacidades presentes no momento da alta hospitalar, fazem com que a pessoa em situação de AVC necessite do auxílio de alguém no seu dia-a-dia, para terem o mínimo de qualidade de vida.

A reabilitação domiciliária após a alta clínica permitiria, assim, dar continuidade ao programa de reabilitação, facilitar a avaliação/intervenção no ambiente próprio da pessoa, capacitar a pessoa/ família/cuidador, promover acessibilidade e adaptação à vida de relação

com o meio (actividades de vida diária, família, sociedade), integrando-se com autonomia e qualidade de vida.

Para MARTINS (2002.p.98), *a reabilitação tem início a partir da instalação da doença e termina quando o indivíduo conseguir viver com a sua deficiência, incapacidade ou desvantagem, quer este momento se dê em situação de internamento ou domicílio.*

A reabilitação no domicílio, como metodologia de trabalho, tem enquadramento nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, defendidos pela Ordem dos Enfermeiros (O.E., 2002,p.14-15), quando nos seus enunciados descritivos referentes à **organização de cuidados de enfermagem** faz apelo à *utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade*, e quando considera elementos importantes na **readaptação funcional**, entre outros, a *continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem e o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde.*

HOEMAN (2000) refere que as actividades do auto-cuidado podem ser ensinadas numa unidade de reabilitação ou no domicílio ao utente e família ou cuidador informal.

A continuidade do processo de reabilitação á pessoa em situação de AVC, através da reabilitação domiciliária, é pouco frequente ou mesmo inexistente, e, como tal, susceptível de ser aprofundada na segunda parte deste relatório.

3- PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Aprofundar uma área do conhecimento especializado em enfermagem de reabilitação, relevante para a qualidade dos cuidados é uma preocupação deste relatório, sendo que, o objectivo da revisão sistemática da literatura é responder à questão:

- Qual a efectividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio à pessoa em situação de AVC?

Na área da prestação de cuidados de saúde, as necessidades da população estão em constante mutação, havendo que adaptar os serviços de saúde a algumas especificidades. Os avanços tecnológicos e a facilidade de acesso à informação fazem com que os cidadãos estejam cada vez mais informados e queiram participar activamente nas decisões sobre os cuidados que lhes são prestados, o que implica maior rigor, segurança e efectividade dos mesmos. Basear as decisões da prática clínica do dia-a-dia em pesquisas científicas e na melhor evidência é a abordagem correcta para o desenvolvimento de intervenções e orientações clínicas.

SILVA; BRAZ; FERREIRA; FONTES; ALMEIDA (2008, p.37) *sugerem uma relação entre a teoria e a prática, encarando a pesquisa como geradora de conhecimento que constrói, suporta e determina o desempenho profissional.*

De acordo com GALVÃO e SAWADA (2005), este tipo de abordagem envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos, incluindo também aspectos como a experiência e competência clínica do profissional, os valores e preferências do cliente e a relação custo/benefício de todo o processo.

Também CRAIG e SMYTH (2004) consideram a prática reflexiva como uma componente-chave dos cuidados de saúde baseados na evidência. Estes autores afirmam que a abordagem baseada na evidência pretende prestar cuidados de modo eficiente e implica a integração da evidência pela investigação, perícia clínica e as perspectivas dos doentes na tomada de decisão. Os cuidados de enfermagem incorporam uma base ampla de evidência proveniente de outras ciências e, para tal, os enfermeiros necessitam de desenvolver competências para aceder e utilizar a evidência na prática clínica.

MARGATO (2004) refere que *temos de continuar a tomar as melhores decisões em cada momento e perante cada situação, orientadas pela ética e deontologia e evidência científica, para que a comunidade continue a encontrar em nós a âncora essencial à preservação do bem-estar.*

3.1-ENQUADRAMENTO TEORICO DA PROBLEMÁTICA

A ordem dos enfermeiros (O.E., 2010, [URL: https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Paginas/default.aspx](https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Paginas/default.aspx)) considerou áreas prioritárias de investigação em enfermagem, “decorrentes dos Referenciais da Profissão”, entre outras:

- Prática baseada na evidência;
- Cuidados de saúde na comunidade;
- Viver com doença crónica e a promoção da qualidade de vida;
- Capacitação (empowerment) dos clientes.

Qualquer das áreas mencionadas está relacionada com a reabilitação (doença crónica e qualidade de vida), com a metodologia deste relatório (prática baseada na evidência), com a situação singular identificada (défice de capacitação da família/cuidador no planeamento da alta clínica) e com a estratégia a adoptar face à problemática (cuidados de saúde na comunidade/reabilitação no domicílio).

O extraordinário crescimento da população mundial neste último século, manifesta-se de igual modo no que respeita ao número de pessoas com incapacidades físicas adquiridas. Para tal contribuiu o desenvolvimento tecnológico e os avanços científicos no campo médico, que, em conjunto com melhores condições no plano económico, têm proporcionado uma esperança de vida até há pouco tempo impensável, advindo também daí consequências funcionais e desvantagens múltiplas.(OLIVEIRA, 2004)

Algumas estimativas apontam para cerca de 500 milhões de habitantes, em todo o mundo, que apresentam incapacidades físicas e funcionais (10 a 12% da população). As mais severas são também aquelas que estão melhor estudadas: o Síndrome de hemiplegia, devido a um acidente vascular cerebral (AVC), em todo o mundo, atinge cerca de 1,5 milhões de indivíduos, 6 pessoas em 1000 vivem com as consequências de um AVC. (OLIVEIRA, 2001)

Este enorme grupo de pessoas traduz-se por um movimento que assume cada vez mais uma dimensão política, social e económica influente e assinalável, necessitando de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

A EUROPEAN STROKE INICIATIVE (EUSI, 2003) considera o AVC como primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada na Europa, assim como noutros países industrializados. A sua incidência varia nos diferentes países europeus, estimando-se entre 100 a 200 novos casos/100.000 habitantes/ano.

Segundo RECOMMENDATIONS FOR THE ESTABLISHMENT OF STROKE SYSTEMS OF CARE, 2005([URL http://stroke.ahajournals.org/content/36/3/690.full](http://stroke.ahajournals.org/content/36/3/690.full)), a resposta ao AVC envolve a coordenação de um contínuo de cuidados, desde a prevenção primária, secundária, à reabilitação, correcção de factores de risco, cuidados pós-alta da unidade de reabilitação e apoio no domicílio.

Uma das metas mais importantes da Declaração de Helsingborg é que, na Europa, todos os doentes com AVC, em 2015, tenham acesso a um contínuo de cuidados organizados

desde a fase aguda até à reabilitação e prevenção secundária. Refere que, como princípio essencial para uma boa prática, a reabilitação será planeada em estreita colaboração com os doentes e suas famílias, tendo em conta as suas necessidades. Como objectivo de reabilitação para 2015, a declaração estabelece 70% de independentes nas actividades de vida diária (AVD) aos 90 dias pós AVC (HELSINGBORG DECLARATION, 2006).

Com o aumento de doentes crónicos, de incapacidades e deficiências por traumatismos, há necessidade de assistência continuada com alternativas de «desospitalização», como os programas de assistência domiciliária e hospital de dia (FARO, 2007 [URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Paginas/CongReabilitacao](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Paginas/CongReabilitacao)).

O diploma que cria a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), (DECRETO-LEI Nº 101/2006) prevê a constituição de equipas de cuidados continuados integrados para prestar cuidados no domicílio. Por dificuldades operacionais diversas, a constituição destas equipas está muito aquém do que seria desejável e é manifestamente insuficiente, especialmente na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (região de saúde afecta ao autor do relatório), sendo que este tipo de resposta é fundamental para a continuidade de cuidados, num enquadramento de não institucionalização. A aposta da unidade de missão que concebeu a RNCCI era na não institucionalização das pessoas, como sucede na maioria dos países da Europa, o que não é a actual realidade, pelo que é de considerar o desafio da mudança de contexto nos cuidados.

A proposta contida neste relatório vai ao encontro de uma resposta de continuidade de cuidados num contexto de não institucionalização, centrada em processos adaptativos que visam a aprendizagem e o conhecimento, com o objectivo de tornar as pessoas capazes de se cuidar, promovendo a sua independência. Consiste em reabilitar a pessoa em situação de AVC logo que chegue ao domicílio, dando continuidade à reabilitação já iniciada no internamento, capacitando a família/cuidador para participar no processo como prestador de suporte da continuidade de cuidados.

3.1.1- Pessoa/Família em Situação de AVC

Segundo a EUROPEAN STROKE INITIATIVE, 2003 ([URL: http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI2003_Cerebrovasc_Dis.pdf](http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI2003_Cerebrovasc_Dis.pdf)), o AVC define-se como um défice neurológico súbito, motivado por isquémia ou hemorragia no sistema nervoso central.

Segundo Martins (2006, p.11), o AVC *ocorre quando parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea. Esta lesão provoca o aparecimento súbito de sintomas e sinais focais neurológicos que perduram para além de 24 horas, a não ser que a morte ocorra.* Quando surge o AVC, pode afectar qualquer zona do cérebro, e as sequelas resultantes vão depender da área afectada, da gravidade da lesão e dos antecedentes pessoais da pessoa. São problemas característicos: hemiplégia, disfagia, afasia, alterações visuais, agnosia, entre outros.

Os factores de risco do AVC aumentam com a idade, particularmente a partir dos 40 anos, com a hipertensão arterial e com a presença de doenças cardíacas. (MARTINS, 2002)

Segundo HOEMAN, (2011) os factores de risco podem ser divididos em três categorias: não reversíveis, parcialmente reversíveis e reversíveis. Os não reversíveis são o sexo, a idade, a raça e a hereditariedade; os parcialmente reversíveis são a hipertensão, a diabetes, problemas cardíacos e alterações lipídicas do sangue e os reversíveis são o tabagismo, obesidade, ingestão de sódio, nível de colesterol, estilo de vida sedentário e o uso de alguns contraceptivos oral.

Para CANDELAS e OLIVEIRA (2000), o AVC deixa nos sobreviventes incapacidades temporárias ou permanentes a três níveis: nas actividades de vida diária (alimentação, higiene, vestir, mobilidade, etc.), na relação com a família e na relação com a sociedade (emprego e lazer).

ALARCÃO (2002, p.13) assume que *a situação de AVC constitui, para qualquer pessoa, um acontecimento fortemente stressante, (...) pela imprevisibilidade do seu aparecimento (...) pelas sequelas que habitualmente deixa e finalmente pela reorganização individual e familiar que exige.*

RIBEIRO (2006) refere que, para os que sobrevivem, as sequelas resultantes são frequentemente graves e variadas, é uma doença de família, dado que uma situação deste cariz altera por completo todo o funcionamento do núcleo familiar.

3.1.2-Processo de Reabilitação á Pessoa em Situação de AVC

A reabilitação, para MARTINS (2002), deve focar não apenas a pessoa doente, mas também o seu meio, desde a família à comunidade, afirmando que a recuperação física constitui apenas uma parte do processo de reabilitação.

Para HESBEEN (2003), a família e os amigos fazem parte do processo de reabilitação, pelo que devem ser abrangidos pelas acções efectuadas pelos profissionais.

FARO (2006) refere que o processo de Reabilitação exige *...utilização de técnicas e acções interdisciplinares, como o esforço conjunto de todos os profissionais e familiares (...) que devem ter como objectivo comum a melhoria e/ ou reabilitação das funções diminuídas ou perdidas para preservar a capacidade de viver de cada individuo...*

Segundo MARTINS (2002, p.98), *não basta ensinar o deficiente a ser independente quando a família vai dificultar essa independência ou reforçar a dependência. Será uma luta inglória ensinar o deficiente a vestir-se e a despir-se quando este sente que a família o vai substituir, mesmo que, num futuro próximo, por cansaço o deixe de fazer.*

Para HOEMAN (2000), a importância do ensino não se esgota na promoção da independência funcional do doente, tem igualmente um papel fundamental na prevenção de reinternamentos, uma vez que se verifica uma relação significativa entre as hospitalizações e a redução das capacidades funcionais.

O Apoio à família/cuidador informal, na respectiva qualificação e na prestação de cuidados, é um dos pilares na promoção de autonomia e facilita a integração familiar, social da pessoa com sequelas de AVC. Sem competências, a família/cuidador tende a agir de uma

forma mais afectiva que efectiva. Reabilitação é educação/ensino/ empowerment, só assim se pode obter efectividade (ganhos de saúde sensíveis) nos cuidados de reabilitação.

VENTURA (2000) refere que a localização do hemisfério em que a lesão ocorre é um aspecto importante a considerar no planeamento, execução e avaliação de programas de reabilitação, uma vez que evidências ao longo de anos demonstraram que o hemisfério esquerdo tem competências distintas do hemisfério direito. Funcionalmente, o controlo de sensações básicas do corpo ocorre de forma cruzada, com o hemisfério esquerdo a controlar o lado direito do corpo e o direito a controlar o lado esquerdo do corpo. Assim, para a autora, o hemisfério esquerdo é responsável pelo controlo e execução da fala, bem como por outras funções que não têm correspondência no hemisfério oposto.

O hemisfério direito tem domínios específicos, tais como as emoções e um papel importante nas trocas não verbais, tanto no que respeita à emissão, como à recepção e interpretação, o erro de julgamento e a negação, presentes em muitos doentes, prejudicam o processo de recuperação, têm dificuldade mesmo em actividades simples ligadas ao movimento, em seguir instruções, apresentam dificuldades nas relações espaciais, incluindo a discriminação entre esquerda e direita. O doente com lesão no hemisfério esquerdo tem normalmente dificuldades de comunicação; no entanto, a percepção visual e motora presente facilita a aprendizagem. Assim, a pessoa com lesão no hemisfério direito, apesar de comunicar eficazmente, tem mais dificuldades no cumprimento de um programa de reabilitação dadas as suas dificuldades em seguir instruções.(VENTURA, 2000).

Relativamente ao programa de reabilitação a seguir, existem duas correntes dominantes:

⇒ Desenvolvimentos de potenciais do lado são, compensando as deficiências do lado afectado do corpo (BOBATH, 2001).

Este modelo de intervenção tem como objectivos:

- Dar o máximo de independência nas actividades de vida diária, doméstica e marcha, através do desenvolvimento de destreza e força muscular do lado são;
- Manter as amplitudes articulares e desenvolver a força muscular remanescente do lado afectado;
- Estabelecer técnicas de tratamento orientadas para o lado afectado, procurando assim reduzir a assimetria entre as duas metades do corpo.

JOHNSTONE (1986) defende outro modelo de intervenção, com início de reabilitação imediatamente a seguir ao AVC, decorrendo por tempo indeterminado, mesmo no domicílio. Recentemente, contrariando o seu princípio de se dar ênfase ao lado são, defende que a recuperação do lado hemiplégico deve ser o mais precoce possível.

Este programa de reabilitação tem como objectivos:

- Aumentar o tonus muscular do lado afectado;
- Prevenir o desenvolvimento anormal do padrão espástico;
- Aumentar a carga sensitiva de modo a estimular o arco reflexo e a acção reflexa;
- Reeducação do movimento controlado, seguindo a sequência do desenvolvimento do recém-nascido.

Para BOBATH (2001) podem considerar-se três estádios de recuperação pós AVC:

1-Flacidez inicial sem qualquer movimento voluntário;

2-Espasticidade;

3- Declínio da espasticidade, permitindo padrões avançados do movimento.

Para a autora, o plano de actuação nunca deve esquecer a dimensão humana, referindo que *a cooperação com a equipa de enfermagem ou com os membros da família é de extrema importância* (Bobath, 2001, p.90).

VENTURA (2002, p.35) refere que *a reabilitação faz parte dos cuidados integrais de enfermagem. Os esforços de reabilitação devem começar no contacto inicial com o doente, dando ênfase à restauração da independência do doente (...). Se isto não for possível, ajudar o doente a alcançar o máximo de independência dentro dos limites da incapacidade.*

VENTURA (2000, p.22) refere que *o processo de reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida, com dignidade, auto-estima e independência. Durante a reabilitação, o indivíduo é auxiliado a ajustar-se à sua incapacidade aprendendo como utilizar os seus recursos e a focalizar as capacidades existentes.*

O enfermeiro de reabilitação, na abordagem à pessoa com AVC, não deve ter um papel autoritário, atribuindo à pessoa e família um papel passivo, uma vez que esta atitude favorece a dependência.

