

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação na preparação do regresso a casa do  
cuidador informal da pessoa com acidente vascular cerebral**

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

**Christelle Marques  
de Sousa**

**Orientadora: Professora Doutora M<sup>a</sup> João Esparteiro  
Co-orientadora: Professora Mestre Júlia Santos**

**Janeiro de 2012**



*“A capacidade de cuidar é o que dá à vida o seu mais profundo sentido e significado”*

**Pablo Casals**



## ÍNDICE

	P.
INTRODUÇÃO	13
1. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ACTIVIDADES	17
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
3. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	39
3.1. METODOLOGIA DE PESQUISA	39
3.2. ANÁLISE DOS ARTIGOS	41
3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
4. CONCLUSÃO	59
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	65
Anexo I – Projectos de estágio	67
Anexo II – Estudo de Caso: “A intervenção do EEER na pessoa com AVC”	69
Anexo III – Acção de formação: “Treino de vestuário na pessoa com AVC”	71
Anexo IV – Critérios de inclusão/exclusão para selecção dos artigos	73
Anexo V – Resultado da pesquisa de artigos, segundo os diferentes descritores	75
Anexo VI – Níveis de Evidência	77



## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro nº 1 - Critérios de inclusão/ exclusão para selecção dos artigos	P. 73
---	----------

## **INDICE DE TABELAS**

	P.
Tabela nº 1 - Tabela de análise do artigo I	41
Tabela nº 2 – Tabela de análise do artigo II	44
Tabela nº 3 – Tabela de análise do artigo III	47
Tabela nº 4 – Tabela de análise do artigo IV	49
Tabela nº 5 – Tabela de análise do artigo V	52
Tabela nº 6 – Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados entre 2001 e 2011, para cada descritor.	75
Tabela nº 7 – Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados entre 2001 e 2011, resultantes do cruzamento entre descritores	75
Tabela nº 8 – Níveis de Evidencia	77



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividades da Vida Diária

AV's – Actividades de Vida

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

DGS – Direcção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

LVM – Lesão Vertebro-Medular

MeSH – Medical Subject Headings

Nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PICO – População Intervenção Comparação Outcome

p. – página

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

Vol. – volume



## **RESUMO**

Este trabalho comporta uma reflexão crítica das actividades realizadas no Estágio II e uma revisão sistemática da literatura.

Os objectivos são: reflectir acerca das actividades realizadas; formular/analisar a pergunta PICO; e reflectir sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Foi utilizada a metodologia PICO, surgindo a pergunta: A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na preparação do regresso a casa, capacita o cuidador informal a cuidar da pessoa com acidente vascular cerebral, dependente nas actividades da vida diária?

Da análise dos artigos constatou-se que, na preparação do regresso a casa, o enfermeiro desenvolve intervenções que capacitam o cuidador para a prestação de cuidados no domicílio.

Conclui-se que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação poderá desenvolver um trabalho de excelência na preparação do regresso a casa, contribuindo para melhorar a qualidade de vida da pessoa dependente e do cuidador.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Reabilitação, Preparação do regresso a casa, Acidente Vascular Cerebral, Cuidador informal, Actividades da Vida Diária.



## **ABSTRACT**

This work involves a critical reflection of the activities carried out during the Stage II and a systematic review of the literature.

The aims are: to reflect about the activities carried out; to formulate/analyse the PICO question; and to reflect on the role of the nurse specialist in rehabilitation nursing.

In this report, the PICO methodology was used, emerging the question: The intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in homecoming preparation enables the informal caregiver to take care of dependent person with stroke, in activities of daily living?

From the analysis of the papers it was found that, in homecoming preparation, the nurse develops interventions that enable the caregiver to provide care at home.

In conclusion, the nurse specialist in rehabilitation nursing can develop an excellence work in homecoming preparation, helping to improve the life quality of the dependent person and its caregiver.

**Keywords:** Nursing, Rehabilitation, Homecoming Preparation, Stroke, Informal Caregiver, Activities of Daily Living



## INTRODUÇÃO

Na continuidade do plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi dada a oportunidade aos mestrandos por optar pela realização de um estágio de natureza profissional, objecto de relatório final. Neste âmbito, surge o presente trabalho enquadrado na unidade curricular Estágio II e Relatório, com a finalidade de promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da enfermagem de reabilitação, numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e reflexão sobre a prática.

A problemática das doenças cerebrovasculares assume um impacto relevante na sociedade portuguesa. O acidente vascular cerebral é a doença cerebrovascular que apresenta maior incidência (PERLINI; FARO, 2003). Em Portugal, constitui a primeira causa de mortalidade (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2010a).

A maioria das pessoas que sobrevivem ao acidente vascular cerebral apresentará déficits neurológicos e incapacidades significativas, tornando esta patologia a primeira causa de incapacidade funcional no mundo ocidental (PERLINI; FARO, 2003).

Os programas de reabilitação têm contribuído significativamente para diminuir as sequelas da doença, todavia, podem permanecer sequelas que afectam a independência da pessoa com acidente vascular cerebral (PERLINI; FARO, 2003). Assim sendo, a pessoa que foi vítima de um acidente vascular cerebral irá, provavelmente, necessitar de alguém que o auxilie nos seus cuidados, após o regresso a casa, uma vez que poderá não conseguir realizar as suas actividades de vida diária de forma independente.

A principal pessoa responsável pela organização, assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente designa-se cuidador informal. Este pode ser um membro da família, um amigo ou um membro da comunidade (MARQUES, 2007).

Para que seja possível a continuidade dos cuidados no domicílio, os cuidadores necessitam iniciar a sua preparação ainda durante o internamento na instituição

hospitalar (PERLINI; FARO, 2003). Os enfermeiros de reabilitação desempenham intervenções fundamentais para promover adequadamente o papel do cuidador informal (PETRONILHO, 2007).

Diversos são os artigos científicos lidos que abordam a preparação inadequada dos cuidadores informais das pessoas com acidente vascular cerebral. Desta forma, a questão que se coloca é se a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, na preparação do regresso a casa, capacita o cuidador informal a cuidar da pessoa com acidente vascular cerebral, dependente nas actividades da vida diária.

Para a elaboração deste trabalho, foram definidos os seguintes objectivos:

- Reflectir criticamente acerca das actividades realizadas ao longo do Estágio II;
- Desenvolver competências para a revisão sistemática da literatura, como suporte à prática baseada na evidência, no contexto específico de cuidados;
- Formular e analisar a pergunta PICO;
- Reflectir sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

No primeiro ponto deste trabalho preconiza-se a análise, a fundamentação e a visibilidade da intervenção, pelo que será realizada uma reflexão crítica das actividades, mais relevantes, realizadas ao longo do Estágio II que abrangeu três estágios.

O período compreendido entre 4 e 29 de Outubro de 2010 diz respeito ao estágio realizado no Serviço de Reabilitação de Adultos, 3.1., do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. Os objectivos deste estágio direccionaram-se para a pessoa/família com patologia neurológica não traumática, sendo que se incidiu principalmente na pessoa/família com acidente vascular cerebral.

De seguida, ainda na mesma instituição, decorreu o estágio, no Serviço de Reabilitação de Adultos, 1.2., no período compreendido entre 2 e 27 de Novembro de 2010. Os objectivos deste estágio incidiram na pessoa/família com patologia neurológica traumática, mais especificamente, com lesão vertebro-medular.

O terceiro estágio realizou-se no serviço de Medicina Interna do Hospital de Alcobaça, no período compreendido entre 24 de Janeiro e 18 de Fevereiro de 2011. Foi um estágio opcional, tendo a escolha sido direccionada para o mesmo por acreditar que

proporcionaria uma experiência nova na área da reabilitação, no cuidar de pessoas com acidente vascular cerebral, em situações agudas, e seus cuidadores informais.

Após a reflexão crítica das actividades surge o enquadramento teórico, e a revisão sistemática da literatura. Este último ponto iniciar-se-á pela explicitação da metodologia, seguido da análise dos artigos e dos resultados, contextualizando a resposta à pergunta PICO. Pretende-se a identificação do conhecimento mais actualizado sobre a temática eleita pelo mestranda, com recurso à metodologia PICO. A selecção da problemática baseou-se na prática diária decorrente do Estágio II. No final será apresentada a conclusão, as referências bibliográficas e os anexos.



## **1. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ACTIVIDADES**

Em todos os campos do Estágio II foi comum uma fase inicial de adaptação ao contexto de estágio, com vista à integração na equipa enquanto enfermeira de reabilitação. Considerei importante conhecer características da dinâmica organizacional de cada serviço, os recursos materiais existentes, especificamente na área da reabilitação, assim como identificar os diversos profissionais, de modo a posteriormente interagir com os mesmos e desenvolver um trabalho de equipa que me possibilitasse otimizar os cuidados de reabilitação prestados. De modo a poder intervir como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) foi necessário identificar as principais características dos utentes e respectivas condições patológicas. A partir dessa informação, tornou-se mais fácil delinear a pesquisa bibliográfica que me ajudasse a aumentar os meus conhecimentos, ou apenas relembrar determinados conteúdos para melhor poder planejar os cuidados.

A minha integração nas equipas foi facilitada pelo excelente modo como fui recebida pelos diversos elementos, sendo este aspecto fundamental para me consciencializar de um conjunto de situações pertinentes na área da reabilitação.

Para cada estágio foi elaborado um projecto (anexo I), onde constam os objectivos que o mestrando se propõe a atingir.

A intervenção do EEER face à pessoa com patologia neurológica, traumática e não traumática, é determinante. Assim sendo, formulei nos diferentes campos do estágio II o objectivo: desenvolver competências, inerentes ao EEER, no cuidar da pessoa/família com acidente vascular cerebral (AVC), no serviço de Medicina Interna da Hospital de Alcobaça e no serviço 3.1. do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA), e no cuidar da pessoa/família com lesão vertebro-medular (LVM), no serviço 1.2 do CMRA.

Uma das primeiras actividades que desenvolvi, em conjunto com o EEER, num primeiro contacto com a pessoa com patologia neurológica, seja com AVC ou LVM, foi

uma avaliação neurológica e funcional, precisa e concreta da pessoa, que englobou vários aspectos tais como: o estado de consciência, o padrão do movimento, força muscular, tónus muscular, equilíbrio corporal, atenção espacial, grau de espasticidade, sensibilidade, padrão de comunicação, padrão de deglutição, padrão respiratório, entre outros.

Ao realizar esta actividade desenvolvi uma competência do EEER, especificamente a de avaliar a funcionalidade da pessoa e diagnosticar alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades (DECRETO-LEI nº 125/2011). Deste modo, esta actividade foi enriquecedora para mim pois tive a oportunidade de realizar avaliações nunca antes experienciadas enquanto enfermeira generalista, uma vez que são do domínio específico da enfermagem de reabilitação, contribuindo assim para desenvolver a minha aptidão nesta área. A avaliação da capacidade funcional é muito importante pois fornece-nos uma preciosa informação para posteriormente poder planear cuidados de reabilitação personalizados. Esta é a base para o desenvolvimento de um programa de reabilitação (SMELTZER, BARE, 2002).

Foi bastante interessante verificar as diferenças existentes nos diferentes campos de estágio, por um lado num serviço de Medicina onde as pessoas sofreram um AVC naquele mesmo dia, e que ainda estavam numa fase aguda, o que adopta contornos totalmente distintos das pessoas que sofreram AVC há um ou mais meses como pude constatar num Serviço de Reabilitação. Na fase aguda, a pessoa apresenta-se ainda instável do ponto de vista neurológico, pelo que avaliação desta área pode variar num curto espaço de tempo. Numa fase crónica, a pessoa está neurologicamente mais estável e mais capaz de colaborar nas actividades de enfermagem de reabilitação.

Tive oportunidade de delinear planos de reabilitação adequados para cada situação em particular, seleccionando e realizando intervenções que contribuíssem para otimizar e/ou reeducar a função motora, sensorial, cognitiva, cardio – respiratória, da alimentação e da eliminação (vesical e intestinal). Realizei, em conjunto com a pessoa e família, treino de AVD, visando a aquisição de independência funcional; mobilizações osteo-articulares; exercícios para tonificação muscular nomeadamente exercícios com pedaleira; estimulação da sensibilidade e propriocepção através da aplicação de talas de Margaret Johnstone e exercícios com tábua de Freeman; treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé, com recurso à mesa de verticalização; treino de

transferências e treino de marcha com andarilho e tripé; treino para subir e descer escadas e técnicas de reeducação funcional respiratória.

Considero que a realização destas técnicas foi um marco importante na medida em que me permitiram desenvolver uma competência específica do EEER: cuidar de pessoas com necessidades especiais, que engloba a identificação das necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação, a concepção e implementação de programas especializados (DECRETO-LEI nº 125/2011).

As dificuldades iniciais sentidas, por falta de prática, foram ultrapassadas com o decorrer do estágio através de motivação pessoal, orientação dos EEER e forte colaboração por parte das pessoas a quem foram prestados cuidados.

O principal alvo dos cuidados é a pessoa e família e, como não poderia deixar de ser, uma das actividades a salientar é a comunicação. No cuidar da pessoa com AVC, considero que foi uma área que despertou especial interesse pela especificidade e dificuldade exigida.

As lesões cerebrais, nas quais se inclui o AVC, podem originar défices na comunicação, que se podem traduzir por afasia e/ou disartria. Consoante o tipo de afasia a pessoa pode ter alteração da capacidade de expressão, compreensão, leitura e escrita, enquanto que na disartria a única manifestação é a dificuldade em articular as palavras (DGS, 2010a). Como foi possível constatar em contexto de estágio, ambas as sequelas trazem muitas implicações para a vida da pessoa e família.

A afasia pode levar a pessoa à depressão, pela incapacidade em estabelecer um diálogo com os outros, provocando sentimentos de revolta, frustração, ansiedade e angustia, frequentemente acompanhado de labilidade emocional (DGS, 2010a). Foi difícil observar todos estes sentimentos nas pessoas e, por vezes, não conseguir solucionar o problema. Também eu senti frustração, mas isso só aumentou a minha vontade de vencer estas barreiras. Para promover uma comunicação eficaz, utilizei diversas estratégias nomeadamente, promoção de um ambiente calmo, falar pausadamente, recurso a gestos, símbolos e escrita.

O conhecimento dos diversos tipos de défices da comunicação é útil para o EEER reconhecer e avaliar os défices das pessoas de quem cuida para, posteriormente, planear intervenções terapêuticas adequadas (HOEMAN, 2000). Considero ter aperfeiçoado competências a nível comunicacional, isto porque melhorei a capacidade de comunicar com pessoas com alterações significativas da comunicação,

nomeadamente com a pessoa com afasia ou disartria. Saber comunicar é inevitável e essencial para uma boa prática de enfermagem.

A disfagia é, também, um problema comum na pessoa com AVC (DGS, 2010a), provocando grande impacto na qualidade de vida da pessoa e família. O EEER desenvolve um papel fundamental no momento da alimentação, nomeadamente na detecção e caracterização da disfagia. De forma a evitar complicações devem ser instituídas, o mais precocemente possível, medidas para evitar a disfagia, tanto a alimentos sólidos, como a líquidos. Nos utentes de quem cuidei a disfagia a líquidos era a mais usual. Uma das estratégias que tive a oportunidade de utilizar, que é simples, rápida, e muito eficaz é o uso de espessante nos líquidos.

Nas situações de disfagia mais complexas, principalmente existentes nos utentes dos Serviços de Reabilitação do CMRA, o fisiatra solicita uma consulta de gastroenterologia no hospital de referência da pessoa. Para que seja possível a alimentação e hidratação da pessoa, o médico gastroenterologista coloca uma gastrostomia percutânea, quando a ingestão de alimentos é totalmente contra-indicada pelo risco acentuado de complicações, tal como uma pneumonia por aspiração.

Nas situações de alimentação por via oral realizei ensino de estratégias adaptativas para os diferentes tipos de disfagia, à pessoa e família. O ensino dirigido à adequação da dieta (tipo de alimentos e consistência) foi uma actividade na qual desenvolvi criatividade e capacidade de persuasão, de modo a promover a adesão da pessoa e família, frequentemente renitentes à alteração dos seus hábitos.