Para HESBEEN, *o respeito pelo projecto de vida da pessoa implica que não se pense por ela, portanto, que não se confunda o desejo de quem recebe cuidados e o desejo de quem os presta* (2003, p.127).

Os projectos individuais revestem-se de particular importância quando se cuida de pessoas com sequelas de AVC. O sucesso de um programa de reabilitação está directamente relacionado com os profissionais nele envolvidos e com a perspectiva que estes têm do que é cuidar e ser cuidado. Assim como não se deve julgar a efectividade de um programa de reabilitação num ambiente protegido, uma vez que esse ambiente não permite a adequação de estratégias que facilitem a transição para a comunidade.

A Reabilitação contínua após a alta durante o primeiro ano após AVC reduz o risco de deterioração funcional e melhora as actividades de vida diária (EUROPEAN STROKE ORGANIZATION referindo LEGG et al, 2004, < [URL:http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines Portuguese.pdf](http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf)>)

À medida que o doente transita da reabilitação hospitalar para a comunidade, o envolvimento dos cuidadores na reabilitação torna-se cada vez mais oportuno para o processo não retroceder. (EUROPEAN STROKE ORGANIZATION citando KALRA et al, 2004 <[URL: http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines Portuguese.pdf](http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf)>).

CHERYL; COTT; WILE; DEVTT (2007) analisaram as questões da continuidade, transição e da participação de pessoas que retomam a vida em comunidade após um AVC, e o papel da reabilitação neste processo. A situação das pessoas em reabilitação é caracterizada por um estado de transição de um estado funcionalmente apto para um estado de funcionalidade diminuída, com alteração da capacidade de funcionar em sociedade e comunidade.

Para COOT (2004), a reabilitação centrada no cliente (CCR) tem sido considerada um aspecto importante no desenho (modelo) de serviços de reabilitação, embora haja pouco consenso sobre o que é na prática a reabilitação centrada no cliente.

CHERYL et al (2007) afirmam que a CCR é a reabilitação que atende às necessidades dos clientes, com o objectivo de capacitá-los a viver as suas vidas nas suas comunidades, dentro dos limites da sua condição de saúde. O foco da reabilitação em serviços de internamento está muitas vezes na aquisição de habilidades funcionais centrada na recuperação funcional, dando pouca atenção a actividades significativas para o cliente, anteriores ao AVC, e importantes para recuperar o seu papel social e o seu equilíbrio emocional.

Uma revisão baseada em evidências, concluiu que há fortes evidências de que as pessoas com leve ou moderada deficiência resultante de um AVC podem ser reabilitados na comunidade por uma equipe interdisciplinar, alcançando resultados funcionais semelhantes, comparativamente com clientes que recebem reabilitação hospitalar (TEASELL; FOLEY; SALTER; BHOGAL; BAYONA; JUTAÍ; SPEECHLEY, 2005).

CHERYL et al (2007), referindo uma revisão da Cochrane de 2005, refere que mais de metade das pessoas com moderada a grave deficiência resultante de AVC não beneficiam com programas de alta precoce. Para estes, a abordagem adequada são as unidades de continuidade de AVC, designadas de Extended Stroke Unit. Services- ESUS, que incluem avaliação inicial, visita domiciliar, reuniões com a família, serviços de reabilitação e reunião educativa com a família três meses após a alta.

FJAERTOFT; INREDAVIK, LYERSEN (2003) referem que a abordagem ESUS melhorou os resultados funcionais após um ano de “follow-up”, comparativamente com uma unidade de AVC.

CHERYL et al (2007) afirmam que os programas de alta precoce visam minimizar o tempo de internamento em reabilitação, uma vez que a ênfase é dada aos resultados funcionais, com pouca atenção às questões de adaptação aos défices e ao retomar de funções e actividades significativas anteriores ao AVC. Ajudam a resolver questões de transição e continuidade dos cuidados do hospital para casa, mas pouco resolvem relativamente a questões de continuidade do “eu” (“eu” passado, presente e o “eu” futuro) e no ajustamento/aceitação ao novo estado de incapacidade.

As unidades ESUS adoptam a gestão do programa de reabilitação com base na doença crónica, a qual é uma abordagem baseada na autogestão do cliente. Ajudam na transição do cliente para a comunidade, para a sua situação de incapacidade, fornecendo informação necessária e oportuna, de forma a ajudá-lo a apreender estratégias para gerir a sua própria condição de saúde.

CHERYL et al (2007) concluem que o modelo de prestação de cuidados de reabilitação deve ser um modelo que inclua a gestão da doença crónica e incorpore resultados que sejam significativos para os clientes, e não apenas os resultados definidos pela reabilitação profissional.

3.1.3-Cuidado Domiciliário

Cuidar de pessoas com capacidade funcional comprometida em ambiente domiciliário constitui um desafio importante para a enfermagem contemporânea, em especial para a enfermagem de reabilitação, face ao crescente número de pessoas dependentes, quer por fenómenos naturais de envelhecimento, quer em consequência de doenças ou acidentes.

Segundo HOEMAN (2011), o enfermeiro de reabilitação deve promover um estilo de vida saudável, que maximize a qualidade de vida e comprometa activamente os idosos na comunidade e nos serviços de reabilitação. A prática na comunidade capacita os enfermeiros de reabilitação para expandirem a sua base de conhecimentos, tentar métodos novos e criativos para atingir objectivos e serem flexíveis, pois cada comunidade é única e dinâmica.

FIGUEIREDO (2007) refere que a institucionalização surge para a família como uma derradeira alternativa, quando todas as outras falharam ou se revelaram inviáveis: para além da pressão social, existe o dever da reciprocidade, da solidariedade e da componente afectiva dos laços familiares. Afirma que cuidar de um idoso no seu meio constitui uma das principais fontes de gratificação para os cuidadores familiares. Assim, cuidar de um idoso no seu meio será, com certeza, uma situação a ser preservada e estimulada, pois a institucionalização representa sempre uma mudança significativa no modo de vida e uma ruptura com o seu meio social de pertença, exigindo uma reconstrução da identidade que nem sempre é fácil, mais difícil ainda nestas idades.

O regresso a casa e a recuperação da autonomia funcional são condicionados pelas condições físicas – funcionais (barreiras arquitectónicas, acesso a ajudas técnicas) e pela estrutura familiar de apoio. É importante efectuarem-se as necessárias adaptações físicas no domicílio para que este constitua uma unidade física e humana válida, promotora do processo de reabilitação. O enfermeiro especialista de reabilitação tem também aqui uma intervenção importante, decorrente das suas competências definidas no Regulamento nº125/2011 nomeadamente:

J2.2.3- Identifica barreiras arquitectónicas;

J2.2.4- Orienta para a eliminação de barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa.

Segundo MACEDO (2003), as adaptações mais comuns no domicílio para pessoas com situação de saúde AVC, consistem na orientação para a construção de rampas, de forma a facilitar a locomoção; a colocação de apoios nas paredes e casa de banho para aumentar a segurança e promover a independência pode passar também pelo alargamento das portas para a passagem dos equipamentos de apoio à mobilidade.

Para CECATTO, ALMEIDA, 2010 ([URL: http://www.actafisiatrica.org.br/](http://www.actafisiatrica.org.br/)), a principal vantagem da reabilitação domiciliária é a de facilitar a avaliação e intervenção no verdadeiro ambiente da pessoa. Torna mais fácil a compreensão e a transposição de orientações feitas durante a reabilitação para a vida prática do dia-a-dia. Realça a importância da presença do familiar nos processos de reabilitação e na transição para a comunidade, na orientação, encorajamento e auxílio à participação activa do familiar no processo de reabilitação.

Para AMARAL (2001), deve-se considerar o ambiente familiar como um componente importante para as pessoas em reabilitação, quer pelos factores físicos e materiais, quer pelo aspecto afectivo e social, sendo a família uma das forças que influenciam o processo de saúde-doença, em que o seu envolvimento no processo de reabilitação pode ser uma mais-valia para a reintegração social e profissional.

Os enfermeiros que actuam no domicílio têm uma situação privilegiada para ajudar os doentes, ajustando o seu meio às suas necessidades. *No hospital ensinamos muitas vezes respostas às necessidades de autocuidado longe da realidade e que nada tem a ver com esta; na situação de domicílio ajustamos os meios disponíveis e já conhecidos do doente à sua nova necessidade, aumentando a sua compreensão e a dos seus familiares* (MARTINS, 2002 p.105). Para a autora, o programa de reabilitação no domicílio obedece aos mesmos princípios que o do internamento hospitalar, sendo que todos os exercícios são possíveis de acordo com os recursos disponíveis.

3.2- METODOLOGIA DE PESQUISA

Como forma de operacionalizar a segunda parte do relatório, mobilizando uma perspectiva de enfermagem avançada, foi utilizada a metodologia da prática baseada na evidência, suportada na metodologia PI[C]O.

O ponto de partida consiste em objectivar as necessidades de informação numa questão clara, proceder a uma pesquisa sistematizada nas bases de dados científicas creditadas, efectuar uma análise crítica da informação obtida com vista a integrar na prática clínica os seus resultados, tentando almejar cuidados de enfermagem de reabilitação mais efectivos.

A pergunta formulada tem como base a estratégia PI[C]O: P (População), I (Intervenção), [C (Comparação)], O (Resultados), uma vez que esta *orienta a construção da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica e permite que o profissional, da área clínica e de pesquisa, ao ter uma dúvida ou questionamento, localize, de modo apurado e rápido, a melhor informação científica disponível* (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Uma revisão sistémica é uma revisão planeada para responder a uma pergunta específica e que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, seleccionar e avaliar criticamente os estudos e seus resultados (CASTRO, 2001, <[URL: http://www.metedologia.org](http://www.metedologia.org)>).

Como objectivo desta revisão, pretende-se pesquisar e aprofundar através da metodologia PI[C]O, a fim de conhecer **Qual a efectividade (O) dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicilio (I) à pessoa com situação de AVC (P)?**

Após definição da pergunta, inicia-se o processo de pesquisa, que tem o seu início na identificação das palavras-chave. Neste caso surgem os termos de interesse: efectividade, cuidados de enfermagem, reabilitação no domicilio, Acidente Vascular Cerebral. Os termos apurados, no contexto desta metodologia, são os orientadores da selecção dos artigos. Após

validação das palavras-chave na plataforma MeSh (Medical Subjects Headings) Browser (MESH, 2011, <URL: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=en>) obteve-se como descritores correspondentes (effectiveness, nursing care, rehabilitation, stroke), com as respectivas definições uniformizadas:

• **Efectividade/Effectiveness** - É a medida do alcance de intervenções, procedimentos, tratamentos ou serviços em condições reais (rotina de serviço), isto é, o quanto a intervenção atinge aos seus objectivos (Não existem qualificadores permitidos para este descritor).

▪ **Cuidados de Enfermagem/Nursing Care** - Cuidados prestados ao paciente pela equipe de enfermagem.

▪ **Acidente Vascular Cerebral/ Stroke** – Grupo de afecções caracterizadas por perda súbita, não-convulsiva, da função neurológica, devido a isquémia encefálica ou hemorragias intracranianas. O acidente cerebral vascular é classificado pelo tipo de necrose de tecido, como localização anatómica, vasculatura envolvida, etiologia, idade dos indivíduos afectados e natureza hemorrágica versus não-hemorrágica.

▪ **Reabilitação/Rehabilitation** - Recuperação das funções humanas, ao maior grau possível, de uma pessoa ou pessoas que sofrem de uma doença ou lesão.

A fim de direccionar a informação obtida para a pergunta formulada definiu-se um filtro cronológico entre 2007-2011, assim como um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, filtrando desta forma a informação pertinente para o relatório. Estes critérios estão definidos no quadro nº1 (Anexo II).

Com a definição do protocolo, passou-se à identificação da literatura relevante, iniciando-se a pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE incluídas na Plataforma Ebscohost (EBSCOHOST, 2011, [URL: http://search.ebscohost.com/](http://search.ebscohost.com/)). A opção por estas deveu-se ao facto de serem bases de dados muito amplas, que congregam conteúdos oriundos dos vários continentes, e ainda pelo seu reconhecido mérito científico.

Definiu-se a pesquisa apenas para artigos disponíveis em texto completo, publicados nos últimos quatro anos (2007-2011), efectuou-se o cruzamento dos descritores, “**Stroke**”, “**Rehabilitation**”, “**Nurs***” e “**Effectiveness**”, cujos resultados estão representados em anexo (ANEXO III).

A opção pela truncatura “**Nurs***” em detrimento de “**Nursing Care**” prendeu-se com o facto de reunir um maior número de artigos para a revisão, proporcionando uma busca mais alargada nas bases de dados.

3.3- ANÁLISE DOS ARTIGOS

O AVC Agudo é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. O reconhecimento que o tratamento destas pessoas em unidades especializadas é eficaz no AVC isquémico agudo levou Portugal à criação de unidades de AVC e da via verde hospitalar para o AVC.

Há, no entanto, necessidade de complementar estas unidades com recursos de reabilitação após a fase aguda do AVC. Entre nós, as unidades de convalescença integradas na rede nacional de cuidados continuados (RNCC) são as unidades destinadas a pessoas que apresentam doença crónica, ou que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo, ou com perda de autonomia, com potencial de recuperação, sendo considerados um recurso importante de saúde para a continuidade do processo de cuidados.

O papel das respostas de saúde pode ter que ser reorientado, a fim de fazer face ao perfil epidemiológico das doenças nas populações. Constata-se que as unidades de convalescença são um recurso importante e válido, mas insuficiente face à procura que actualmente registam.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio à pessoa em situação de AVC podem constituir uma resposta efectiva para a continuidade do processo de cuidados após a fase aguda? Esta é a questão a que a revisão sistemática vai procurar responder.

3.3.1-Estudos Seleccionados

Com o cruzamento dos descritores na plataforma Ebscohost e a aplicação do filtro cronológico 2007-2011 resultaram 3168 artigos, sendo que a sua submissão aos critérios de inclusão e exclusão resultou numa selecção prévia de 7 artigos. Com a leitura integral destes, escolheram-se 3, os que melhor respondiam ao objectivo da revisão e à questão PI[C]O:

1º Artigo: **“Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in México”** (Anexo IV).

2º Artigo: **“Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review”**(Anexo IV).

3º Artigo: **“Home-based rehabilitation for people with stroke: an evaluation of efficacy”** (Anexo IV).

Após a leitura dos artigos seleccionados, procedeu-se à sua análise, construindo as respectivas tabelas de análise (Anexo V, VI e VII), enquadrando-as nas fontes consultadas.

Um dos artigos diz respeito a cuidados de reabilitação no domicílio prestados por enfermeiros, os restantes referem-se à reabilitação no domicílio, envolvendo equipas interdisciplinares que actuam na reabilitação do AVC.

Como foi referido anteriormente, a reabilitação da pessoa em situação de AVC não é exclusiva de um determinado grupo profissional, mas sim de uma equipa multidisciplinar, onde tem lugar o enfermeiro especialista de reabilitação, daí que todos os contributos profissionais e académicos são de considerar.

MCGINNES; EASTON; WILLIAMS; NEVILLE, GIBBON (2010) demonstraram a mais-valia da presença do enfermeiro de reabilitação na equipa de reabilitação comunitária, tendo melhorado a produtividade e a qualidade do serviço, reduzindo a longo prazo a deficiência e a dependência do cuidador.

A regulamentação das competências do enfermeiro especialista, e em especial as do enfermeiro de reabilitação, publicadas recentemente (REGULAMENTO nº125/2011), vieram clarificar o âmbito da sua actuação (em todos os contextos da prática de cuidados), havendo a realçar, ainda, que o contexto do domicílio da pessoa está historicamente ligado à enfermagem e aos cuidados de enfermagem.