Envolver a família nos cuidados é fulcral e a preparação do regresso a casa deve-se iniciar o mais precocemente possível. Antes de iniciar qualquer ensino, achei importante avaliar os conhecimentos anteriores das pessoas e famílias. Pude verificar com agrado que, de uma forma geral, as pessoas procuram estar cada vez mais informadas, possuindo algumas conhecimentos bastante específicos acerca da doença do seu familiar. Na minha opinião é uma situação favorável, uma vez que demonstra o interesse dos familiares, bem como os auxilia na compreensão da doença. Por outro lado, considero que constitui um verdadeiro desafio, isto porque os profissionais de saúde têm de estar cada vez mais preparados para avaliar os conhecimentos das famílias, desmistificar alguns mitos (eventualmente adquiridos na internet) e ser mais competentes na realização de educação para a saúde.

Compete ao EEER intervir na educação das pessoas com AVC e seus cuidadores informais na preparação do regresso a casa, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade (DECRETO-LEI nº 125/2011).

Na preparação do regresso a casa é essencial ter em conta a situação específica de cada pessoa/família. O EEER, pelos conhecimentos especializados que possui, é um profissional bastante habilitado para obter, junto dos familiares, informações preciosas que perspectivem a reinserção da pessoa no domicílio.

Na prestação de cuidados e na realização de educação para a saúde tive o cuidado de proporcionar um ambiente calmo, propício para a aprendizagem e tendo sempre em consideração as características de cada família. Foram incentivadas as famílias e ainda outras pessoas significativas (cuidadores informais) a participar activamente nos cuidados realizando, para isso, ensino personalizado e treino de AVD. Abordaram-se também assuntos muito práticos da vida da pessoa e família, tais como acessibilidades, fornecendo informações que lhe permitiriam contornar as barreiras arquitectónicas ou adaptar-se às mesmas, preparando-os desta forma para o regresso a casa.

O facto dos familiares se terem demonstrado interessados e receptivos facilitou os processos de preparação do regresso a casa. Uma das dificuldades que senti no serviço de Medicina do Hospital de Alcobaça relaciona-se com o facto de não ser muito frequente ver as famílias/cuidadores informais presentes no serviço. Penso que este facto esteja relacionado com o horário dos turnos que realizei (turno da manhã) e um horário de visitas mais restrito pela especificidade das situações clínicas das pessoas internadas. Foi com sucesso que ultrapassei este obstáculo através de perseverança e dedicação. A estratégia utilizada foi a de agendar, com antecedência, com a família, um horário que fosse conveniente a todos os interessados.

A questão da preparação do regresso a casa, particularmente da pessoa com AVC, foi uma das áreas que mereceu o meu destaque, pela importância que assume e pela necessidade que fui identificando nos futuros cuidadores informais, pelo que foi um tema aprofundado ao longo do Estágio II.

A articulação com outros profissionais de saúde da equipa interdisciplinar permitiu continuidade e coerência nos cuidados, tendo sido fundamental para otimizar os cuidados de reabilitação prestados.

No CMRA realço a existência de uma vasta equipa especializada composta por diferentes profissionais de saúde que, para além de enfermeiros generalistas e EEER, inclui fisioterapeutas, terapeutas da fala, ocupacionais, fisiatras, entre outros, que proporcionam, no seu conjunto, um programa de reabilitação personalizado. A equipa interdisciplinar reúne-se diversas vezes ao longo do internamento de forma a haver uma continuidade dos cuidados, envolvendo o utente e a família como agentes activos no processo. Considero que esta interdisciplinaridade é fulcral para o utente/família e também para os diversos profissionais, e que me permitiu ter uma visão alargada do trabalho desenvolvido pelos diversos profissionais, tendo sido gratificante desenvolver competências de trabalho de equipa enquanto EEER.

No serviço de Medicina do Hospital de Alcobaça a equipa de reabilitação era apenas constituída pelo EEER e fisiatra. Saliento o trabalho de equipa que tive a oportunidade de realizar com os restantes elementos da equipa de enfermagem, no que se refere a aspectos particulares e mais especializados nomeadamente posicionamento anti-espástico, transferências/levantes, treino de vestuário, momentos estes em que o EEER tem um papel fundamental na sensibilização e formação dos colegas generalistas.

Os EEER do serviço de Reabilitação de Adultos do CMRA 1.1 realizam, com os utentes com LVM, uma actividade em grupo de Reeducação Funcional Respiratória (RFR). As pessoas com tetraplegia apresentam alterações importantes na função dos músculos envolvidos na respiração, o que pode comprometer a ventilação. A RFR consiste num conjunto de procedimentos terapêuticos que visam ensinar a pessoa a respirar de forma adequada (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009a).

Pelos contributos que poderia ter na minha formação tive como objectivo compreender o papel do EEER no grupo de Reeducação Funcional Respiratória, face à pessoa com LVM. Particpei na realização das actividades, instruindo e treinando os utentes na realização dos exercícios de RFR. Mantendo um espírito de grupo e com música ambiente calma, propícia ao relaxamento, realizaram-se exercícios de correcção postural, exercícios para consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, técnicas de reeducação costal e diafragmática, inclusive com bastão, entre outras. É de salientar que são propostos exercícios criativos e divertidos, e que são explicadas as vantagens dos mesmos, de forma a manter o interesse dos participantes.

Compreendi que a maioria das pessoas se encontrava motivada embora houvesse algumas que, por não terem compreendido a importância da RFR, não demonstravam

vontade em participar novamente. Deste modo, individualmente, expliquei os benefícios da actividade, benefícios estes que compreenderam passando a ter mais motivação para participar.

Posteriormente tive a oportunidade de reflectir, em conjunto com o enfermeiro orientador e com os demais enfermeiros envolvidos neste projecto, acerca do papel do EEER neste grupo e compreender a importância do mesmo para a melhoria da função respiratória nos utentes com LVM. Foi bastante satisfatório participar, tendo desenvolvido competências inerentes ao perfil do EEER, mais concretamente relacionadas com a concepção e implementação de programas de treino cardio-respiratório, que englobam actividades que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa e assim potenciar o rendimento e o desenvolvimento pessoal (DECRETO-LEI nº 125/2011).

No estágio II de neurologia traumática e não traumática foi-me dada a oportunidade de participar no departamento de Actividades de Vida Diária do CMRA. Assim sendo, procurei compreender o papel do EEER neste departamento, face à pessoa/família com LVM e com AVC.

Em cada situação é importante conhecer as características do domicílio e a família tem também um papel determinante na transmissão destas informações. A partir destas, são realizados treinos de AVD em condições semelhantes ao domicílio da pessoa, por exemplo utilização da banheira, transferência para o sofá, actividades que não são possíveis realizar nas enfermarias. A família é convidada a participar e estabelece uma estreita ligação com o EEER na preparação/adaptação do domicílio, tendo em conta a reinserção do seu familiar.

Sempre que se justifique, são utilizados produtos de apoio, existindo no departamento um vasto leque que pode ser experimentado e emprestado aos utentes. Particpei em técnicas de instrução e treino de AVD, com recurso a cadeira de banho rotativa, tábua de banho, materiais especializados para o treino de vestuário, tal como a pinça, que contribuíram para uma maior independência nas AVD da pessoa/família e funcionalidade no regresso a casa.

Por tudo isto, considero a realização desta actividade benéfica para a minha formação, uma vez que me permitiu desenvolver competências específicas do EEER nomeadamente: avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD, identificação de factores facilitadores e inibidores para a realização das mesmas,

demonstração e treino de técnicas com vista à promoção de autonomia para a continuidade dos cuidados no domicílio, realização de treinos específicos de AVD, utilizando produtos de apoio (DECRETO-LEI nº 125/2011).

Consciente dos conhecimentos e competências que o EEER possui, releva-se o seu importante papel na formação. Assim, propus-me, nos três estágios que têm vindo a ser referidos, a desenvolver competências que permitam agir como formadora, no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Em discussões informais com a equipa de enfermagem, nomeadamente enfermeiros orientadores e enfermeiras chefes, procurei identificar as necessidades de formação das equipas, no domínio da reabilitação. Por não existir em nenhum dos locais de estágio plano de formação, pesquisei, em dossiers existentes nos serviços, quais os últimos temas a serem apresentados de forma a não haver repetições.