3.3.2- Análise Crítica das Evidências Encontradas

No primeiro artigo (TORRES-ARREOLA; DUBOVA; HERNANDEZ; VALDEZ; CASAS; CONTRERAS, CASTRO, 2009, <[URL:http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=16&hid=119&sid=4d9752a5-95c7-4171849efbc99ad85021%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9cHQfYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2010442796](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=16&hid=119&sid=4d9752a5-95c7-4171849efbc99ad85021%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9cHQfYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2010442796)>), é referido que foram desenvolvidas no México duas estratégias de reabilitação para melhorar o estado funcional em pessoas com AVC, procurando avaliar a eficácia da reabilitação precoce no hospital e sua continuidade em casa prestada por enfermeiras, em comparação com o tratamento convencional (o México não tem programas de reabilitação integral para pessoas com AVC).

Uma das estratégias consistia em reabilitação com educação da pessoa com AVC/ cuidador, a outra estratégia era apenas baseada em educação. Os resultados foram avaliados com base no índice de Barthel e pelo índice de actividades de Frenchay..

As estratégias de reabilitação iniciavam-se 72 horas após a hospitalização, quando a condição clínica da pessoa estava estabilizada.

TORRES-ARREOLA et al (2009) concluíram que ambas as estratégias tiveram um efeito positivo ao longo do tempo, relativamente ao desempenho de actividades básicas de vida diária e sociais. No entanto, não houve diferenças significativas em termos de resultados entre os dois grupos em estudo.

Este estudo realça para a prática clínica o papel da educação do binómio pessoa em situação de AVC/ cuidador, tendo em vista a sua recuperação funcional/social.

PATEL; KNAPP; EVANS PEREZ, KALRA (2004) e ECHO (2005), referidos em TORRES-ARREOLA et al (2009), afirmam que o treino do cuidador de pessoas em situação de AVC por enfermeiros com formação em reabilitação teve um impacto positivo na redução dos dias e custos de internamento.

TORRES-ARREOLA et al (2009) consideram que a reabilitação que se iniciou no hospital deve ter continuidade em casa, levando a benefícios na saúde física e psíquica da pessoa. Como nem sempre é possível à família participar na reabilitação, uma intervenção precoce no hospital deve permitir que os prestadores de cuidados de saúde envolvam a pessoa e a família no processo de adaptação, de forma a permitir a aceitação da condição da pessoa com AVC.

No segundo artigo, mobilizado para a revisão (WINKEL; EKDAHL, GARD 2008, <[URL:http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=126&sid=03026b38-23aa-4c32-a84d9eb7b5421c14%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9cHQfYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2009960403](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=126&sid=03026b38-23aa-4c32-a84d9eb7b5421c14%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9cHQfYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2009960403)>), efectuaram uma revisão sistemática sobre a alta precoce

de pessoas com situação de AVC com reabilitação em casa (EARLY DISCHARGE AT HOME-EDHR), como alternativa à reabilitação em unidades de AVC.

WINKEL et al (2008) referem INDREDAVIK; FJAERTOFT; LOGE, MORCH (2000) e WEIR (1999) ao afirmarem que a alta precoce com reabilitação no domicílio está a ser explorada em vários países, para a pessoa com situação de AVC, como uma alternativa à reabilitação em unidades especializadas. Embora tenham sido demonstradas as vantagens da reabilitação nestas unidades, faz sentido alterar o conceito de reabilitação, estendendo esta até ao próprio domicílio da pessoa (KALRA; DALE; CROME, 1993 citados por WINKEL et al 2008).

A terapia de reabilitação em casa para pessoas com AVC melhora a sua independência nas actividades de vida diária (LEGG, 2004 citado por WINKEL et al 2008).

WINKEL et al (2008) realçam as conclusões de KOCH; WOTTRITCH; HOLMQUIST, (1998) e KOCH; HOLMQUIST; WOTTRICH; THAM, PEDRO-CUESTA (2000), que referem que o domicílio, contexto em que a reabilitação é realizada, é um factor importante a considerar na reabilitação física e ocupacional.

WINKEL et al (2008) concluíram que a EDRH pode reduzir o tempo de internamento no hospital, pode melhorar as actividades de vida diária da pessoa com situação de AVC, mas pode melhorar ainda mais as actividades instrumentais de vida diária e a qualidade de vida. A alta precoce com reabilitação em casa parece ter um custo efectivo, se prestada por uma equipa multidisciplinar do hospital. Importa ainda, considerar as capacidades da pessoa em situação de AVC e cuidador como factores que contribuem para a eficácia do programa.

No último artigo, (BADER, 2008 <[URL:http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=126&sid=03026b3823aa4c32a84d9eb7b5421c14%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009851220](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=126&sid=03026b3823aa4c32a84d9eb7b5421c14%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009851220)>) refere GEDDES e CHAMBERLAIN (2001) ao afirmar que existem quatro modalidades de reabilitação no domicílio:

- 1ª- Alta precoce suportada com reabilitação domiciliária, que tem por finalidade reduzir o tempo de internamento e constituir uma alternativa à reabilitação hospitalar;
- 2ª- Reabilitação domiciliária pós-alta (reabilitação adicional após a reabilitação hospitalar), que visa proporcionar uma transferência suave entre o hospital e a comunidade;
- 3ª- Reabilitação comunitária tardia, que é iniciada pelo paciente meses após o AVC;
- 4ª- Reabilitação clínica geral, que constitui uma alternativa ao hospital e inclui o tratamento e a reabilitação.

A alta precoce com reabilitação domiciliária foi estudada por MAYO et al (2000), e referida em BADER (2008) ao afirmar que as pessoas que recebiam reabilitação domiciliária tinham melhor reintegração. A pessoa em situação de AVC e seus familiares cuidadores referem o sentimento de “empowerment” com mais capacidades para controlarem a doença.

As pessoas reabilitadas por uma equipa multi-disciplinar comunitária tinham melhor suporte emocional que as pessoas tratadas com os cuidados de rotina (serviços em hospital dia, ambulatório e serviços sociais), apesar de terem os mesmos resultados nas AVD'S (LINCOLN et al, 2004, citadas por BADER 2008).

BADER (2008) cita uma revisão sistemática de 2003, intitulada “Therapy-based rehabilitation for stroke patients at home”, onde se afirma que as pessoas após um AVC que receberam reabilitação domiciliária, provavelmente são mais independentes e capazes para realizar AVD’S que as que efectuaram reabilitação hospitalar. GLADMAN et al (1993) e ANDERSON et al (2000) corroboram esta ideia, ao considerarem que a reabilitação domiciliária adaptada às necessidades da pessoa com AVC é uma alternativa viável e preferível à reabilitação hospitalar.

GUNNELL et al (2000) são mencionados por BADER (2008), quando afirma que os cuidadores desempenham um papel importante de apoio às pessoas em situação de AVC que recebem reabilitação domiciliária, e, como tal, devem ser incluídos na avaliação deste serviço.

BADER (2008), relativamente ao impacto nos custos de saúde, tal como TENG et al, (2003) consideram que a reabilitação domiciliária tem sido proposta como uma forma eficaz de diminuir os custos hospitalares, sem impacto negativo para os resultados dos pacientes. O autor mobiliza ainda CARO et al (2000), que referem que 70% dos custos totais com o AVC dizem respeito a custos hospitalares, e ANDERSON et al (2000), que consideram que a reabilitação domiciliária contribui igualmente para reduzir o tempo de internamento no hospital.

Analisando os custos da reabilitação domiciliária com a reabilitação no hospital, comparando os custos da visita domiciliária com a sessão de reabilitação no hospital, conclui-se que os custos hospitalares são 27% mais baratos. No entanto, numa análise mais detalhada, pode observar-se que alguns tipos de reabilitação hospitalar são mais caros que a reabilitação domiciliária, nomeadamente os cuidados de reabilitação aos idosos (GLADMAN et al, 1994 citados por BADER, 2008).

Face ao exposto, conclui-se que os estudos analisados dão resposta à questão PICO, uma vez que a reabilitação domiciliária tem implicações positivas na pessoa em situação de AVC, traduzidas nos scores obtidos no Índice de Barthel e Escala de Rankin Modificada, melhora a independência nas AVD’S, promove educação do binómio pessoa com AVC/ cuidador, obtendo-se ganhos de independência no auto-cuidado e nas capacidades do familiar/cuidador em cuidar o que otimiza a recuperação funcional e social da pessoa com AVC.

Os resultados alcançados com a revisão sistemática da literatura, traduzem ganhos de saúde para a pessoa em situação de AVC e revelam também, que os cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio, são uma alternativa efectiva para dar continuidade ao processo de reabilitação após a alta hospitalar destas pessoas.

4- CONCLUSÃO

Este relatório surge na sequência do último estágio de prática clínica, dando visibilidade ao percurso de especialização na área da enfermagem de reabilitação, e visa, com a sua apresentação, a obtenção do grau de Mestre na especialidade de reabilitação.

Os objectivos definidos para relatório foram alcançados, quer pela análise do processo de aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista de reabilitação, quer através do enquadramento da prática clínica baseada na evidência, com recurso à metodologia PICO, tendo sido possível aprofundar o conhecimento sobre a efectividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio à pessoa em situação de AVC, através da revisão sistemática da literatura.

No que respeita à efectividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação ao domicílio, ficou certamente mais claro o seu impacto positivo na recuperação funcional e social da pessoa em situação AVC. Foram igualmente valorizados outros aspectos, como a promoção de acessibilidades, a continuidade e a sustentabilidade do cuidar no domicílio, caros ao enfermeiro especialista de reabilitação, como elemento de referência nos processos adaptativos de pessoas com doença aguda/crónica.

O relatório possibilitou ainda ao seu autor efectuar uma análise e reflexão do percurso da prática clínica, tendo constituído um desafio em termos de enfermagem de reabilitação a revisão sistemática da literatura, com possibilidade de aplicação prática no seu contexto profissional.

Sugerem-se no entanto novos estudos para aprofundar e clarificar alguns aspectos relacionados com a efectividade da reabilitação domiciliária, como sejam o seu custo-eficácia, satisfação dos clientes /cuidadores, prevenção de complicações/reinternamentos, entre outros.

Importa referir alguns constrangimentos, nomeadamente o facto de existir uma insuficiente publicação de estudos de Investigação em Enfermagem de reabilitação. É fundamental que existam cada vez mais estudos científicos realizados e publicados, no sentido de uma prática cada vez mais baseada na evidência.

Não foi um percurso fácil. Muito empenho, trabalho e alguns sacrifícios pessoais e familiares estão inerentes a este mestrado profissionalizante, para o qual se espera contribuir positivamente com a construção de uma identidade profissional, personificada no enfermeiro especialista de reabilitação. Evoluiu-se pessoal e profissionalmente, na área do conhecimento de enfermagem de reabilitação. O cuidar é agora mais terapêutico e mais holístico, só assim faz sentido este percurso, onde a desvantagem e a incapacidade estão sempre presentes.

5-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M (2002). **Uma Crise Acidental na Família- O doente com AVC** (p. 13-15). Coimbra: Formasau

AMARAL .A - **A efectividade dos cuidados de enfermagem: Modelos de Análise**. Revista de Investigação em enfermagem, 2010, nº21.p.96 -105. COIMBRA

AMARAL N - **Assistência domiciliar em saúde: sua história e sua relevância para o sistema de saúde** . Revista Neurociências, 2001, vol.9, nº3, p.111-117.

BADER, T.- **Home-based rehabilitation for people with stroke: an evaluation of efficacy... including commentary by Winters JM and Easton S**. [Em linha] International Journal Of Therapy & Rehabilitation, 2008 [Consult.2011-11-10] Disponível em WWW :<URL http://web.ebscohost.com/ehost/detail?_vid=11&hid=126&sid=03026b3823a_a4c32a_84_d9eb7b5421c14%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009851220>

BOBATH, B (2001). **Hemiplegia em adultos: Avaliação e tratamento**. São Paulo: Editora Manole.

BOCCHI S.C.M – **O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2004 Set/Out; 57 (5):569-573

CANDELAS, M; OLIVEIRA,C - **A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: estudo de alguns factores que a influenciam**. Revista de investigação em enfermagem, 2000, nº2- Agosto p.11-21.

CANEDAS, M; FERNANDES, J; ALMEIDA, A ; MUGNOL, F - **Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral**. Arquivo Neuropsiquiatria 2006; vol.64,N.3-A, p.690-697 ISSN 0004-282X

CASTRO, Aldemar Araújo (2001). **Revisão sistemática e Meta-análise**. [Em linha] [Consult. 2001-09-11]. Disponível www:< [URL http://www.metodologia.org](http://www.metodologia.org)

CECATTO. R; ALMEIDA C. (2010) - **O planeamento da reabilitação na fase aguda após acidente vascular encefálico.** .[Em linha] Acta de Fisitria;17(1):37-43 . [Consult. 2011-09-20]. Disponível www:< [URL http://www.actafisiatrica.org.br/](http://www.actafisiatrica.org.br/)

CHERYL A, COTT CA, WILE R; DEVTT R, (2007)- **Continuity, transition and participation: Preparing clients for life in the community post-stroke.** Department of Physical Therapy, Faculty of Medicine, University of Toronto, Canada, 2ESRC National Centre for Research

COLLIÈRE, M F (2003) - **Cuidar ... A primeira arte da vida.** 2ª ed., Loures, Lusociência, ISBN:972-8383-53-3, p.440

COTT CA.(2004)- **Client-centred rehabilitation: Client perceptions.**Disabil Rehabil 2004;26:1411 – 1422.

CRAIG J., SMYTH R.(2004)- **Prática baseada na evidência- Manual para enfermeiros.** 1ª edição. Loures: Lusociência. 326p ISBN: 972-8383-61-4

DECRETO-LEI nº 101/2006. “DR I Serie”.109 (2006-06-6) 3856-3865

DIAS, M.F.P.B. (2006) – **Construção e Validação de um Inventário de Competências, Contributos para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com Grau de Licenciado.** Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 398p.ISBN: 972-8930-14-3.

Ebscohost: CINAHL e MEDLINE. [Em linha] [Consult. 2011-10-28]. Disponível [URL: http://search.ebscohost.com/](http://search.ebscohost.com/).

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTAREM (2010)- **Ficha de unidade curricular- ensino clínico.** 1ºCurso de 2º Ciclo-Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Acessível no Centro de Documentação e Informação da Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal.

EUROPEAN STROKE INITIATIVE RECOMMENDATIONS for STROKE MANAGEMENT- UPDATE. [Em linha] N°16 (2003). Cerebrovasc. Dis. ; 16:311-337. [Consult. 2011-10-25] Disponível [URL:http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI2003_Cerebrovasc_Dis.pdf](http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI2003_Cerebrovasc_Dis.pdf).

EUROPEAN STROKE ORGANIZATION- **Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico.** [Em linha]. 2008. [Consultado em 14Outubro 2011-09-14]. Disponível em WWW < [URL: http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf](http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf)

FARO. A -**Enfermagem de reabilitação, ampliando os horizontes legitimando os saberes.** [Em linha] Rev Esc Enferm USP 2006; 40(1):128-33. [Consult. 2011-09-28]. Disponível [URL http:// www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

FARO.A (2007) -[Em linha] [Consult. 2011-05-25]. Disponível em WWW: [URL http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Paginas/CongReabilitacao](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Paginas/CongReabilitacao)

FIGUEIREDO, Daniela (2007)- **Cuidados Familiares ao Idoso Dependente.** Lisboa, CLIMEPSI Editores.

FJAERTOFT H, INREDAVIK B, LYERSEN S.(2003) - **Stroke unit care combined with early supported discharge. Long-term followup of a randomized controlled trial.** Stroke 2003;34:2687 – 2692.

GALVÃO C, SAWADA, N - **A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. ISSN:0102-6933. 26:3(2005) 293-301

GODINHO. F (2010) - **O que é Acessibilidade?**[Em linha] [Consultado em 2011-07-14]. Disponível em WWW < [URL http://www.acessibilidade.net/web/](http://www.acessibilidade.net/web/)

HELSINGBORG DECLARATION (2006)- **On European Stroke Strategies.** World Health Organization.

HESBEEN, W (2003) -**A reabilitação: criar novos caminhos.** Loures. Lusociência.