No serviço 1.2. do CMRA constatei que a disreflexia autónoma na pessoa com LVM era um tema conhecido por todos os enfermeiros, porém muitos referiam o desejo e necessidade de verem o tema aprofundado. Após validação com o enfermeiro orientador e enfermeira chefe realizei uma acção de formação “Disreflexia autónoma”. Após a apresentação da mesma sucedeu-se um momento informal de debate e reflexão em grupo. Contribuiu para a minha aprendizagem uma vez que tive a necessidade de aprofundar o tema, consolidando conhecimentos, ao mesmo tempo que pude desenvolver competências enquanto formadora. A equipa de enfermagem referiu que a acção de formação foi pertinente na medida em que permitiu relembrar e desenvolver conhecimentos essenciais à sua prática.

No Serviço 3.1. do CMRA, após discussões informais com a equipa de enfermagem, nomeadamente enfermeiros orientadores e enfermeiras chefes foi-me sugerido, por considerarem ser pertinente tanto para a equipa como para a minha aprendizagem, a elaboração e apresentação de um estudo de caso acerca da intervenção do EEER na pessoa com AVC (anexo II). A apresentação revelou-se como um momento rico de partilha de conhecimentos e realçou a importância do trabalho de reabilitação ao evidenciar a evolução da pessoa em estudo, tendo contribuído para a minha aprendizagem.

No serviço de Medicina do Hospital de Alcobaça reparei que no meio da agitação típica de um serviço de medicina, com as suas próprias rotinas, era frequente que em muitas situações se substituísse a pessoa com AVC quando esta não conseguia

ser autónoma, nomeadamente no vestuário. Deste modo, tentei sensibilizar os elementos da equipa de enfermagem para a importância de promover a autonomia através do treino. Para além disso, em reunião com o enfermeiro orientador, propus o tema “Treino de vestuário na pessoa com AVC”.

A realização da acção de formação (anexo III) foi uma mais-valia por ter posto à prova as minhas capacidades enquanto formadora e por ter proporcionado um momento de debate e reflexão em grupo. Considero que estas actividades foram bem recebidas e consegui resultados, tanto para os profissionais de saúde como para os utentes. Estes conseguiram melhorar a independência nesta AVD e consequentemente melhorar a auto-estima. Relativamente aos profissionais foi notória a satisfação sentida ao verem os ganhos dos utentes. Os enfermeiros referiram que aumentaram os seus conhecimentos e consideraram a informação partilhada importante para a sua prática diária.

Reflecti, em conjunto com os enfermeiros orientadores, sobre a importância das competências comuns dos EEER. Fortifiquei a ideia de que é fundamental que o EEER se envolva e lidere a equipa, com o intuito de colaborar com os enfermeiros generalistas e, mesmo que informalmente, partilhe dos seus conhecimentos e experiência para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Considero ter desenvolvido competências comuns a todos os enfermeiros especialistas que se prendem com a orientação, aconselhamento e liderança (DECRETO-LEI nº 122/2011).

Ao longo do Estágio II procurei desenvolver capacidade de análise reflexiva sobre o processo de aprendizagem. Foi inevitável não reflectir acerca das intervenções realizadas em busca da melhoria contínua dos cuidados. Tentei aperfeiçoar-me com base nas reflexões realizadas, e que fui mencionando ao longo deste capítulo. Desta forma fui melhorando os aspectos onde senti mais dificuldades, de modo a ter um melhor desempenho perante a pessoa e família, aprendendo cada vez mais.

Os enfermeiros orientadores foram grandes apoios no meu processo de aprendizagem, estavam abertos a questões e a esclarecimento de dúvidas, que foram colocadas sempre que senti necessidade.

Saliento que os processos de avaliação (auto-avaliação e hetero-avaliação) com os enfermeiros orientadores e os professores, exigiram reflexão acerca do desempenho nos diversos contextos de estágio e acerca de situações relevantes contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento de capacidade de análise reflexiva sobre o processo de aprendizagem.

Finalizando, menciono que a realização do Estágio II foi bastante gratificante pelo vasto leque de experiências diversificadas que me proporcionou, e os constantes desafios, que me ajudaram a procurar continuamente melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O conjunto do esforço pessoal empreendido, e as características inerentes aos orientadores e locais de estágio, possibilitaram-me o desenvolvimento de diversas actividades, com bom aproveitamento que contribuíram para a minha formação enquanto futura EEER.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O AVC é um conjunto de sintomas de deficiência neurológica, resultantes de lesões cerebrais, provocadas por alteração da irrigação sanguínea (MARTINS, 2002). SMELTZER; BARE (2002, p.1579) descrevem o AVC como “uma perda súbita da função cerebral em decorrência da ruptura do aporte sanguíneo para uma região do cérebro”.

O AVC é um importante problema de saúde pública, sendo um dos principais factores contribuintes para a morbidade e mortalidade a nível mundial. É a terceira causa de morte dos países industrializados (EUROPEAN STROKE ORGANISATION, 2003). Em 2008 a taxa de mortalidade a nível mundial era de 10,8% (OMS,2011, <url: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>>). Em Portugal, constitui a primeira causa de mortalidade (DGS, 2010a), apresentando em 2008 uma taxa de mortalidade de 13,9% (DGS, 2010b). Devido ao aumento da longevidade e ao crescimento da população idosa RYERSON (1994), refere que a sua prevalência, na população, é crescente.

O AVC pode ser dividido em duas categorias: AVC isquémico (85%) e AVC hemorrágico (15%) (SMELTZER; BARE, 2002).

Um AVC isquémico pode resultar de três acontecimentos diferentes: trombose, embolia cerebral e isquémia. O primeiro corresponde a um coágulo sanguíneo dentro de um vaso do cérebro ou da região cervical. O segundo refere-se a um coágulo, ou outro material transportado para o cérebro, oriundo de outra parte do corpo. A isquémia diz respeito à redução do fluxo sanguíneo para uma área do cérebro (SMELTZER; BARE, 2002).

Um AVC hemorrágico consiste na ruptura de um vaso sanguíneo cerebral com sangramento para dentro do tecido cerebral ou dos espaços circundantes ao cérebro. Tendo em conta o local e origem do sangramento, as hemorragias intracranianas

dividem-se em hemorragia subaracnóide (quando a hemorragia tem origem nos espaços subaracnóides que circundam o cérebro) e intracerebral (quando a hemorragia se encontra no parênquima cerebral) (SMELTZER; BARE, 2002).

Os factores de risco estão maioritariamente ligados a comportamentos e a estilos de vida. Segundo MARQUES (2007), existem estados fisiológicos, patológicos e hábitos de vida que podem estar associados a um aumento dos AVC. Tendo em conta que 80% dos AVC são evitáveis (MARQUES, 2007) é de suma importância, enquanto profissional de saúde e cidadã, reflectir sobre este aspecto. Seria muito benéfico para a sociedade portuguesa se todos agissem com mais determinação na prevenção desta patologia, sendo que os EEER têm um papel fundamental na educação para a saúde da população.

O risco de desenvolvimento de um AVC aumenta quanto maior o número de factores de risco presentes, ou quanto mais elevado o grau de anormalidade dos factores de risco. Estes podem ser divididos em duas grandes categorias: não modificáveis ou não controláveis e modificáveis ou controláveis (MARQUES, 2007).

Os factores de risco não modificáveis são os seguintes:

Idade – a frequência do AVC aumenta com a idade. A doença ocorre principalmente entre os 65 e os 85 anos, sendo que 60 a 70% da totalidade dos AVC ocorre em pessoas com mais de 65 anos (MARQUES, 2007; PHIPPS; SANDS; MAREK, 2003).

Sexo – a ocorrência é superior no sexo masculino (MARTINS, 2002; PHIPPS *et al*, 2003).

Raça – a população de raça negra é duas vezes mais propensa de desenvolver um AVC trombótico e três vezes mais propensa a desenvolver AVC hemorrágico (ANDRÉ, 1999).

História familiar – pode existir uma tendência familiar para a ocorrência da doença (MARTINS, 2002). A probabilidade é quatro vezes maior em pessoas cujo pais também padecem desta patologia (ANDRÉ, 1999).

Em relação à estação do ano/clima as opiniões divergem, havendo autores que referem que a ocorrência do AVC aumenta no inverno devido aos fenómenos de vasoconstrição. (MARQUES, 2007).

Os factores de risco modificáveis ou controláveis são:

Hipertensão arterial – é um dos principais factores de risco (PHIPPS *et al.*, 2003), sendo segundo MARTINS (2002) o maior factor de risco tratável.

Diabetes Mellitus – existe uma maior probabilidade de ocorrência do AVC em pessoas que apresentam a doença (ANDRÉ, 1999), devido a esta acelerar o processo de arteriosclerose dos vasos sanguíneos (PHIPPS *et al.*, 2003).

Doença cardíaca – segundo MARTINS (2002) as paredes das válvulas e cavidades cardíacas são a principal fonte de embolia cerebral, o que constitui a doença cardíaca como factor de risco.

Hábitos alcoólicos – a intoxicação alcoólica é um factor que precipita a ocorrência de um AVC (MARTINS, 2002) por poder provocar um aumento da pressão sanguínea (ANDRÉ, 1999).

Tabagismo – o consumo de tabaco aumenta cerca de três vezes o risco de desenvolver um AVC (MARTINS, 2002), uma vez que aumenta o risco de hemorragia cerebral relacionada com a doença atero-trombótica carotídea (MARQUES, 2007 citando DOWNIE, 1998).

Hiperlipidémia – níveis elevados de colesterol aumentam o risco de sofrer um AVC, em particular o isquémico, relacionado com as lesões por alterações nos vasos sanguíneos (MARQUES, 2007).

Obesidade – por si só já se constitui como factor de risco, porém convém recordar que esta está frequentemente associada a outros factores de risco como por exemplo hipertensão arterial e diabetes mellitus (MARQUES, 2007).

Sedentarismo – quando analisado isoladamente a sua influência não está comprovada, no entanto quando associado a outros factores aumenta o risco de desenvolver um AVC (MARQUES, 2007). A actividade física reduz a probabilidade de desenvolver AVC, uma vez que ajuda a controlar os valores de colesterol (ANDRÉ, 1999).

Contraceptivos orais – factor de risco controverso, porém considerável principalmente em mulheres que os consumam e que sejam fumadoras devido à maior probabilidade de ocorrerem eventos trombo-embólicos (MARQUES, 2007).

É fundamental conhecer os factores de risco e actuar no seu controlo. Considerando a dimensão do problema que o AVC assume, qualquer redução na sua incidência, morbidade e mortalidade têm importantes repercussões pessoais, sociais e económicas (MARTINS, 2002).

Outro aspecto que contribui para reduzir a mortalidade e morbidade, assim como diminuir as intercorrências e controlar os custos, é um precoce reconhecimento da situação, bem como um rápido atendimento por profissionais de saúde especializados (MARQUES, 2007, citando ROSAS, 1997). Desta forma, é importante conhecer as manifestações clínicas do AVC para uma rápida identificação, de modo a minimizar os seus danos.

As principais manifestações clínicas são parestesias ou diminuição da força no membro superior, membro inferior ou hemicorpo; alteração do estado mental; dificuldade na linguagem; dificuldade na marcha; perda de equilíbrio; dificuldade na coordenação dos movimentos; distúrbios visuais e cefaleia intensa e súbita (SMELTZER; BARE, 2002).

O'SULLIVAN; SCHMITZ, (1993) referem que das lesões provocadas pelo AVC, advêm um conjunto de sinais e sintomas de défices neurológicos, que são provocados pela alteração da irrigação sanguínea, e dependem da extensão, localização da lesão no tecido nervoso e do volume da circulação contralateral. Assim, consoante o hemisfério do cérebro afectado, diferem os défices na pessoa.

Os efeitos de um AVC do hemisfério esquerdo, vão manifestar-se no hemicorpo direito e vice-versa, porque os feixes nervosos cruzam a nível do tronco cerebral. Assim, as principais consequências de um AVC do hemisfério esquerdo são défices motores no lado direito, défices de linguagem (afasia fluente, não fluente ou global), agrafia ou alexia, défices do campo visual direito, comportamento lento e cauteloso, extrema ansiedade antes de tentar novas capacidades, défice cognitivo e elevado nível de frustração/depressão por perdas. Aquando de um AVC no hemisfério direito podem verificar-se défices motores no lado esquerdo, défices do campo visual esquerdo, défices percepto-espaciais, negação ou inconsciência dos défices, falta de discernimento, sobrestima de capacidades, impulsividade, dificuldade na concentração, aparente despreocupação com as perdas (PHIPPS *et al.*, 2003).

De seguida, serão aprofundadas, de uma forma geral, as alterações neurológicas mais significativas.

Relativamente aos déficits motores, na pessoa com AVC, o mais comum é a hemiplegia e hemiparésia. Podem distinguir-se estes dois conceitos: hemiplegia é a paralisia total de uma parte do corpo e hemiparésia é a diminuição da força muscular de uma parte do corpo (MARQUES, 2007).

A pessoa com hemiplegia apresenta problemas relacionados com a função motora, pelo que se torna portadora de uma deficiência, que por sua vez vai interferir com a realização do movimento, causando-lhe, desta forma, uma incapacidade (MARTINS, 2002).

Os deficits sensitivos estão frequentemente presentes na pessoa com AVC. A hemipostesia consiste na diminuição da sensibilidade num lado do corpo (MARQUES, 2007 citando CUNHA, 2000). O AVC pode originar perdas sensoriais discretas do tacto ou mais graves como a perda de propriocepção (capacidade de compreender a posição e o movimento das partes do corpo), assim como dificuldade na interpretação dos estímulos visuais, tácteis e auditivos (SMELTZER; BARE, 2002).

As alterações ao nível da comunicação são, também, uma consequência frequente do AVC. As perturbações da linguagem mais frequentes são a disartria e a afasia (MARQUES, 2007).

A disartria é uma disfunção motora que consiste na dificuldade em articular as palavras, proveniente de perturbações do funcionamento dos músculos do aparelho fonador (DGS, 2010a).

A afasia é uma disfunção da linguagem concernente a perda total ou parcial das capacidades de linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita). A esta podem estar associadas outras perturbações nomeadamente a agrafia (incapacidade em escrever), alexia (incompreensão da escrita), acalculia (incapacidade em realizar cálculos matemáticos simples), apraxia (incapacidade em realizar movimentos voluntários coordenados) e alterações da comunicação não verbal. (DGS, 2010a)

Consoante a localização da lesão neurológica é classificada a afasia. As principais são a afasia de Broca, afasia de Wernicke e afasia global (DGS, 2010a). A afasia de Broca consiste numa perturbação da capacidade de expressão, apresentando a pessoa um discurso não fluente. A capacidade de compreensão mantém-se intacta. A afasia de Wernicke caracteriza-se por um discurso fluente, nem sempre coerente, com capacidade de compreensão alterada. Na afasia global tanto as capacidades de expressão e de compreensão estão comprometidas (PHIPPS *et al.*, 2003).

No que diz respeito aos deficits cognitivos, estes podem manifestar-se por comprometimento da capacidade de aprendizagem, perda de memória de curto e longo prazo, capacidade de atenção e concentração diminuída, falta de motivação, raciocínio abstracto deficiente e capacidade de análise crítica das situações comprometida. A nível

psicológico/emocional, a depressão é usual, bem como a labilidade emocional, hostilidade, frustração, ressentimento e falta de cooperação (SMELTZER; BARE, 2002).

Poderão existir déficits visuais na pessoa com AVC uma vez que as lesões vasculares do cérebro podem causar alterações da visão. A deficiência visual mais frequente é a hemianópsia (MARQUES, 2007). Esta, segundo SMELTZER; BARE (2002), consiste na perda da metade do campo visual. As autoras referem outros déficits do campo visual nomeadamente a perda de visão periférica e a diplopia (visão dupla). Os distúrbios visuais podem interferir com a capacidade da pessoa com AVC reaprender as funções motoras, aumentando o risco de acidentes (MARQUES, 2007).