HOEMAN, SHIRLEY P. (2000). **Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e processo.** Camarate, Lusociência

HOEMAN, Shirley P. (2011). **Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados.** 4ª ed., Loures, Lusodidacta.

HONORÉ, BERNARD – **A Saúde em Projecto.** Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002. ISBN: 972-8383-31-2

INSTITUTO NACIONAL REABILITAÇÃO. [Em linha] 2011. [Consult 2011-09-11]. Disponível em WWW: <[URL:http://www.inr.pt](http://www.inr.pt)>.

JOHNSTONE, M (1979)- **Restauração da função motora no paciente hemiplégico.** S. Paulo: Editora Manole

JOHNSTONE, M (1986)- **Tratamento domiciliar do paciente hemiplégico**. São Paulo:Editora Atheneu.

MCGINNES, A., EASTON, S., WILLIAMS, J., NEVILLE, J. (2010). **The role of the community stroke rehabilitation nurse**. *British Journal Of Nursing (BJN)*, 19(16), 1033-1038.

MACEDO, E.(2003)- **Cuidado Domiciliar na Atenção Primária**. Centro de Ciências de Saúde. Universidade Estadual Vale do Acarajú, Sobral.

MARGATO, Carlos - **Editorial, Revista Sinais Vitais** ISSN:0872-8844. Nº55 (Julho 2004) 2.

MARTINS, M.M.F.P.S (2002) – **Uma crise acidental na família- O doente com AVC**. Coimbra: Formasau.

MARTINS, T (2006) - **AVC Acidente Vascular Cerebral- Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau.

MAYO N, WOOD-DAUPHINEE S, CÔTÉ R, GAYTON D, CARLTON J, BUTTERY J, TAMBLYN R. (2000)-**There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke**. *Clinical Epidemiology*, Royal Victoria.

MESH- **Medical Subjects Headings Browser** [Em linha]. 2011. [Consult. 2011-10-28]. Disponível www: [URL: http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt](http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt).

MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (2005) – **Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins.

OLIVEIRA, Rui Aragão- **Psicologia Clínica e Reabilitação Física**. Lisboa. Edições ISPA, 2001

OLIVEIRA, Rui Aragão- **O Sujeito e o Corpo Perante a Incapacidade Física**. Revista Portuguesa de Psicossomática. Vol.6, Nº1; JANEIRO/JUNHO 2004

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002)- **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos**. Lisboa: Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS -**Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal 2010** [Em linha]. Comissão de Formação-Conselho de Enfermagem 2010 [Consultado em 2011-05-23]. Disponível em WWW<URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Paginas/default.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011)- **Proposta dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos**. Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Autor.

OREM, D.E (1980) – **Nursing: Concepts of Practice**. 2.^a Edição. New York. MacGraw-Hill.Ch. 3 p,35-54: Nursing and Self-care

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- (1998). **Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida**. [Em linha] . Genebra.[Consultado em 2011-09-14]. Disponível em WWW<URL http://www.who.int/mental_health/media/

PERRENOUD, Ph. (2000) **Dez Novas Competências para Ensinar**, Porto Alegre, Artmed Editora.

RECOMMENDATIONS FOR THE ESTABLISHMENT OF STROKE SYSTEMS OF CARE (2005)-**Recommendations From the American Stroke Association’s Task Force on the Development of Stroke Systems**. *Stroke*. [Em linha] 36:690-703 [Consultado em 2011-09-21]. Disponível em WWW <URL <http://stroke.ahajournals.org/content/36/3/690.full>

REGULAMENTO nº125/2011. "DR II Serie".35 (2011-02-18) 8658-8659 **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação**

REGULAMENTO nº122/2011. "DR II Serie".35 (2011-02-18) 8658-8659 **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

RIBEIRO, J.L.P. (2006) Prefácio. **AVC Acidente Vascular Cerebral- Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos e NOBRE, Moacyr Roberto Cuce **-A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. vol. 15 no.3 Ribeirão Preto June 2007

SILVA , Alzira ;BRAZ Maria; FERREIRA Maria; FONTES Raquel; ALMEIDA Sandra-**Prática baseada na evidência: Investindo na Qualidade em enfermagem**. *Revista Sinais Vitais*. ISSN:0872-8844. Nº79 (Julho 2008) 37-43

TEASELL R, FOLEY N, SALTER K, BHOGAL S, BAYONA N, JUTAI J,SPEECHLEY M.(2005)- **Evidence-based review of stroke rehabilitation.Outpatient Stroke Rehabilitation**. London, Canada;.

TORRES-ARREOLA L, DOUBOVA S TORRES-ARREOLA, L., DOUBOVA, S., HERNANDEZ, S., TORRES-VALDEZ, L., CONSTANTINO-CASAS, N., GARCIA-CONTRERAS, F., TORRES-CASTRO, S.- **Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in México.** [Em linha] . Journal Of Clinical Nursing, 2009. [Consult.2011-11-10] Disponível em WWW:<URL <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=16&hid=119&sid=4d9752a5-95c7-4171849efbc99ad85021%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010442796>>

TYSON S, TURNER G (2000)- **Discharge and follow-up for people with stroke: What happens and why.** Clin Rehabil ;14: 381 – 392.

VENTURA, M.C.A.A. - **Influência do Hemisfério Afectado na Reabilitação do Doente com Acidente Vascular Cerebral.** Revista Referência,2000, 5,17-24.

VENTURA, M.C.A.A. - **Independência funcional em doentes com AVC: influência do hemisfério afectado.** Revista Referência, 2002, 9, 31-40

WINKEL, A., EKDAHL, C., & GARD, G.- **Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review.** [Em linha]. Physical Therapy Reviews, 2008. [Consult.2011-11-10] Disponível em WWW: <URL <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=126&sid=03026b38-23aa-4c32-a84d9eb7b5421c14%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009960403>>.

ANEXOS

ANEXO I – PROJECTOS DE ESTÁGIO



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PROJECTO DO ESTÀGIO II

- CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
À PESSOA/FAMILIA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS -



Prof. Orientador:

Prof. José Lourenço

Enf. Cooperante:

Victor Lopes

O Mestrando:

Rui Silva, nº 090430003

ALCOBAÇA
NOVEMBRO 2010

INDICE

INTRODUÇÃO

OBJECTIVOS

PLANO DE ACTIVIDADES

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

Integrado no ensino clínico do Mestrado de Enfermagem de reabilitação, irei iniciar dentro de dias o segundo estágio com o enfoque nos cuidados especializados de reabilitação á pessoa com afecções neurológicas não traumáticas. O estágio irá decorrer no Centro Hospitalar Oeste Norte, mais propriamente no serviço de Medicina do Hospital de Alcobaça, tendo como Enfermeiro Cooperante o enfermeiro Víctor Lopes, um profissional com larga experiência na Enfermagem de Reabilitação já de longa data. Foi uma escolha, uma vez mais propositada no intuito de desenvolver competências específicas com vista ao meu crescimento profissional.

O extraordinário crescimento da população mundial neste último século, manifesta-se de igual modo no que diz respeito ao número de indivíduos com incapacidades físicas adquiridas. Para tal, contribuiu o desenvolvimento tecnológico e os avanços científicos no campo médico, que em conjunto com melhores condições no plano económico, têm proporcionado uma esperança de vida até há pouco impensável, advindo também daí consequências funcionais e desvantagens múltiplas.

Algumas estimativas, apontam para cerca de 500 milhões de habitantes em todo o mundo, que apresentam incapacidades físicas e funcionais (10 a 12% da população). As mais severas são também aquelas que estão melhor estudadas: o Síndrome de hemiplegia, devido a um acidente vascular cerebral (AVC), em todo o mundo, atinge cerca de 1,5 milhões de indivíduos, 6 pessoas em 1000 vivem com as consequências de um AVC (OLIVEIRA, 2001). Este enorme grupo de pessoas traduz-se por um movimento que assume cada vez mais uma dimensão política, social e económica influente e assinalável, necessitando de Cuidados de Enfermagem.

OBJECTIVOS

- Desenvolver competências específicas para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação á pessoa/família em situação doença neurológicas não traumática, integrando a equipa multidisciplinar;
- Planear actividades conducentes com a aquisição de competências;
- Construir um instrumento de orientação e análise para o relatório de final de estágio;

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), refere três competências gerais para o enfermeiro especialista de reabilitação:

- > J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- > J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- > J3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;

Estas competências foram tidas em linha de conta na elaboração deste projecto, e na prossecução dos objectivos atrás referidos. Foi delineado um plano de actividades a desenvolver durante o estágio de 4 semanas, que é descrito em seguida.

PLANO DE ACTIVIDADES

Objectivo institucional	OBJECTIVOS INDIVIDUAIS	ACTIVIDADES PRECONIZADAS	INTREVENIENTES	HORIZONTE TEMPORAL
<p>- Demonstrar competências adequadas á prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas transdisciplinares á pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, e neurológica, visando a sua independência máxima.</p>	<p>Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos neste contexto;</p>	<p>Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, de acordo com as necessidades identificadas</p>	<p>- Enf. Estagiário</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
	<p>Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação á pessoa com afecção neurológica não traumática</p>	<p>– Efectuar a avaliação neurológica da pessoa (consciência, movimentos faciais, exame pupilar, exame motor, avaliação sensorial) com a folha de registos de enfermagem de reabilitação em uso no serviço. - Realizar posicionamentos anti-espásticos; – Realizar exercícios terapêuticos adequados à situação de cada pessoa (rolar, ponte, facilitação cruzada, treino de equilíbrio, auto-mobilização, etc.) - Intervir na reabilitação motora da pessoa (mobilizações activas /assistidas e passivas polisegmentares, treino de marcha com produtos de apoio, pedaleira, etc.)</p>	<p>- Enf. Estagiário com supervisão do enfermeiro cooperante</p>	

PLANO DE ACTIVIDADES

Objectivo institucional	OBJECTIVOS INDIVIDUAIS	ACTIVIDADES PRECONIZADAS	INTREVENIENTES	HORIZONTE TEMPORAL
<p>-- Demonstrar competências adequadas á prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas transdisciplinares á pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, e neurológica, visando a sua independência máxima.</p>	<p>- Desenvolver capacidade no planeamento das intervenções de Enfermagem de Reabilitação á pessoa com afecção neurológica não traumática.</p> <p>-Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação á pessoa com afecção neurológica não traumática com patologia respiratória associada.</p>	<p>- Delinear estratégias de intervenção de acordo com o estado de saúde da pessoa.</p> <p>– Registar as acções de enfermagem de reabilitação realizadas, utilizando os recursos do serviço.</p> <p>– Avaliar com o enfermeiro cooperante os cuidados prestados.</p> <p>- Inaloterapia Prévia;</p> <p>-Drenagens posturais modificadas;</p> <p>- Manobras manuais associadas de compressão, precursão e vibração;</p> <p>-Estimulação da tosse;</p> <p>-Aspiração de secreções;</p>	<p>-Enf. Estagiário com supervisão do enfermeiro cooperante</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

PLANO DE ACTIVIDADES

Objectivo institucional	OBJECTIVOS INDIVIDUAIS	ACTIVIDADES PRECONIZADAS	INTREVENIENTES	HORIZONTE TEMPORAL
<p>Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.</p>	<p>Intervir na preparação da pessoa para o regresso a casa.</p>	<p>- Ensinar à pessoa consciente e colaborante, exercícios de automobilização -Ensinar, treinar e instruir, a pessoa com afecção neurológica, não traumática e respectiva rede de apoio informal a adopção de estratégias adaptativas; - Referenciar para o serviço de reabilitação do hospital para dar continuidade ao processo reabilitação</p>	<p>- Enf. Estagiário com supervisão do enfermeiro cooperante</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projecto de autoformação que elaborei é um projecto sintético, realista e concretizável. Espero conseguir ultrapassar mais esta etapa, para tal conto com o meu empenho, com a colaboração do enfermeiro cooperante e de todos os elementos da equipa interdisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ORDEM DOS ENFERMEIROS **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional** [Em linha]. [Consultado em 2010-11-04]. Disponível em

<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos2.pdf>

OLIVEIRA, ARAGÃO RUI (2001). **ELEMENTOS PSICOTERAÊUTICOS NA REABILITAÇÃO DOS SUJEITOS COM INCAPACIDADES FÍSICAS ADQUIRIDAS**. [CONSULT. 2010-11-4] ANÁLISE PSICOLÓGICA, 4, XVIII, PAG 437-453.

DISPONÍVEL EM URL:WWW.SCIELO.OCES.MCTES.PT/PDF/APS.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

PROJECTO DO ESTÀGIO II

CONTEXTO DE NEUROLOGIA TRAUMÁTICA

Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais - Tocha



PROF. ORIENTADOR:

PROF. JOSÉ LOURENÇO

O MESTRANDO:

RUI SILVA, nº 090430003

ENF. COOPERANTE:

ENFª MARGARIDA

SANTAREM

JANEIRO DE 2011

INDICE

INTRODUÇÃO

CONTEXTUALIZAÇÃO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

Um dos pressupostos do plano de estudos do Mestrado em enfermagem de Reabilitação, é a aquisição de competências científicas e técnicas adequadas á prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. É nesse sentido que se insere a unidade curricular do estágio II, que decorre em contextos/serviços de pessoas com alterações neurológicas traumáticas. Este tipo de patologias são cada vez mais frequentes, o que exige maior especialização e maior domínio de conhecimento, a sua relevância implica uma resposta capaz ás necessidades físicas, psicológicas e sociais que estas pessoas apresentam.

Este Ensino Clínico, integrado no Estágio II, decorre de 27 de Janeiro a 20 Fevereiro de 2011, no Centro de Medicina Física e Reabilitação do Centro - Rovisco Pais, na Tocha. É uma instituição prestadora de cuidados de saúde diferenciados na área da reabilitação, que exerce uma actividade de interesse público, em articulação com os serviços de saúde da região centro do país, promovendo a readaptação e reintegração sócio-profissional de pessoas com deficiência. Está dividida em quatro unidades distintas: reabilitação geral; ambulatório; lesionados vertebro-medulares e acompanhantes.

A escolha desta instituição para desenvolvimento deste ensino clínico, prende-se com o interesse em conhecer o trabalho que é desenvolvido neste centro de Reabilitação ao mais alto nível, com enfoque no trabalho específico do enfermeiro especialista de reabilitação.

Como objectivos dirigidos a este estágio, a unidade curricular - ensino clínico, preconiza dois objectivos gerais:

► Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/interdisciplinares,

à pessoa/família com alteração neuro-traumatológica, visando a sua independência máxima.

► Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Neste processo de aquisição e construção de competências específicas, essenciais ao enfermeiro especialista de reabilitação, foram tidas em conta as competências emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2009), relativamente á especialidade de reabilitação:

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

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

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Como forma de operacionalizar os objectivos gerais dirigidos para esta prática clínica e as competências essenciais ao enfermeiro especialista de reabilitação, estabeleci seis objectivos específicos e um plano de actividades a desenvolver ao longo das quatro semanas. Trata-se de um plano flexível e mutável, que será completado de acordo com a gestão do tempo disponível e as oportunidades de aprendizagem que ocorram.

1º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Integrar a equipa transdisciplinar do serviço de lesionados Vertebro-Medulares desenvolvendo e promovendo cuidados de enfermagem de reabilitação pertinentes e adequados

Actividades Planeadas	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reconhecimento do espaço físico do serviço de lesionados Vertebro- medulares e recursos disponíveis no mesmo (técnicos e materiais); - Identificação dos diversos elementos da equipa transdisciplinar ; - Consulta de manuais, normas e protocolos existentes no serviço, com ênfase nas actividades de reabilitação; - Observação do trabalho dos diversos elementos da equipa transdisciplinar, com destaque no enfermeiro de reabilitação; - Identificação dos instrumentos de avaliação e registo de enfermagem de reabilitação; - Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação com o enfermeiro cooperante; - Interacção com a pessoa/família com lesão vertebro-medular, esclarecendo dúvidas, fazendo ensinios pontuais de forma a promover uma melhor reabilitação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Enf. Cooperante - Enf. Chefe - Mestrando -Equipa Transdisciplinar - Pessoa/família com lesão vertebro-medular 	<p>Primeira semana de ensino clínico</p>

2º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Desenvolver competências técnicas e científicas de reabilitação no cuidar da pessoa/família com lesão vertebro-medular, com vista à sua máxima autonomia e independência.