Outra alteração neurológica frequente é a disfagia, que consiste na disfunção da deglutição, podendo manifestar-se a alimentos sólidos e/ou líquidos (World Gastroenterology Organisation, 2004). Na fase aguda, até 45% das pessoas com AVC, podem sofrer de disfagia (DGS, 2010a).

Após um AVC, a pessoa pode apresentar incontinência urinária transitória, muitas vezes relacionada com os défices motores, que o impedem de ser autónomo nesta actividade, e cognitivos, incapacitando-o de comunicar as suas necessidades. Ocasionalmente, a bexiga da pessoa com AVC fica atónica, havendo alteração da capacidade de sentir plenitude vesical. Pode, ainda, ocorrer perda ou diminuição do controlo do esfíncter vesical. Em situação de espasticidade a nível vesical pode acontecer retenção urinária (SMELTZER; BARE, 2002).

Os múltiplos problemas que afectam a pessoa com AVC podem alterar a sua capacidade para realizar as actividades de forma independente.

Neste trabalho emergem dois conceitos importantes: actividades de vida e actividades da vida diária, que seguidamente serão explicados. As actividades de vida (AV's) são o ponto central do modelo de ROPER; LOGAN; TIERNEY (2001) e caracterizam a pessoa no seu complexo processo de vida. As autoras definiram 12 AV's no total: manter um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, mobilizar-se, controlar a temperatura do corpo, trabalhar e distrair-se, exprimir a sexualidade, dormir e morrer. As AVD são as tarefas que uma pessoa realiza para cuidar de si, nomeadamente tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, andar, comer, transferir-se da cama para a cadeira, e mover-se na cama (CARDOSO, EUSÉBIO, 2011).

Após o AVC, as AVD são influenciadas em diferentes graus, transitando a pessoa dum estado de independência para um grau de dependência na realização das mesmas (MARQUES, 2007).

Independência é a capacidade de desempenhar, sem ajuda, as actividades, num padrão pessoal e social aceitável. Existem circunstâncias, ao longo da vida, nomeadamente doenças ou acidentes, que poderão causar dependência. Os conceitos independência e dependência total são utilizados para descrever os pólos do continuum dependência/ independência. A dependência poderá cifrar-se na ajuda de outras pessoas ou de equipamentos especiais que permitam independência. (ROPER *et al.*, 2001).

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez AVD: alimentação, higiene pessoal, tomar banho, vestir e despir, uso da sanita, controlo do esfíncter vesical, controlo do esfíncter intestinal, andar em superfície plana, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (MAHONEY, BARTHEL, 1965).

Segundo PHIPPS *et al.* (2003, p.1977) “o AVC deixa cerca de 25% das suas vítimas com incapacidades, físicas ou mentais, que requerem apoio continuado nas AVD”, números que reforçam a dimensão da problemática da pessoa com AVC.

A doença cerebrovascular resulta, frequentemente, numa perda de independência para a pessoa doente, de forma prolongada e permanente (DGS, 2005) assumindo, neste contexto, a profissão de enfermagem, uma grande importância.

Segundo a OE (2002), um dos objectivos dos cuidados de enfermagem visa a máxima independência na realização das AVD, procurando-se a adaptação funcional aos deficits, frequentemente através de processos de aprendizagem da pessoa.

A Enfermagem de Reabilitação é “... um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio da doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida”. (STRYKER, 1977, p.15 citado por HOEMAN, 2000, p.3).

A reabilitação precoce e progressiva revelou que é possível a pessoa com AVC voltar a casa, reintegrar-se na comunidade e melhorar a qualidade de vida (HOEMAN, 2000). Enquanto especialidade multidisciplinar, a reabilitação compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permite auxiliar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a aumentar o seu potencial funcional

e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, desta forma, preservar a auto – estima (DECRETO-LEI nº 125/2011).

Neste âmbito, o EEER é detentor de um título profissional que lhe reconhece competência científica técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, neste caso específico a reabilitação (OE, 2009b). O nível elevado de conhecimentos acrescidos à experiência permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (DECRETO-LEI nº 125/2011).

São três as competências específicas do EEER, sendo a primeira: “*Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de Enfermagem*” (DECRETO-LEI nº 125/2011, p. 8658). O profissional referido é apto para: identificar as necessidades de intervenção especializada, no domínio da enfermagem de reabilitação, em pessoas dependentes nas AVD, quer temporariamente ou permanentemente; conceber, implementar e avaliar planos e programas especializados com vista à qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade (DECRETO-LEI nº 125/2011).

A segunda competência específica de reabilitação é “*Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania*” (DECRETO-LEI nº 125/2011, p. 8659). O profissional tem competência para elaborar e implementar programas de treino de AVD, à pessoa e seu cuidador informal, visando a adaptação às limitações da mobilidade, e o aumento da autonomia e qualidade vida. O EEER é, ainda, capaz de promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (DECRETO-LEI nº 125/2011).

A terceira competência do EEER é “*Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa*” (DECRETO-LEI nº 125/2011, p. 8659). Compete ao EEER interagir com a pessoa com vista a desenvolver actividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e, deste modo, contribuir para desempenho motor e cardio-respiratório mais eficaz, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal (DECRETO-LEI nº 125/2011).

Dada a elevada morbilidade do AVC, é necessário a continuidade dos cuidados de reabilitação após a alta hospitalar, nomeadamente em unidades de medicina física e reabilitação ou no domicílio (DGS, 2010).

Quando a pessoa é transferida para unidades ou centros de medicina física e reabilitação dá-se continuidade ao processo de reabilitação, pluridisciplinar e personalizado. A finalidade deste, segundo LEITE (2005), passa pela minimização do impacto do AVC quer para a pessoa, quer para o seu cuidador.

Quando a pessoa que sofreu um AVC regressa ao domicílio, a família desempenha um papel fundamental (MARQUES, 2007 citando FERNANDES *et al.*, 2002). Os familiares são chamados a colaborar nos cuidados, passando a realizar um conjunto de tarefas que até então tinham sido realizados por enfermeiros, tornando-os, deste modo, elementos importantes na equipa de prestação de cuidados (MARQUES, 2007).

A doença, principalmente a incapacitante tal como é o caso do AVC, exige um grande reajustamento, com implicações na dinâmica familiar (MARQUES, 2007). Este constitui uma situação de mudança para o sistema familiar, o que implica um processo de ajustamento à nova condição, devido às rupturas nas relações interpessoais e à alteração nos papéis e funções até então desempenhados (MONIS; LOPES; CARVALHAS; MACHADO, 2005).

A família é entendida como a mais directa e imediata fonte de apoio à pessoa incapaz de realizar as suas AVD. Esta assume responsabilidade sobre os cuidados e é, sem dúvida, onde se encontram o maior número de prestadores informais de cuidados.

A principal pessoa responsável pela organização, assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente designa-se de cuidador informal. Este pode ser um membro da família, um amigo ou um membro da comunidade (MARQUES, 2007). De acordo com MONIS *et al.* (2005), o termo cuidador informal diz respeito à pessoa, familiar ou não, que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário a quem padece de uma doença, ou que requer ajuda para o desenvolvimento das AVD, sem receber remuneração económica por isso.

RODRÍGUEZ; ALVAREZ; CORTES, (2001), referem que o cuidador que tem a responsabilidade total de cuidar da pessoa dependente pode ser designado como “primário”. Verificam-se situações em que existe um cuidador que detém a maior parte da responsabilidade pelo cuidado, mas que pode ser auxiliado por outros familiares,

voluntários e/ou profissionais. Neste caso ele é um cuidador “principal” e os outros são “secundários”. Os cuidadores familiares, primários ou secundários prestam cuidados de carácter informal.

O acto de cuidar é intrínseco à própria natureza humana (CERQUEIRA, 2005). Cuidar é, por um lado, um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que somos independentes e é, também, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para realizar as suas AVD. (CERQUEIRA, 2005 citando COLLIÈRE, 1989) Assim, toda a pessoa em algum momento da sua vida, necessita ser auxiliada na realização das suas AVD. Contudo, esta ajuda ganha especial importância quando a pessoa atravessa determinadas crises na sua vida, como é o exemplo de uma situação de doença como um AVC.