Actividades Planeadas	Intervenientes	Cronologia
<p>- Avaliação da capacidade funcional da pessoa com lesão vertebro-medular , utilizando escalas para o efeito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Avaliação da força muscular, tonus muscular, sensibilidade e equilíbrio; ☞ Classificação do grau de lesão medular (Ásia Impairment Scale); <p>- Avaliação do padrão respiratório;</p> <p>- Identificar o projecto de vida da pessoa/família, visando a máxima autonomia possível;</p> <p>-Planeamento e prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação personalizados, dirigidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Ao compromisso da mobilidade: prevenir síndrome de imobilidade, posicionamento/alternância de decúbito tendo em conta o nível da lesão medular, realização de actividades terapêuticas, exercícios de mobilidade articular e transferências 	<p>Enfº Cooperante</p> <p>- Mestrando</p> <p>-Equipa Transdisciplinar</p> <p>- Pessoa/família com lesão vertebro-medular</p>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

<p>☞ Ao Compromisso da eliminação intestinal e vesical: reeducação vesical e intestinal tendo em conta o nível da lesão medular e a fase de evolução do TVM (algaliação permanente em drenagem livre, programa de cateterismo intermitente/autoesvaziamento, programa de esvaziamento sem cateter, programa de esvaziamento intestinal/treino intestinal);</p> <p>☞ Ao compromisso da autonomia (treino de actividades de vida diária -vestuário, higiene pessoal, alimentação e transferências) com ensino de estratégias/ produtos de apoio com vista á aquisição de independência funcional;</p> <p>☞ Ao Compromisso do padrão respiratório (realização de exercícios de reeducação funcional respiratória e drenagem postural);</p> <p>- Avaliação dos resultados das intervenções de reabilitação junto do enfermeiro cooperante e equipa transdisciplinar e se necessário reformular;</p>	<p>Enfº Cooperante</p> <p>- Mestrando</p> <p>-Equipa Transdisciplinar</p> <p>- Pessoa/família com lesão vertebro medular</p>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>
---	--	-----------------------------------

3º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Desenvolver competências pedagógicas na prática clínica diária com a pessoa/família com lesão vertebro medular, visando o regresso a casa e a reinserção social.

Actividades Planeadas	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das necessidades de informação da pessoa com LVM/cuidador informal, tendo em vista a optimização da intervenção do enfermeiro de reabilitação; -Estimulação da participação da pessoa com LVM/cuidador informal no processo de reabilitação; -Instrução á pessoa com LVM e cuidador informal sobre estratégias adaptativas: <ul style="list-style-type: none"> ☞ Identificação de factores inibidores na realização das AVD de forma independente no contexto de vida da pessoa; ☞ Orientação da pessoa com LVM/cuidador informal na identificação e eliminação de barreiras arquitectónicas e na aquisição de produtos de apoio; - Implicar a pessoa com LVM/família/cuidador informal num programa de actuação preventivo e de aptidão para a acção, através de ensino, com vista a eliminar ou minorar os factores desencadeantes de uma crise de disreflexia autonómica; - Sensibilização da pessoa com LVM/família/cuidador para a necessidade de manter o programa de reabilitação instituído, no intuito de prevenir o síndrome da imobilidade 	<p>Enfº Cooperante</p> <p>- Mestrando</p> <p>- Pessoa/família com lesão vertebro medular</p>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

4º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Desenvolver competências de gestão/ organização, otimizando os recursos existentes tendo em vista a segurança e qualidade dos cuidados.

Actividades Planeadas	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none">-Analisar as diferentes situações de cuidados de enfermagem de reabilitação existentes no serviço e estabelecer prioridades, de forma a adquirir uma organização eficiente do trabalho;- Concretizar as acções planeadas, com avaliação da sua eficácia face aos objectivos definidos;- Promover a continuação de cuidados de reabilitação, avaliando e registando os cuidados prestados, partilhando informações com a equipa transdisciplinar;- Gerir racionalmente os recursos materiais disponíveis no serviço;	Enfº Cooperante - Mestrando -Equipa Transdisciplinar	Ao longo do ensino clínico

6º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Reflectir sobre o processo de aprendizagem realizado no ensino clínico - contexto de neurologia traumática

Actividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none">-Reflexão critica individual centrada em aprendizagens significativas.-Esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências com enfermeira cooperante.- Elaboração de um relatório de contexto.- Auto e hetero avaliação	<p>Mestrando</p> <ul style="list-style-type: none">-Enfermeiro cooperante- Professor orientador	<p>Última semana de ensino clínico</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projecto de estágio permitiu esquematizar os objectivos que me propus alcançar durante o ensino clínico. Dado o contexto, são objectivos realistas e alcançáveis, que serão avaliados posteriormente em relatório final.

É o quarto estágio deste percurso de especialização, pretende-se dinâmico, interactivo e rico em experiências com vista a uma aprendizagem efectiva e eficaz.

As expectativas de aprendizagem são grandes, uma vez que não tenho experiência profissional, com pessoas lesionadas vertebro-medulares, pelo que espero aproveitar ao máximo.

Essencial para a consolidação de saberes e para o desenvolvimento de competências, é um projecto dinâmico, ficando em aberto a possibilidade de ser revisto e adequado à realidade que se encontre, procurando maximizar as experiências de aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho de Enfermagem da OE (2009) -**Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PROJECTO DO ESTÀGIO II-OPCIONAL

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

CONTEXTOS DE URGÊNCIA E CIRURGIA



PROF. ORIENTADOR:
PROF. JOSÉ LOURENÇO

ENF. COOPERANTE:
ENFª SONIA PENAS

O MESTRANDO:
RUI SILVA, Nº 090430003

SANTAREM
FEVEREIRO 2011

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....3

CONTEXTUALIZAÇÃO

OBJECTIVOS ESPECIFICOS E ACTIVIDADES A DESENVOLVER

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....11

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....12

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém, integrado no estágio II, está previsto a realização de um Ensino Clínico opcional com a duração de 120 horas (entre 28 de Fevereiro e 27 de Março de 2011), orientado essencialmente para a aquisição de competências científicas e técnicas adequadas á prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Este, realizar-se-á em dois serviços do Centro Hospitalar Oeste Norte, em Alcobaca, mais propriamente nos Serviços de Urgência e Cirurgia, sendo o Sr. Professor José Lourenço responsável pelo estágio e terá como orientador/cooperante a Sr.ª Enfermeira Sónia Penas.

Foi proposto a realização de um projecto de ensino clínico, adequado aos objectivos gerais do mesmo e também aos objectivos pessoais. Optei por estes contextos, para desenvolver o ensino clínico, afim de conhecer/ integrar o trabalho específico do enfermeiro especialista de reabilitação, uma vez que não passei antes por qualquer destes contextos em estágio clínico, permitir-me-á ter uma visão mais alargada do papel do enfermeiro especialista de reabilitação e a sua inter-relação na equipa transdisciplinar.

Considero os contextos de Cirurgia/urgência ricos em oportunidades de aprendizagem, quer na área da reeducação funcional respiratória quer na reeducação funcional motora. Na pessoa submetida a intervenção cirúrgica a intervenção do Enfermeiro especialista é relevante no sentido de prevenir e/ou corrigir complicações assim como na urgência, em processo agudo de doença onde uma avaliação inicial minuciosa pode servir para mensurar ganhos em saúde numa fase posterior aquando da alta.

De acordo com IMPERATORI e GIRALDES (1982) um projecto é a programação das actividades que se pretendem desenvolver, dentro de um período de tempo delimitado, e visando objectivos bem definidos, diminuindo, deste modo, o imprevisto. Neste contexto, torna-se indispensável definir os objectivos gerais e específicos que me proponho atingir no decorrer deste estágio, visando otimizar o tempo e potencializar a aquisição de novos conhecimentos.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A definição de objectivos e o planeamento das actividades a desenvolver no decurso do ensino clínico contribuem para o desenvolvimento de competências científicas e técnicas, permitindo uma permanente auto-avaliação e consciencialização crítica do desempenho profissional.

Estabelecer objectivos constitui o pilar de qualquer aprendizagem, funciona como guia orientador da nossa acção.

Como objectivos dirigidos a este ensino clínico a unidade curricular preconiza:

- Demonstrar competências adequadas á prestação de cuidados específicos de enfermagem e reabilitação, integrando equipas transdisciplinares, à pessoa/família com alteração neurológica, cirúrgica visando a sua independência máxima.
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E ACTIVIDADES A DESENVOLVER

Partindo dos objectivos gerais, foram delineados objectivos específicos, no sentido de delimitar e clarificar, de forma concreta, as metas pessoais a alcançar durante este estágio.

Estes objectivos reflectem as competências a adquirir, desenvolver ou aperfeiçoar e surgem de encontro a interesses pessoais.

1º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Integrar a equipa transdisciplinar do serviço de urgência e cirurgia desenvolvendo e promovendo cuidados de enfermagem de reabilitação pertinentes e adequados

Actividades Planeadas	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Observação e reconhecimento do espaço físico dos serviços de urgência e cirurgia e recursos disponíveis nos mesmos (técnicos e materiais); - Identificação dos diversos elementos das equipas transdisciplinares; - Consulta de manuais, normas e protocolos existentes nos serviços, com ênfase nas actividades de reabilitação; - Observação do trabalho dos diversos elementos da equipa transdisciplinar, com destaque no enfermeiro de reabilitação; - Identificação dos instrumentos de avaliação e registo de enfermagem de reabilitação; - Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação com o enfermeiro cooperante; - Interação com a pessoa/família com patologia neurológica e ou cirúrgica esclarecendo dúvidas, fazendo ensinamentos pontuais de forma a prevenir complicações visando a sua independência máxima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enf. Cooperante - Enf. Chefe - Mestrando -Equipa Transdisciplinar - Pessoa/família com patologia neurológica/cirúrgica 	<p>Primeira semana de ensino clínico</p>

2º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Desenvolver competências técnicas e científicas de reabilitação no cuidar da pessoa/família com patologia do foro neurológico, cirúrgico e respiratório, com vista à sua máxima autonomia e independência.

Actividades Planeadas	Intervenientes	Cronologia
<p>- Avaliação neurológica/capacidade funcional da pessoa com patologia neurológica e do foro cirúrgico, aplicando escalas/instrumentos para o efeito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Avaliação do estado de consciência, força muscular, tonus muscular, sensibilidade e equilíbrio; <p>- Avaliação do padrão respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Consulta processo clínico e observação de exames complementares de diagnóstico; ☞ Avaliação física (observação, palpação, auscultação); ☞ Programa de Reeducação funcional respiratória (RFR) no período pré-operatório: ☞ Educação e treino: posição de relaxamento, consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, da contenção de sutura e da tosse assistida. ☞ Programa de RFR no pós-operatório com a execução das técnicas ensinadas previamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enf. Cooperante - Enf. Chefe - Mestrando -Equipa Transdisciplinar - Pessoa/família com patologia neurológica/cirúrgica 	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

<p>-Planeamento e prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação personalizados, dirigidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Ao Compromisso do padrão respiratório (realização de exercícios de reeducação funcional respiratória e drenagem postural); ☞ Ao compromisso da mobilidade: prevenir síndrome de imobilidade, posicionamento/alternância de decúbito (posicionamento em padrão anti-espástico), realização de actividades terapêuticas (rolar, ponte, facilitação cruzada, treino de equilíbrio, auto-mobilização), exercícios de mobilidade articular (mobilizações activas/ assistidas e passivas, polisegmentares), treino de marcha com produtos de apoio, etc. ☞ Ao compromisso da autonomia (treino de actividades de vida diária -vestuário, higiene pessoal, alimentação e transferências) com ensino de estratégias/ produtos de apoio com vista á aquisição de independência funcional; <p>- Mobilizar os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares da parte teórica do mestrado de reabilitação;</p> <p>- Aprofundar sempre que necessário o conhecimento recorrendo a bases de dados científicas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enf. Cooperante - Mestrando -Equipa Transdisciplinar - Pessoa/família com patologia neurológica/cirúrgica 	<p>Ao longo do ensino clínico</p>
---	--	-----------------------------------

3º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Desenvolver competências pedagógicas e de gestão/organização na prática clínica diária.		
Actividades Planeadas	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das necessidades de formação nos serviços tendo em vista a participação do enfermeiro de reabilitação na formação em serviço; - Estimulação da participação da pessoa /cuidador informal no processo de reabilitação; - Instrução á pessoa /cuidador informal sobre estratégias adaptativas (eliminação de barreiras arquitectónicas, aquisição de produtos de apoio, etc.); - Analisar as diferentes situações de cuidados de enfermagem de reabilitação existentes no serviço e estabelecer prioridades, de forma a adquirir uma organização eficiente do trabalho; - Concretizar as acções planeadas, com avaliação da sua eficácia face aos objectivos definidos; - Promover a continuação de cuidados de reabilitação, avaliando e registando os cuidados prestados, partilhando informações com a equipa transdisciplinar; - Gerir racionalmente os recursos materiais disponíveis no serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> - Enf. Cooperante - Mestrando - Equipa Transdisciplinar - Pessoa/família com patologia neurológica/cirúrgica 	<p style="text-align: center;">Ao longo do ensino clínico</p>

4º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Reflectir sobre o processo de aprendizagem realizado no ensino clínico – contextos de urgência e cirurgia

Actividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none">-Reflexão critica individual centrada em aprendizagens significativas.-Esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências com enfermeira cooperante.- Elaboração de um relatório de contexto.- Auto e hetero avaliação	<p>Mestrando</p> <ul style="list-style-type: none">-Enfermeiro cooperante- Professor orientador	<p>Última semana de ensino clínico</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este plano de actividades pretendo dar conhecimento dos objectivos traçados para este ensino clínico (contexto de urgência/cirurgia), no sentido do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. O plano pretende também, servir de base à reflexão sobre a função do enfermeiro de reabilitação nos diferentes contextos profissionais e sobre o papel importante que desempenha na equipa multidisciplinar.

Como todo e qualquer projecto, estará sujeito a alterações/reformulações no decorrer do estágio, tendo em conta a evolução do mesmo e as várias situações de aprendizagem que possam surgir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1982.

ANEXO II – MOMENTOS FORMATIVOS

Não é um caminho fácil de percorrer e não tem que estar sozinho neste percurso.

O QUE PODE FAZER POR SI PRÓPRIO:

- > **Diga** às pessoas que sofre de Afasia;
- > **Traga** um pequeno cartão consigo que explique o que é a afasia;
- > **Peça ajuda** á família e aos amigos, partilhe as suas preocupações com os outros não as guarde;
- > **Prepare** previamente uma conversa mentalmente ou escreva-a num papel;

Existem alguns apoios à sua disposição:

Associação Nacional de Afásicos (Lisboa)

‡ 218530194 (Telf/fax) ;

Site: www.afasicos.org

Gabinete de Terapia da Fala do Centro Hospitalar Oeste Norte - Caldas da Rainha

‡ 262 830300 (geral)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CHON

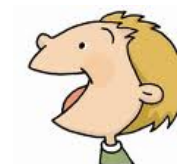
CENTRO HOSPITALAR
DO OESTE NORTE
ALCOBAÇA

AFASIA - UMA PERTURBAÇÃO DA LINGUAGEM

A **AFASIA** RESULTA DE UMA LESÃO CEREBRAL (AVC, TRAUMATISMO CRANIANO, INFEÇÃO CEREBRAL, ETC.) E TRADUZ-SE NUMA DIFICULDADE NA COMUNICAÇÃO:



Na leitura



Na fala

OU



Na escrita



Na compreensão
auditiva

A AFASIA É UMA PERTURBAÇÃO, QUASE INVISÍVEL MAS MUITO INCAPACITANTE

➤ NÃO EXISTE MEDICAÇÃO ESPECÍFICA PARA ESTE PROBLEMA...

25% DOS DOENTES RECUPERAM A LINGUAGEM;

50% DOS DOENTES MANTÉM DÉFICE PARCIAL,
MAS QUE PERMITE COMUNICAÇÃO FUNCIONAL

25% DOS DOENTES FICAM ACENTUADAMENTE
INCAPACITADOS;

... PORÉM A FAMÍLIA TEM UM PAPEL FUNDAMENTAL NA RECUPERAÇÃO DO DOENTE, CRIANDO ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS PARA A COMUNICAÇÃO.

ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO COM A PESSOA AFÁSICA?

- **Dar tempo** para a pessoa, com afasia, falar;
- **Ouvi-los** até ao fim;
- **Não acabar as suas frases;**
- **Faça perguntas** simples de resposta sim/não;
- **Falar de frente para a pessoa, pausadamente, evitando locais ruidosos;**
- **Estimule-o a usar outros meios de comunicação**, por exemplo gestos e imagens, apontar.
- **Fazer** uma lista prática com cerca de 25 palavras (cama, cadeira, mesa, água, casa de banho, sim, não, etc.), e quando a pessoa tiver aprendido estas, ensinar-lhe uma lista mais extensa.
- **Confirmar** se a pessoa compreendeu o que se lhe disse;

QUANDO A PESSOA NÃO COMPREENDE O QUE SE LHE DIZ:

- **Repita** o que disse o número de vezes necessário para que ele compreenda o que lhe pretende transmitir;
- **Simplifique** a estrutura das frases que usa e reduza a velocidade a que fala;
- **Enfatize** as palavras de maior importância na frase;
- **Exemplifique** o que pretende, pedindo depois que repita;
- **Não insistir** na comunicação, quando está cansada ou sobre pressão



AFASIA

UMA BARREIRA À COMUNICAÇÃO

Autores: Enfª Paula Mendonça
Enfº Rui Silva

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

SUMÁRIO

- OBJECTIVOS
- ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DA AFASIA
- NEUROFISIOLOGIA DA LINGUAGEM
- CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS
- AVALIAÇÃO
- PROGNÓSTICO/ IMPLICAÇÕES
- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OBJECTIVOS

- Participar na formação em serviço dos enfermeiros do Centro Hospitalar Oeste Norte - Hospital de Alcobaça
- Promover melhor comunicação Enfº/ Pessoa com afasia
- Rever e aprofundar o conhecimento sobre afasias.

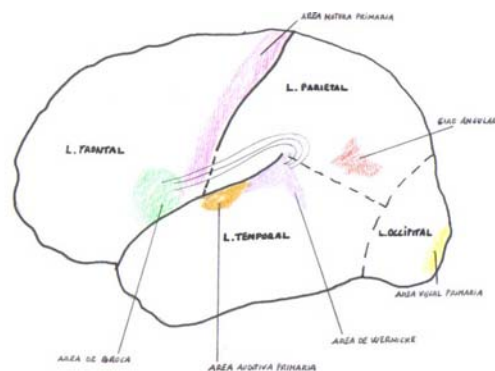
ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DA AFASIA

- Gall –Início séc. XIX
- Bouillaud –1825
- Broca –1861 (Linguagem no lobo frontal -Afemia)
- Assimetria funcional dos hemisférios
- Wernicke –1874 (afasia sensorial)
Modelo de organização do cérebro para a linguagem.
Dois centros de linguagem: motor e sensorial.
Afasia de condução (lesão nas fibras associativas)

NEUROFISIOLOGIA DA LINGUAGEM

- Hemisférios cerebrais são anatomicamente e funcionalmente assimétricos;
- Na função da linguagem o hemisfério esquerdo é dominante na maioria dos indivíduos;
- Existe uma relação entre o hemisfério Esq. e a utilização predominante da mão direita (96% dos dextros o hemisfério dominante para a linguagem é o Esq.)
- Uma lesão no hemisfério direito pode afectar a linguagem a vários níveis (compreensão de histórias e fábulas, frases com sentido metafórico)
- Existem três áreas no hemisfério Esq. envolvidas na linguagem: Broca, Wernicke e giro angular;

(CORREIA, 2004)



AFASIA



- A afasia é uma perturbação ou distúrbio da linguagem que resulta de uma disfunção ou lesão cerebral localizada nas estruturas envolvidas no processo de linguagem.
- Nem todas as alterações da linguagem podem ser designados de afasia

(Caldas, 2000)

AFASIA

- As pessoas com afasia estão parcial ou totalmente incapacitadas para **compreender** ou **expressar** as palavras. A expressão e compreensão escrita estão em regra mais afectadas que a sua componente oral, mas ambas estão envolvidas em graus variáveis.

- Acidente vascular cerebral (85%),
- Tumor cerebral ou uma infecção,
- Traumatismo craniano.

Etiologia

(Coudry, 1988)

OUTROS SINDROMES QUE ENVOLVEM A COMUNICAÇÃO

- **Alexia** – perda da capacidade para compreender as palavras escritas.
- **Anomia** - incapacidade para nomear os objectos ou reconhecer os seus nomes.
- **Disartria** - perturbação da articulação da linguagem. Não é um problema de linguagem, deve-se a uma lesão na área do cérebro que controla os **músculos utilizados para emitir sons e coordenar os movimentos** do aparelho vocal.

CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS

- Os síndromes afásicas podem ser divididos pelo padrão de atingimento ao nível de critérios específicos de linguagem:

- >Fluência
- >Compreensão
- >Repetição
- >Nomeação

(Goodglass e Kaplan, 1983)

CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS

- **FLUENTE** – Wernicke, transcortical sensitiva, de condução e anômica;
- **NÃO FLUENTE** – Broca, transcortical motora, transcortical mista e global

(COELHO, 1997)

DISCURSO

FLUENTE	NÃO FLUENTE
<ul style="list-style-type: none">-Débito normal ou elevado,-Produzido sem esforço,-Integridade da linha melódica-Pobre em ideias-Múltiplas parafasias	<ul style="list-style-type: none">-Baixo débito (poucas palavras por unidade de tempo),-Produzido com esforço,-Constituído por frases curtas ou palavras isoladas,-Pausas são frequentes e longas,-Perda da linha melódica habitual.

AVALIAÇÃO DA AFASIA

COMPONENTES DA LINGUAGEM QUE DEVEM SER AVALIADOS AO EXAME FÍSICO:

- **Discurso espontâneo** – avalia-se dando temas ao doente como doença, profissão, idade, estado civil.
- * Permite **diferenciar afasia de disartria**, por exemplo:
- **Teste da fonação e ressonância** - (aaaaah),
- **Função dos lábios** – pa pa pa,
- **Função da língua** – ta ta ta,
- **Função laringe posterior** – ca ca ca.
Permite avaliar:
 - **Linguagem automática** (dias da semana, meses do ano, contar até 20),
 - **Nomeação** – mostrando imagens objectos e partes do corpo,
 - **Repetição** – sílabas, palavras frases, números.

AVALIAÇÃO DA AFASIA

- **Compreensão** – é a área mais difícil de avaliar. Siga comandos simples num só passo e depois aumente progressivamente o número de passos,
 - ex. 1º tire os óculos. 2º abra o livro. 3º toque o nariz.
- Diálogo simples pedindo respostas sim/não,
 - ex. uma pedra flutua na água?
- **Leitura** – é importante saber com lia antes. Avalia-se solicitando (ex):
 - Leitura de sílabas, palavras, frases,
 - Legendar uma história.
- **Linguagem elaborada** – explora-se solicitando ao doente: Definição de palavras, Sinónimos antónimos, etc..

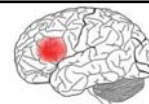
(LOUISE, 1992)

TESTES PARA A AFASIA

- **Exame Diagnóstico de Boston** – vinte e sete subtestes não baseados em linguagem. O examinador avalia a fala do paciente em conversas e a compreensão auditiva numa escala de sete pontos.
- **Bateria de Afasia Western** – é uma modificação e expansão do Exame Diagnóstico da Afasia de Boston.

(LOUISE, 1992)

AFASIA DE BROCA - EXPRESSÃO (AFASIA MOTORA OU NÃO FLUENTE)

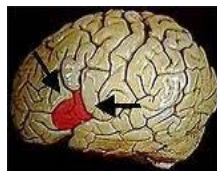


- **Comprometimento:** Estruturas localizadas nas porções mais anteriores como a porção posterior do giro frontal inferior ou área de Broca.
- **Clinicamente:** reduzida produção de palavras, com **frases curtas**,
 - agramáticas e amelódicas.
- A **compreensão da linguagem verbal** geralmente encontra-se **preservada**.
- Capacidade de repetição - **comprometida**.

(COELHO, 1997)

AFASIA DE BROCA

(TAC e RNM)

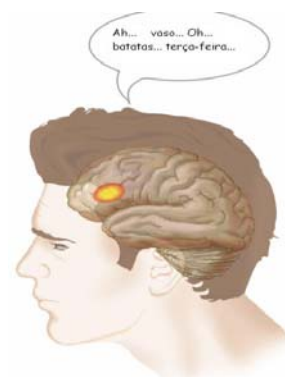


Lesões ou assimetrias na:

- Região frontal posterior
- Porção anterior da região têmporo-parietal de predomínio à esquerda.
- Em casos de lesões vasculares, o território comprometido pertence ao ramo superior da **artéria cerebral média esquerda**.

(COELHO, 1997)

AFASIA DE BROCA



AFASIA DE BROCA



AFASIA DE WERNICKE - COMPREENSÃO (AFASIA SENSORIAL OU FLUENTE)

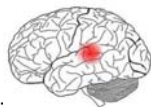


- **Estruturas comprometidas:**
 - Porção posterior do giro temporal superior área de Wernicke;
 - Córtex auditivo primário, no giro de Heschl.
- **Clinicamente:**
 - Fluência verbal preservada,
 - Conteúdo anormal com tendência a substituições (parafásias).
- **A compreensão da linguagem verbal e a repetição** encontram-se intensamente comprometidas.

(COELHO, 1997)

AFASIA DE WERNICKE - COMPREENSÃO (AFASIA SENSORIAL OU FLUENTE)

(TAC e RNM)



Os exames de imagem revelam lesões:

- Têmporo-parietais no hemisfério esquerdo,
- Território de irrigação do ramo inferior da artéria cerebral média ipsolateral.

AFASIA DE WERNICKE



AFASIA DE WERNICKE (COMPREENSÃO)



AFASIA DE BROCA / WERNICKE



Afasia de Broca

- As respostas são indecisas mas sensatas.
Pergunta: «Que representa esta fotografia?» (um cão a ladrar)
Resposta: «C-ca-ca-cão, oh não...ca-car... caramba a-a-ani-animal, sim, sim, animal, animal, c-c-...faz ruído.»

Afasia de Wernicke

- As respostas saem com facilidade, mas não fazem sentido.
Pergunta: «Como se sente hoje?»
Resposta: «Quando? Fácil, dado que o meu rio discorre caixas pretas umda abata H para quando venham os bubas.»

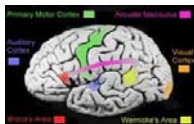
(DELISA, 2002)

AFASIA DE CONDUÇÃO

- A afasia de condução é a consequência da **desconexão** entre a região da compreensão auditiva (área de Wernicke) e a da produção de fala (área de Broca).

É provocada por lesão:

- -Feixe arqueado (feixes que conectam a área de Broca com a área de Wernicke)
- -Córtex auditivo (especialmente áreas primárias)
- -Córtex insular



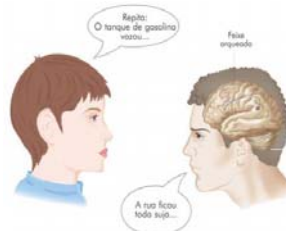
(COELHO, 1997)

AFASIA DE CONDUÇÃO

- **Compreensão** está relativamente **preservada**,
- A fala é **fluente** e espontânea.
- Existe, entretanto, **incapacidade de repetir** palavras correctamente.



(COELHO, 1997)



AFASIA ANÓMICA

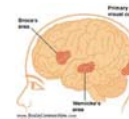
- A afasia Anômica é também chamada de **afasia amnésica**.
- Pode constituir a **sequela de outra afasia**.
- Localização difícil de precisar especialmente se for ligeira.
- Na fase aguda a área mais implicada é a região temporo-parietal.
- Pode implicar os lobos frontal, parietal e temporal e ao nível sub-cortical.

(COELHO, 1997)

- **Leitura, Escrita e Cálculo Relativamente preservados.**

AFASIA GLOBAL

- Forma mais grave de perturbação da linguagem.
- Resulta de uma extensa lesão do hemisfério esquerdo envolvendo todas as regiões que compõem a rede neuronal que suporta e trata a informação verbal. Implicam os lobos frontal, temporal e parietal (áreas irrigadas pela artéria cerebral média)
- -Região frontal inferior posterior (área de Broca)
- -Região temporal posterior superior (área de Wernicke)
- -Córtex auditivo
- -Ínsula
- -Gânglios da base



(COELHO, 1997)

AFASIA GLOBAL (AFASIA MISTA)

EXISTE:

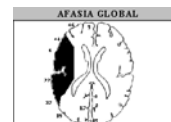
- ALTERAÇÃO DA LEITURA, ESCRITA E CÁLCULO
- ASSOCIADA A HEMIPLÉGIA OU HEMIPARÉZIA DTA
- ALTERAÇÕES SENSORIAIS
- ALTERAÇÕES DE CAMPOS VISUAIS.

(COELHO, 1997)



AFASIA GLOBAL

- **Linguagem:** Não fluente, Ausência de discurso, Palavras isoladas, Frases telegráficas.
- **Compreensão:** perturbação grave, compreende melhor aspectos relevantes a nível pessoal.
- **Nomeação:** Muito alterada.
- **Capacidade de Repetição:** Muito alterada.



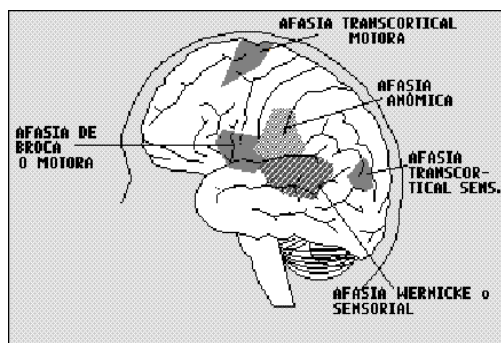
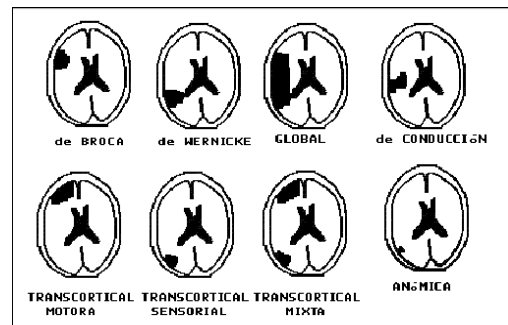
(COELHO, 1997)

AFASIAS transcorticais

- São aquelas em que a **área da linguagem** (perisilviana), é preservada, mas está **desconectada do restante cérebro**. Deve-se a um enfarto da linha divisória (zona marginal).
- A pessoa não pode iniciar a fala, **produzindo apenas sons** ou sílabas. Difere da afasia de Broca porque a repetição é quase perfeita e a leitura é frequentemente preservada. A escrita é comprometida.
- Clinicamente ela aparece como uma fase de recuperação da afasia de motora e aparece em lesões do lobo frontal anteriores ou superiores à área de Broca.

(COELHO, 1997)

IMAGIOLOGIA

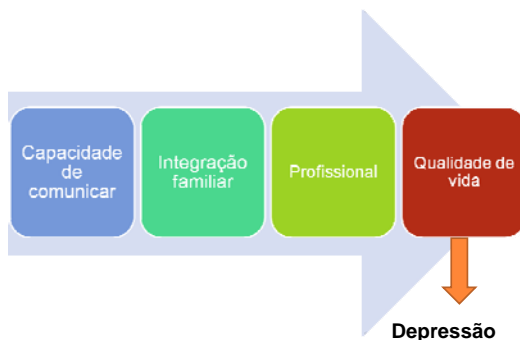


PROGNÓSTICO DAS AFASIAS

- A maioria dos síndromes afásicas sofre uma recuperação espontânea, que é máxima nos 3/4 meses após a lesão.
- Nas afasias secundárias a lesões vasculares isquêmicas, a recuperação estabiliza ao fim de um ano.
- Nas lesões vasculares hemorrágicas e na patologia traumática, o período pode ser mais longo.