Cuidar de uma pessoa dependente é muito mais do que os aspectos instrumentais e físicos. Este acto exige uma entrega total, o que requer do cuidador uma disponibilidade cognitiva, emocional e física (MARQUES, 2007), sendo legítimo que os cuidadores informais necessitem de preparação, por profissionais na área da saúde. Estes visam capacitar o cuidador informal ou, como o verbo indica, torna-lo capaz de cuidar da pessoa com AVC, dependente nas AVD.

PETRONILHO (2007) menciona que a pessoa que irá assumir o papel de cuidador informal terá de ser o foco de atenção dos enfermeiros nos diferentes contextos da prática, de modo a consciencializá-la da necessidade de exercer um novo papel e habilitá-la a dar respostas adequadas às carências da pessoa dependente. O autor refere, ainda, que no sentido de garantir e promover adequadamente o papel do cuidador informal, os enfermeiros devem promover, nos mesmos, o aumento dos seus conhecimentos e capacidades, de modo a darem resposta às necessidades decorrentes da alteração da condição de saúde, consequência da doença (PETRONILHO, 2007).

O EEER utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação das pessoas e seus cuidadores informais na preparação do regresso a casa, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhe o direito à dignidade e à qualidade de vida (DECRETO-LEI nº 125/2011).

Os cuidadores informais da pessoa com AVC no domicílio, na maioria das vezes, sentem-se insatisfeitos, apresentam insegurança, considerando-se incapazes de

assumir o seu papel. Perante estas circunstâncias é necessário que a equipa de enfermagem promova o envolvimento destes cuidadores na preparação do regresso a casa, informando-os e treinando-os na realização das actividades, de modo a adquirirem conhecimentos e habilidades, que lhes possam conferir segurança e competência na prestação de cuidados (BOCCHI, 2004).

Os ensinamentos, facultados ao longo do internamento hospitalar de uma pessoa com AVC dependente nas actividades de vida, são de extrema importância para a futura prestação de cuidados no domicílio. “*Insinos oportunos acerca do que fazer, porque fazer, quando fazer, por quem fazer, com o que fazer, são encarados como reais necessidades sentidas pelos familiares dos doentes*” (MARQUES, 2007, p.158).

PETRONILHO (2007) acrescenta aos ensinamentos o processo de treino do cuidador informal, como sendo um recurso fundamental na aquisição de competências, facilitando a adaptação ao desempenho do novo papel que lhe é exigido.

O acesso, por parte dos cuidadores informais, ao suporte escrito acerca dos principais procedimentos a realizar no domicílio, fornece um contributo significativo na melhoria das suas competências. Este suporte escrito funciona como instrumento de reforço na aquisição e solidificação de conhecimentos e capacidades (PETRONILHO, 2007).

A temática centrada na preparação do regresso a casa tem cada vez mais importância no mundo actual, sendo uma preocupação das políticas sociais e de saúde (PETRONILHO, 2007). Esta deve ter início no acolhimento, devendo ir ao encontro da família e da pessoa para os envolver no processo terapêutico (DGS, 2010).

Assim, considera-se fundamental que a preparação do regresso a casa não represente meramente um momento, mas constitua um processo que visa informar e qualificar aquele que será o prestador informal de cuidados. Deste modo, o EEER assume um papel essencial na preparação do regresso a casa do cuidador informal da pessoa com AVC, para que este possa assumir a sua função de cuidar de alguém dependente nas AVD.



### 3. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

#### 3. 1. METODOLOGIA DE PESQUISA

Com a finalidade de estruturar a abordagem da problemática em análise através do recurso às bases de dados científicas, é definida a pergunta em formato PICO, que guiará o enfermeiro nas opções estratégicas e metodológicas de pesquisa e consequente contexto de análise. Nesta nomenclatura inclui-se a definição específica da População (P) que deve ser circunscrita a um grupo com características comuns, da Intervenção (I) do EEER, da Comparação (C), que não sendo impreterível serve de controlo, e do Outcome (O), ou seja, dos resultados a alcançar.

Na lógica de que esta metodologia deve ser enquadrada numa necessidade concreta do enfermeiro, que por sua vez procura corresponder às necessidades dos seus utentes, emergiu uma problemática resultante da realização do Estágio II e consequente reflexão crítica das actividades desenvolvidas ao longo do mesmo. Deste modo, surge a seguinte questão: **A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, na preparação do regresso a casa, capacita o cuidador informal a cuidar da pessoa com acidente vascular cerebral, dependente nas actividades da vida diária?**

**I** - A intervenção do EEER na preparação do regresso a casa;

**P** - O cuidador informal da pessoa com AVC, dependente nas AVD;

**O** – A capacitação do cuidador informal para a prestação de cuidados.

Após a definição da pergunta pico, segue-se o processo de pesquisa, que se iniciou pela identificação das palavras-chave. Assim sendo, os termos de interesse são: **enfermagem, reabilitação, preparação do regresso a casa, AVC, capacitação do cuidador informal, dependência nas AVD**. Traduzindo os conceitos chave para língua inglesa e recorrendo à plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) Browser (2011,

URL:[http://www.nlm.nih.gov/mesh/2011/mesh\\_browser/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/2011/mesh_browser/MBrowser.html)), para submeter a validação pela avaliação dos descritores, obtém-se os seguintes resultados:

- Enfermagem/Nursing
- Reabilitação/Rehabilitation;
- Preparação do regresso a casa-Preparação da alta/Discharge Planning;
- AVC/Stroke;
- Cuidador informal/Caregivers;
- Actividades de vida diária/ Activities of Daily Living.

Por uma questão de viabilidade da pesquisa houve necessidade de adequar a linguagem, atendendo aos códigos linguísticos mais comuns nas bases de dados científicas, sendo necessário substituir a expressão preparação de regresso a casa pela preparação da alta. Os termos capacitar/capacitação/capacitar o cuidador/capacitação do cuidador e dependência/dependente não foram encontrados como válidos na avaliação dos descritores.

Progredindo no processo, foram definidos critérios de inclusão/ exclusão na selecção dos artigos a investigar, e que se encontram enumerados no anexo IV.

A escolha da base de dados científica foi a CINAHL Plus with Full Text e a MEDLINE with Full Text via EBSCOhost Web (2011, URL: <http://search.ebscohost.com/>). Definiu-se a pesquisa apenas de artigos disponíveis em *full text*, num horizonte temporal de 2001 a 2011, de forma a encontrar fontes actualizadas.

Iniciou-se o cruzamento dos descritores, tendo-se verificado não ser vantajoso o cruzamento de todos os descritores, principalmente porque o descritor nursing é demasiado abrangente para conduzir a artigos específicos relacionados com ao tema em estudo. Deste modo enfermagem/nursing não foi um termo utilizado no cruzamento dos descritores, mas sim incluído nos critérios de inclusão/ exclusão dos artigos a seleccionar. Do cruzamento dos restantes descritores obtém-se os resultados discriminados em anexo (Anexo V). Foram encontrados 59 artigos. Este valor não corresponde ao valor real de artigos diferentes, uma vez que alguns dos artigos se encontravam em duplicado por existirem nas duas bases de dados, bem como se repetem alguns artigos nos cruzamentos dos descritores.

Procedeu-se, nesta fase, à leitura dos títulos e resumos (abstract) dos artigos, resultando numa pré-selecção de 10 artigos. Da leitura integral do conteúdo destes, apuraram-se os 5 artigos finais a analisar.

### 3.2. ANÁLISE DOS ARTIGOS

Após leitura aprofundada dos artigos seleccionados, procedeu-se à sua análise. De modo a tornar este processo mais claro construiu-se uma tabela de análise para cada artigo.

Os níveis de evidência dos artigos foram classificados de acordo com MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT (2005), e constam no anexo VI.

Tabela I: Análise do artigo I “*A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers*”

<b>TÍTULO</b>	<b>A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers</b>
<b>AUTORES</b>	Shyu, Y.; Chen, M.; Chen, S.; Wang, H.; Shao, J. (2008)
<b>PAÍS</b>	Taiwan
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Ensaio clínico randomizado (nível II de evidência)
<b>OBJECTIVOS</b>	Testar a eficácia de um programa de preparação do regresso a casa orientado para os cuidadores informais (familiares) da pessoa com AVC.
<b>PARTICIPANTES</b>	Dois grupos: um grupo controle de 86 pessoas idosas com AVC e seus cuidadores informais e um grupo experimental de 72 pessoas idosas com AVC e seus cuidadores informais.