(DELISA, 2002)

IMPLICAÇÕES DAS AFASIAS



ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO

- Falar com a pessoa como um **ADULTO** que é.
- Minimizar ou eliminar barulho de fundo.
- Falar com a pessoa frente a frente.
- Garantir que se consegue captar a atenção da pessoa.
- Encorajar o uso de diferentes formas de comunicação (fala, escrita, desenho, perguntas de resposta sim/não).

(LOUISE, 1992)

ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO



- Dar tempo suficiente para a pessoa se poder exprimir e para responder.
- Aceitar todas as tentativas de comunicação.
- Manter uma conversação simples, mas adulta.
- Simplificar a estrutura frásica e reduzir a velocidade do discurso.
- Dar pistas não-verbais (expressão facial, gestos).

(LOUISE, 1992)



Troco tudo,
Não me lembro de nada
Do que me dizem!
Troco tudo,
Minha mente está disfarçada
É o que me dizem!
(...)
Sou casado,
Mas não tenho mulher.
Tenho dois filhos,
Que não são meus,
Não consigo saber seus nomes,
Nem soletrá-los,
Porém vou à escola,
Todos os dias buscá-los.
(...)
Da minha boca não sai nada,
Senão um misero grunhir.
Interrogo-me constantemente se deveria ter sido um ser homem...
...com tantos animais faladores!?
Sou um doente...dizem eles...
...mas não tenho dores!



(Guilherme)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CALDAS, Alexandre Castro et al – **Técnicas de reabilitação usadas em doentes afásicos**. Integar. Lisboa. ISSN 0872- 4865, n.º 6 (1995), p.14-19.
- COELHO, Manuela Múrias de Mira et al – **Afasia após acidente vascular cerebral**. Boletim do Hospital de São Marcos. Braga. ISSN 0871-6579. N.º 2(1997), p.83-91.
- CORREIA, Carina et al – **Bases neurofisiológicas da linguagem: uma revisão a partir de dados históricos e clínicos**. Psiquiatria Clínica. Figueira da Foz. Vol. 25, n.º 2 (2004), p. 115 – 126.
- COUDRY, M.I.H. **Diário de Narciso**: discurso e afasia.São Paulo: Martins Fontes, 1988
- DELISA, Joel A. et al – **Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática**. 3.ª ed. Barueri: Manole, 2002. ISBN 85-204-1052-9.
- KAPLAN, E.; GOODGLASS, H - **Assessment of Aphasia and Related Disorders** . Philadelphia: Lea & Febiger, 1983
- LOUISE Grondin et al – **Planificação dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Instituto Piaget, 1992. ISBN 972-9295-18-2.
- WIROTIUS, JM; GÉRARD CI et PLASSIARD-CHOISAT C. **Rééducation du langage**. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Elsevier, Paris. 26-437-A-10, 1997, p. 1-11. .



DISREFLEXIA AUTÔNOMA

DISREFLEXIA AUTÔNOMA É UMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA MÉDICA QUE OCORRE EM DOENTES COM LESÃO MEDULAR ACIMA DE T6 E QUE QUANDO NÃO CONTROLADA PODE DESENCADEAR CONVULSÕES, AVC OU MORTE.



SINAIS E SINTOMAS:

- Tensão arterial elevada
- Diminuição da frequência cardíaca
- Dor de cabeça intensa e pulsátil
- Rubor e sudorese acima do nível da lesão
- Aumento da espasticidade
- Visão turva
- Arrspios
- Sensação de picadas no rosto e olhos

DESPISTAR

- Bexiga cheia/ algália obstruída
- Fezes na ampola rectal
- Unhas encravadas
- Existência de feridas
- Roupa ou sapatos apertados
- Qualquer estímulo doloroso abaixo do nível da lesão

COMO ACTUAR?

Sentar-se imediatamente

Eliminar o estímulo nocivo (esvaziar lentamente a bexiga, remover fezes do recto, remover roupa ou calçado potencialmente apertados, retirar meias elásticas. Tentar identificar feridas, unhas encravadas ou infecções, etc.)

Avaliar TA e pulso de 5/5 minutos

SE OS SINTOMAS PERSISTIREM OU TORNAREM-SE RECORRENTES, RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA.

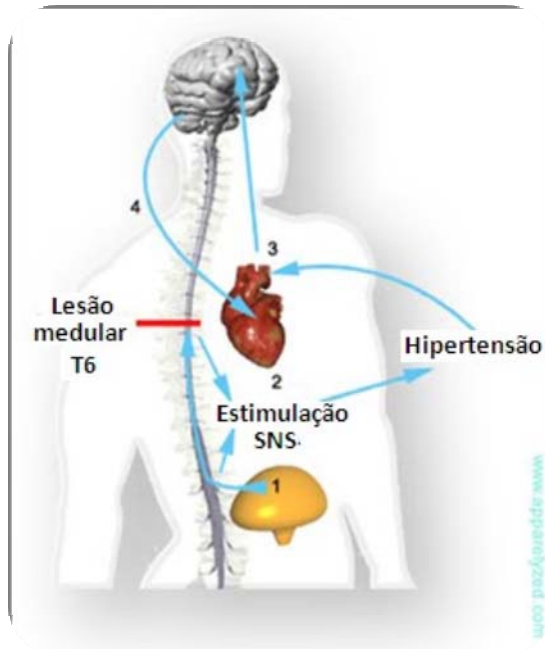
**MEDICAÇÃO RECOMENDADA - HIPOTENSOR DE ACÇÃO RÁPIDA
(caso as medidas descritas não resolvam, pela ordem seguinte)**

- 1º Nifedipina 10 mg SL (Repetir até 40 mg na 1ª hora)**
- 2º Nitroglicerina 0,5 mg SL**
- 3º Clonidina 0,1 a 0,2 mg PO**
- 4º Hidralazina 5 a 10 mg, EV lento**

DISREFLEXIA AUTÓNOMA



A disreflexia autônoma é uma situação de emergência médica, potencialmente fatal, frequente em pessoas com lesões medulares acima de T6.



Ocorre quando um estímulo irritante ou nocivo abaixo do nível da lesão, produz uma resposta reflexa do sistema nervoso. Sem intervenção provoca convulsões, um aumento da tensão arterial suficientemente grave para que ocorra um AVC, ou uma diminuição do ritmo cardíaco que pode evoluir até à paragem cardíaca e em última instância, à morte.

SINAIS E SINTOMAS:

Tensão arterial elevada

Diminuição da frequência cardíaca

Dor de cabeça intensa e pulsátil

Rubor e sudorese acima do nível da lesão

Aumento da espasticidade

Visão turva

Arrepios

Sensação de picadas no rosto e olhos

DESPISTAR

Bexiga cheia/ algália obstruída

Fezes na ampola rectal

Unhas encravadas

Existência de feridas

Roupa ou sapatos apertados

Qualquer estímulo doloroso abaixo do nível da lesão

DISREFLEXIA AUTÔNOMA - CARTÃO DE ALERTA

A disreflexia autônoma é uma situação de emergência médica, **potencialmente fatal**, frequente em pessoas com lesões vertebro-medulares acima de **T6**, que ocorre quando um estímulo irritante ou nocivo abaixo do nível da lesão, produz uma resposta reflexa do sistema nervoso autônomo.

COMO ACTUAR?

- Sentar imediatamente o doente e avaliar TA e pulso de 5/5 minutos.
- Eliminar o estímulo nocivo (esvaziar lentamente a bexiga, remover fezes do recto, remover roupa ou calçado potencialmente apertados, retirar meias elásticas. Tentar identificar feridas, unhas encravadas ou infecções, etc.)

EXEMPLOS DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DIÁRIOS

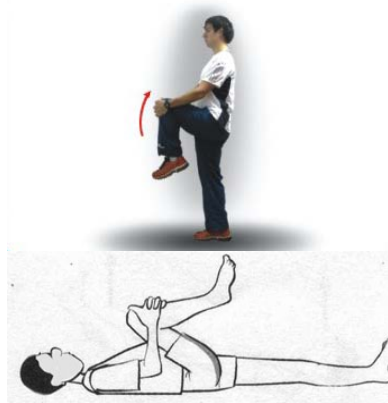
Apenas 30 minutos diários de exercício físico moderado são suficientes para se obterem os benefícios da prática regular de actividade física. Caminhar diariamente ao ar livre é uma das melhores formas de praticar exercício. Pode caminhar sozinho ou acompanhado mas sempre respeitando o seu ritmo e de uma forma gradual.



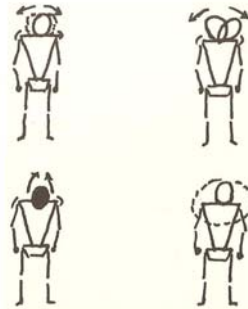
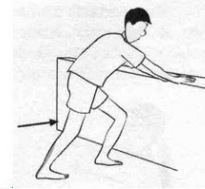
Exercícios respiratórios:
Inspirar pelo nariz e expirar lentamente pela boca



Elevar os ombros



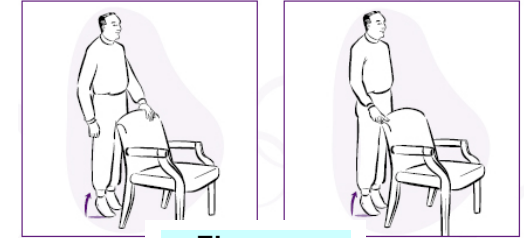
Flectir os joelhos



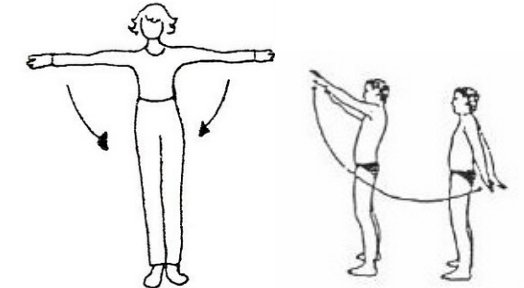
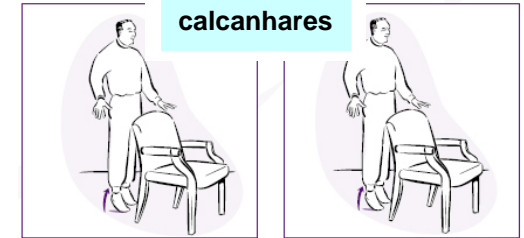
Movimentos da cabeça



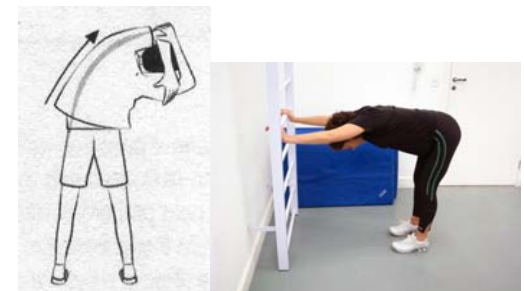
Rodar os ombros



Elevar os calcanhares



Levantar os braços



Alongamento dos músculos das costas

VANTAGENS DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

- Combate o envelhecimento

- Previne doenças cardiovasculares e crónicas (tromboses, diabetes e obesidade)

- Reduz os efeitos da osteoporose e da artrite;

- Ajuda a controlar situações dolorosas nas costas e joelhos;

- Aumenta a força muscular e amplitude de movimentos;

- Melhora a qualidade de sono;

- Promove bem-estar psicológico, reduzindo o stress e sentimentos de depressão/ansiedade;

É por isso fundamental para a realização das actividades do dia-a-dia contribuindo para o aumento da qualidade de vida

PRECAUÇÕES IMPORTANTES

- Realize exercício somente se sentir bem-estar físico;

- Não faça exercício em jejum ou a seguir às refeições;

- Interrompa o exercício sempre que sentir dores, tonturas ou fadiga;

- Beba água durante o exercício físico;

- Quando praticar exercício físico ao ar livre proteja-se do sol e do frio usando roupa e calçado adequado;

Aumente gradualmente o esforço e a duração do exercício. Pouco a pouco vai conseguir cada vez mais e melhor.

Elaborado por Carla Patriarca e Rui Silva, 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CHON

CENTRO HOSPITALAR
DO OESTE NORTE
ALCOBAÇA

EXERCÍCIO FÍSICO NO IDOSO



A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR PROPORCIONA UMA MAIOR LONGEVIDADE E CAPACIDADE FUNCIONAL

GESTOS QUE AJUDAM NO DIA-A-DIA

♥ Vigie de perto o seu familiar durante as actividades diárias. Se tem pouco equilíbrio sentado ou apresenta períodos de agitação ou confusão, use uma faixa de segurança para que não caia ou escorregue da cadeira. Pode ser um lençol dobrado e apertado atrás.

♥ O calçado deve ser estável, não usar chinelos.

♥ Vigie atentamente a pele e o aparecimento de manchas avermelhadas. Mantenha-a limpa, seca e hidratada. Mude de posição mais frequentemente.

ESPACO FÍSICO

♥ A altura da cama deve permitir que a pessoa possa sentar-se nela, com os pés bem assentes no chão.

♥ A mesa-de-cabeceira, televisão e relógio devem ser colocados do lado afectado, para maior estimulação.

♥ As cadeiras devem ser sólidas, com encosto e apoio para as mãos e antebracos.

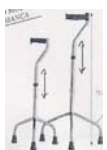
♥ Atenção aos tapetes! Retire-os ou use anti-derrapante.

♥ Para superar a dificuldade de subir escadas, pode instalar uma rampa de acesso. O corrimão também facilita a subida quando a pessoa se desloca pelo seu pé.

♥ Um varão na banheira/chuveiro ou junto da sanita permite maior estabilidade para a pessoa se agarrar.

PRODUTOS DE APOIO

PIRÂMIDE



Usada quando o doente consegue andar mas necessita apoio (é importante ter atenção ao calçado que deve ser fechado atrás e de preferência com velcro ou atacadores devido ao "inchaço" do pé afectado)

CADEIRA DE RODAS

Facilita o transporte e movimentação do doente.

Tenha atenção às dimensões dos espaços da sua habitação antes de a adquirir.

Em caso de dificuldades para a sua aquisição contacte a assistente social.



ESPESSANTE

Vende-se nas farmácias e ajuda o doente a beber líquidos, caso se engasgue com facilidade, pois aumenta a sua consistência



Elaborado por Carla Patriarca e Rui Silva, 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém

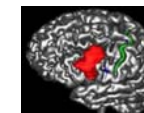
COMUNICAÇÃO	<p>♥ Falar de frente para o doente, num ambiente sem ruídos, usando frases curtas, vocabulário simples, mas adulto e perguntas de resposta sim/não.</p> <p>♥ Evitar completar as suas frases.</p> <p>♥ Mostrar disponibilidade para o ouvir, sem corrigir nem exigir que fale claramente.</p> <p>♥ Usar gestos, imagens ou símbolos podem ajudar.</p>
ALIMENTAÇÃO	<p>♥ Estimular o doente a alimentar-se pela sua mão</p> <p>♥ Sentar o doente para as refeições</p> <p>♥ Usar espessante para os líquidos e triturar ou passar os alimentos, se necessário.</p> <p>♥ Manter higiene oral cuidada.</p> <p>♥ Ajudar a preparar o prato, retirar espinhas, partir alimentos.</p> <p>♥ Usar anti-derrapante por baixo do prato e produtos de apoio se prescritos.</p>
ELIMINAÇÃO	<p>♥ Oferecer urinol/arrastadeira ou deslocar o doente ao WC a horas certas e várias vezes ao dia.</p> <p>♥ Manter uma higiene cuidada e a pele seca, recorrendo se necessário ao uso de fraldas ou cuecas absorventes.</p> <p>♥ Insistir na ingestão de líquidos (água, chá, sopa, sumo de fruta).</p> <p>♥ Dieta rica em fruta e vegetais verdes. Substituir o pão branco por pão integral.</p>
HIGIENE E VESTUÁRIO	<p>♥ Incentivar a realização da sua higiene pessoal, ajudando apenas nas actividades que não consegue efectuar (exemplo: lavar as costas ou os pés).</p> <p>♥ Quando tem equilíbrio sentado, usar tábua na banheira ou uma cadeira (ao nível da banheira/na base de duche).</p> <p>♥ Usar tapete anti-derrapante.</p> <p>♥ Realizar ao espelho o pentear, lavar dentes, maquilhar, barbear.</p> <p>♥ Vestuário largo, sem botões e com elasticidade para facilitar a actividade.</p> <p>♥ Começar a Vestir pelo lado afectado e a Despir pelo lado são.</p> <p>♥ Vestir a parte de cima com a pessoa sentada, mantendo-a com os braços apoiados se houver dificuldade de equilíbrio. A parte de baixo, numa fase inicial, pode ser vestida na cama.</p>
SENSIBILIDADE	<p>♥ Abordar a pessoa com AVC pelo lado afectado em todas as actividades, estimulando-a através do toque.</p> <p>♥ Atenção ao posicionamento e às fontes de calor. Podem provocar traumatismos e queimaduras sem o sentir (radiador, lareira, água do banho).</p>

Doente com AVC

Guia para o Cuidador

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou trombose provoca a destruição de parte do cérebro.

Ocorre devido a um entupimento ou rotura de um vaso no cérebro, que interrompe a circulação sanguínea.



LESÃO NA METADE ESQUERDA DO CÉREBRO

- Paralisia do lado direito
- Alteração na fala

LESÃO NA METADE DIREITA DO CÉREBRO

- Paralisia do lado esquerdo
- Dificuldades de concentração

Dependendo da área afectada podem surgir diversas alterações com maior ou menor gravidade e com duração variada.

São frequentes a perda de força e de sensibilidade, perturbações de equilíbrio, alterações da visão, dificuldades em comunicar, engolir e em controlar a urina e as fezes.



Existem alguns cuidados que podem ajudar o seu familiar a manter as capacidades existentes, a recuperar as habilidades perdidas e a evitar complicações

- ♥ Envolve-o nas tarefas domésticas e assuntos familiares, fazendo com que se sinta útil.
- ♥ Valorize a sua iniciativa e elogie os progressos.
- ♥ Dê-lhe espaço para expressar medos e preocupações.

MOBILIZAÇÃO NA CAMA

Sempre que haja autorização médica, deve levantar-se o doente com frequência. Se o doente permanece muito tempo na cama, é importante mudá-lo com frequência de posição para evitar o aparecimento de feridas, prevenir a rigidez das articulações e recuperar alguma força no lado afectado

• Ergue a cabeça e rola para o lado são com os braços esticados e as pernas dobradas.

O impulso com os braços estendidos e as mãos unidas é importante

• O familiar pode ajudar rolando para o lado são a perna afectada que deve estar dobrada

POSICIONAMENTOS

PARA O LADO SÃO



- Coloque uma almofada debaixo da cabeça.
- Apoie o braço afectado sobre almofadas à altura do ombro.
- Apoie a perna e o pé afectado sobre almofadas dobrando ligeiramente a anca e o joelho.

VIRAR PARA O LADO AFECTADO

(o familiar deve estar colocado do lado afectado)

• Com as pernas dobradas, o doente deve levantar as ancas deslocando-as até à beira da cama do lado são, seguindo-se o mesmo movimento com os ombros

• O braço afectado deve estar apoiado pelo braço são, os braços esticados e os dedos entrelaçados.

• Virar a cabeça com os braços esticados e pernas dobradas para o lado afectado



VIRAR PARA O LADO SÃO

(o familiar deve estar colocado do lado são)

• Com as pernas dobradas, o doente deve levantar as ancas deslocando-as até à beira da cama do lado afectado, seguindo-se o mesmo movimento com os ombros



POSICIONAMENTOS

• A almofada que coloca debaixo da cabeça não pode ser muito alta e deve também ficar debaixo dos ombros.

• O braço afectado deve ficar esticado e apoiado numa almofada, ligeiramente afastado do corpo com a palma da mão virada para cima.

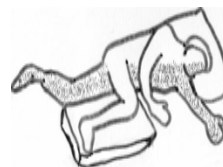
• Coloque uma almofada sob a anca e a perna do lado afectado, evitando que rode



para fora.

PARA O LADO AFECTADO

- Manter almofada na cabeça.
- Apoie o braço afectado sobre o colchão, mantendo a mão a com a palma da mão virada para cima e aberta.
- Puxe o ombro afectado ligeiramente para a frente.
- Apoie a perna e o pé são sobre almofadas dobrando ligeiramente a anca e o joelho.
- A perna afectada fica apoiada no colchão ligeiramente flectida ao nível do joelho



SENTADO



- Deve estar sentado direito e com as costas encostadas à cadeira.
- O braço afectado deve estar apoiado numa mesa ou tabuleiro e em almofadas. O cotovelo deve ficar esticado e a mão aberta.
- Os pés devem ficar bem apoiados, no chão ou nos apoios da cadeira de rodas.

EXERCÍCIOS PARA OS MEMBROS AFECTADOS

A mobilização estimula a circulação e evita o aparecimento de limitações articulares. Deve ser efectuada suavemente sem provocar dor.

MÃO

- Com uma das suas mãos segure o punho e com a outra, dobre e estique os dedos do doente

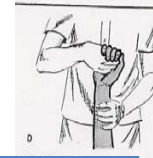


POSIÇÃO DE COSTAS

EXERCÍCIOS PARA OS MEMBROS AFECTADOS

PUNHO

- Com uma das mãos segure o braço do doente e com a outra a mão do doente, dobre e estique o punho do doente



AUTOMOBILIZAÇÃO DO BRAÇO



- Deitado de costas, o doente entrelaça os dedos de ambas as mãos, estica os braços e com eles levantados, move-os para trás e para a frente.

PERNA



- Com a perna esticada segure o pé pelo calcanhar e coloque a outra mão debaixo do joelho. Dobre o joelho e a anca e volte a esticar.

PÉ



- Colocando uma mão acima do tornozelo e a outra no bordo externo do pé, mova-o para trás e para a frente.

LEVANTES E TRANSFÊRENCIAS

- Peça ao doente para colocar a perna "boa" debaixo da perna afectada e trazer as pernas para fora da cama.
- Em seguida, deve fazer força com a mão na beira da cama, para elevar o tronco, ficando sentado com os pés assentes no chão. **Faça a transferência com o doente descalço ou com sapatos, NUNCA de meias, pois escorregam!**

PELO LADO SÃO



- A cadeira é encostada à cama, com um ângulo de +- 30°. Se for de rodas deve estar travada e com os apoios afastados.



- Ajude o doente a levantar-se fazendo pressão com os seus joelhos nos dele e segurando-o pelo cinto/calças até ficar de pé (o doente pode apoiar a mão do lado são na cadeira, para ajudar)
- Rode e faça rodar o doente sobre o pé são, sentando-o na cadeira.

**ANEXO III- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/ EXCLUSÃO PARA SELECÇÃO DOS
ARTIGOS A ANALISAR**

Quadro nº 1 - Critérios de inclusão/ exclusão para selecção dos artigos a analisar

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Artigos publicados entre 2007 e 2011 (inclusive).	Artigos publicados antes de 2007.
Artigos publicados cuja população alvo sejam pessoas de ambos os sexos, com situação de AVC.	Artigos publicados cuja população alvo sejam pessoas com outras condições de saúde, que não o Acidente vascular cerebral.
Artigos publicados que abordem a efectividade dos cuidados de reabilitação no domicílio ou na comunidade.	Artigos publicados que não incluam intervenções no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, definidas no (REGULAMENTO nº125/2011), ou fora do contexto domicílio/comunidade.
Incluídos artigos publicados que mencionem revisões sistemáticas da literatura, estudos qualitativos ou quantitativos e estudos de caso.	Artigos publicados que mencionem outros tipos de estudos.

**ANEXO IV- RESULTADO DA PESQUISA DE ARTIGOS, SEGUNDO OS
DIFERENTES DESCRITORES**

Tabela nº1- Número de artigos pesquisados dia 1/11/2011 na plataforma de pesquisa EBSCOhost - Research Databases , nas bases de dados CINAHL e MEDLINE em *full text*, publicados entre 2007 e 2011:

DESCRITORES	EBSCOhost - CINAHL e MEDLINE
Stroke	73913 artigos
Rehabilitation	67774 artigos
Nurs*	275336 artigos
Effectiveness	129413 artigos

Tabela nº2- Número de artigos pesquisados na plataforma de pesquisa, nas bases de dados CINHAL e MEDLINE em *full text*, publicados entre 2007 e 2011, resultantes do cruzamento entre descritores e critérios de inclusão:

DESCRITORES	EBSCOhost – CINAHL e MEDLINE
Stroke e Rehabilitation	13037 artigos
Stroke e Nurs*	21036 artigos
Stroke e Effectiveness	14990 artigos
Rehabilitation e Nurs*	25940 artigos
Rehabilitation e Effectiveness	17451 artigos
Nurs* e Effectiveness	46106 artigos
Stroke , Rehabilitation, Nurs* e Effectiveness	3168 artigos
Critério de inclusão (Assunto principal- AVC)	323 artigos
Critério de inclusão (Reabilitação AVC)	122 artigos
Critério de inclusão (domicilio/comunidade)	7 artigos
Leitura integral dos artigos	3 artigos

ANEXO V - TABELA DE ANÁLISE DO ARTIGO “Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico”

Tabela - 3 “Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico”

TÍTULO	Eficácia de duas estratégias de reabilitação prestados por enfermeiros para pessoas em situação de AVC no México.
AUTORES	Torres-Arreola, Laura del Pilar, (Dubova), Svetlana Vladislavovna Doubova, Hernandez, Sergio F., Torres-Valdez, Laura E., Constantino-Casas, Norma P., Garcia-Contreras, Fernando, Torres-Castro, Sara (2009).
MÉTODO	Ensaio clínico randomizado (nível III de evidência) ² .
OBJECTIVOS	O objectivo principal deste estudo foi avaliar a eficácia da reabilitação precoce no hospital e sua continuidade em casa, prestadas por enfermeiros, na recuperação funcional de actividades básicas e sociais em pacientes com AVC, em comparação com o tratamento convencional.
PARTICIPANTES	110 Pessoas em situação de AVC.
INTERVENÇÕES	<p>Duas estratégias de reabilitação precoce prestadas por enfermeiros a pessoas com AVC, com vista à sua recuperação funcional nas actividades básicas e sociais de vida diária.</p> <p>Na primeira estratégia a educação consistia em fornecer informações gerais sobre cuidados gerais, higiene, alimentação e mobilização física, através da entrega de um manual de reabilitação física para a pessoa com AVC, e também através do treino prático do cuidador pelo enfermeiro com formação de reabilitação. A reabilitação fornecida foi dividida em três etapas: uma primeira etapa ainda no internamento, com reabilitação física diária, que continuou por duas semanas após a alta no domicílio. Numa fase intermédia, 3 a 4 semanas pós alta, efectuava visitas domiciliárias duas vezes por semana, e numa fase final, até 3-4 meses pós avc, com 1 visita semanal. A duração média de cada visita domiciliária era de 90 minutos. A segunda estratégia consistiu apenas em fornecer competências educacionais à pessoa com AVC e seu cuidador, com a mesma informação fornecida na estratégia anterior. Iniciou-se, igualmente, no hospital e foi continuada em casa com visitas semanais, com uma média de 8 por mês e com uma duração aproximada de 45m durante os 4 meses.</p> <p>Variáveis do estudo: índice de Barthel, índice de Frenchay, idade, sexo e morbilidade por AVC.</p>
RESULTADOS E DISCUSSÃO	A comparação do resultado das variáveis mostrou que os pacientes melhoraram significativamente ao longo do tempo. Os participantes que receberam reabilitação com a educação do cuidador não tiveram benefícios adicionais relativamente àqueles cujos cuidadores receberam educação por si só. Os países que não têm programas de reabilitação integral de pacientes com AVC devem compreender a importância tanto da educação do cuidador, como da formação de enfermeiros em cuidados de reabilitação, sendo alternativas que beneficiam esses pacientes.

² MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT (2005)

ANEXO VI - TABELA DE ANÁLISE DO ARTIGO “Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review”

Tabela -4 “Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review”

TÍTULO	Alta precoce com reabilitação no domicílio, em pacientes com acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática.
AUTORES	Winkel, Annette, Ekdahl, Charlotte, Gard, Gunvor (2008).
MÉTODO	Revisão sistemática, incluindo dezassete estudos randomizados controlados, avaliados com a escala PEDro (Physioterapy Evidence Database) e com regras de evidência científica de Sackett (nível v de evidência) ³ .
OBJECTIVOS	O objectivo desta revisão é apresentar os efeitos da EDHR, para pacientes com AVC, na saúde, qualidade de vida e custos, descrever a reabilitação prestada.
PARTICIPANTES	1122 pacientes com uma idade média de 74 anos variando entre os 28 e 93 anos, com um AVC há menos de 10 dias.
INTERVENÇÕES	A fim de reflectir sobre as diferenças dos serviços de alta precoce com reabilitação em casa, os estudos foram divididos em três categorias: 1º grupo - pessoas com alta precoce e com reabilitação em casa efectuada por equipas de alta hospitalar; 2º grupo – pessoas com alta precoce, assistida por equipas de alta hospitalar que não prestam cuidados de reabilitação; 3º grupo - pessoas com alta precoce, com serviços de reabilitação baseados na comunidade.
RESULTADOS E DISCUSSÃO	A alta precoce com reabilitação em casa (EDHR) para pacientes com AVC parece ser uma alternativa lógica para reabilitação em unidades de AVC, uma vez que estes apresentam compromisso da capacidade em realizar actividades da vida diária. EDRH pode reduzir o tempo de internamento no hospital, pode melhorar as actividades de vida diária da pessoa com situação de AVC e melhorar ainda mais as actividades instrumentais de vida diária e a qualidade de vida. A alta precoce com reabilitação em casa parece ter um custo efectivo, se prestada por uma equipe multidisciplinar do hospital. É importante considerar as capacidades da pessoa em situação de AVC e cuidador como factores que contribuem para a eficácia do programa.

³ MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT (2005)

ANEXO VII- TABELA DE ANÁLISE DO ARTIGO “Home-based rehabilitation for people with stroke: an evaluation of efficacy”

Tabela- 5 “Home-based rehabilitation for people with stroke: an evaluation of efficacy ”

TÍTULO	Reabilitação domiciliária em pessoas com AVC: avaliação da sua eficácia .
AUTORES	Bader T (2008)
MÉTODO	Revisão sistemática, incluindo seis estudos controlados randomizados (nível V de evidência) ⁴ .
OBJECTIVOS	Analisar as actuais evidências para investigar se a reabilitação domiciliária é tão efectiva quanto a prestada no ambiente hospitalar.
PARTICIPANTES	1016 pacientes estão incluídos nos estudos revistos.
INTERVENÇÕES	Investigar modelos específicos de reabilitação domiciliária, avaliar os seus resultados na qualidade de vida, o impacto sobre o cuidador, tempo de internamento e custos.
RESULTADOS E DISCUSSÃO	Reabilitação pós-AVC tem como objectivo reduzir a morbilidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afectados. Pode ser efectuada no hospital ou em ambiente doméstico, uma vez que os pacientes podem ter alta planeada com reabilitação no domicílio. Este artigo avalia a evidência actual para a eficácia da reabilitação domiciliária e discute como novas pesquisas devem orientar a prática nesta área. Evidências sugerem que a reabilitação domiciliária pode não só melhorar a qualidade de vida para o paciente, mas também nos aspectos físicos e emocionais. Oferece melhor suporte para o cuidador, reduz o tempo de permanência no hospital, permanecendo o custo-eficácia da reabilitação domiciliária ainda incerto.

⁴ MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT (2005)