<b>METODOLOGIA</b>	O grupo controle recebeu uma preparação para a alta da rotina habitual hospitalar, enquanto o grupo experimental recebeu esta preparação da alta habitual, e um programa de preparação para o regresso a casa experimental, orientado para os cuidadores.
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	Cuidadores no grupo experimental tiveram uma auto-avaliação e hetero-avaliação (avaliação de enfermagem) significativamente melhor relativamente à sua capacitação antes e após o programa. O estudo conclui que este programa de preparação do regresso a casa beneficia os cuidadores informais de pessoas idosas com AVC na transição do hospital para o domicílio.

Os autores esclarecem o que entendem por planeamento da alta da rotina habitual do hospital. Referem que esta geralmente inclui educação para a saúde inconsistente, fornecida pelo enfermeiro, e ocasionais encaminhamentos pós-alta. O enfermeiro, ou médico assistente, geralmente referencia a pessoa com AVC para uma equipa de preparação para a alta se o internamento for muito prolongado ou se a pessoa tiver dificuldades com a alta. O enfermeiro dessa equipa está encarregado de providenciar cuidados de enfermagem para o domicílio ou transferência para um lar de idosos. Os serviços de planeamento da alta da rotina hospitalar geralmente não vão de encontro às necessidades de formação dos cuidadores informais e, não consideram necessariamente a situação específica de cada família.

Relativamente ao estudo referido no artigo, um dos critérios de inclusão é que a pessoa com AVC regresse ao domicílio após a alta hospitalar. O programa de preparação do regresso a casa de enfermagem inclui educação em saúde durante o internamento hospitalar bem como acompanhamento pós-alta através de visitas domiciliárias e apoio via telefónica. Este programa experimental foi projectado para satisfazer as necessidades de formação dos cuidadores de pessoas idosas com AVC e melhorar as suas competências para o cuidar.

As necessidades de formação dos cuidadores foram inicialmente avaliadas 48 horas antes da admissão para o programa da pessoa com AVC e, novamente, antes da alta. Nessas avaliações, foi ainda perguntado aos cuidadores quais as informações que precisavam, e se iriam requerer cuidados continuados, serviço social ou grupos de

apoio. Os resultados destas avaliações foram utilizados para orientar as intervenções de enfermagem individualizadas, para os cuidadores, no grupo experimental. As intervenções contemplam fornecimento de informação de acordo com as carências de cada cuidador e como gerir as tarefas que o cuidador informal terá de realizar após o regresso a casa. Providenciam informação oralmente e com suporte escrito. Se considerarem necessário, demonstram como realizar as AVD da pessoa dependente. Antes da alta, verificam se os cuidadores possuem as capacidades necessárias para cuidar da pessoa com AVC, no domicílio.

Após o regresso a casa, na primeira semana é realizado um telefonema. Este segue um guião escrito que tem por objectivo identificar como o cuidador está a evoluir, e responder a eventuais perguntas. É, ainda, realizada uma visita domiciliária na primeira semana e outra no final do primeiro mês. Durante estas visitas, os enfermeiros observam o cuidador na prestação informal de cuidados, respondem a questões, demonstram como realizar os cuidados, à pessoa com AVC, e observam a existência de eventuais situações problemáticas.

O suporte escrito fornecido consiste num manual passo-a-passo que contém guidelines para as intervenções dos cuidadores. Considero que este é um instrumento fundamental para este processo de capacitação do cuidador uma vez que lhe possibilita consultar e rever a informação sempre que o deseje.

As capacidades dos cuidadores para a prestação informal de cuidados foram avaliadas pelos enfermeiros e pelos próprios.

Antes do início do programa, os enfermeiros avaliaram a capacidade dos cuidadores, do grupo experimental e do grupo controle, para a prestação informal de cuidados. Verificaram que ambos se encontravam capacitados, em grau moderado, para cuidar da pessoa com AVC. Antes da alta, os enfermeiros verificaram que as capacidades para a prestação de cuidados aumentaram em ambos os grupos. Comparativamente, houve uma melhoria mais significativa no grupo experimental.

Três dias após a admissão, os cuidadores informais de cada grupo avaliaram-se capacitados, em grau moderado, para a prestação de cuidados. Antes da alta hospitalar, os cuidadores do grupo experimental referem melhorias significativas nas suas capacidades, enquanto os cuidadores do grupo controle não referem melhorias relevantes.

Relativamente à satisfação das necessidades de formação individuais, os cuidadores do grupo experimental apresentam maior nível de satisfação do que no grupo controle.

Os autores afirmam que as pessoas com AVC, e seus cuidadores, beneficiam de um programa de preparação para o regresso a casa que contribua para melhorar as capacidades dos cuidadores para prestar cuidados e vá de encontro as necessidades de formação dos cuidadores, na transição do hospital para o domicílio.

Uma vez que o estudo está orientado para os cuidados à pessoa idosa, os autores salientam que os cuidadores de pessoas idosas com AVC têm uma experiência diferente do que se cuidassem de pessoas idosas com outra patologia. Por esse motivo, quando a doença foi um AVC, poderão ser necessárias intervenções específicas aos cuidadores, nomeadamente treino para desenvolvimento de habilidades na realização das AVD, encaminhamento para receberem apoio financeiro ou emocional, bem como comportamentos a adoptar para evitar a sobrecarga.

Os resultados deste estudo apontam que a ajuda dos enfermeiros durante a transição do hospital para casa auxilia os cuidadores a adaptarem-se ao seu papel.

Tabela II: Análise do artigo II “*Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar*”

<b>TÍTULO</b>	<b>Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar</b>
<b>AUTORES</b>	Perlini, N.; Faro, A.(2005)
<b>PAÍS</b>	Brasil
<b>NIVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Estudo descritivo e quantitativo (nível VI de evidência)
<b>OBJECTIVOS</b>	Identificar e descrever as actividades do familiar que cuida de pessoas incapacitadas por AVC no domicílio, conhecendo as dificuldades que enfrentam no quotidiano.
<b>PARTICIPANTES</b>	35 cuidadores informais (familiares) de pessoas com AVC

<b>METODOLOGIA</b>	A colheita dos dados foi realizada durante 3 meses, através de visitas domiciliárias a 132 pessoas que estiveram internadas no hospital, com diagnóstico de AVC. Após aplicar critérios de exclusão destacam-se 35 pessoas incapazes de se autocuidarem, necessitando de assistência de outra pessoa. Foi aplicado um instrumento de colheita de dados aos 35 cuidadores.
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	Os cuidadores familiares eram predominantemente mulheres (77,1%), esposas ou filhas, sendo que 68,6% nunca tinham cuidado de alguém anteriormente. As orientações recebidas denotam falta de compromisso dos profissionais com a continuidade do cuidado. O cuidador aprende a cuidar no quotidiano, com base na observação e auxílio durante o internamento. As dificuldades relacionam-se com o esforço físico, a falta de informação e o medo, constrangimento e vergonha em lidar com o corpo do outro. O estudo salienta a importância da preparação do regresso a casa, pelo enfermeiro, ao cuidador informal da pessoa com AVC.

O instrumento de colheita de dados visou recolher informações sobre os cuidados realizados pelos cuidadores informais (familiar), contendo questões referentes aos cuidados prestados, às orientações e informações recebidas durante o período de internamento hospitalar e quem os orientou/informou. O estudo identificou as tarefas que são realizadas pela maioria dos cuidadores e aquelas que são pouco, ou não são, realizadas.

A tarefa citada como realizada por praticamente todos os cuidadores (97,1%) trata-se de acompanhar a pessoa doente às consultas médicas. Vestir a pessoa, ou auxiliá-la a vestir-se, foi uma actividade mencionada por 33 (97,1%) cuidadores. A preparação das refeições e administração da medicação surgiram como sendo realizados por 28 (96,6%) dos cuidadores. Auxiliar na deambulação foi referido por 23 (67,6%) cuidadores. Por último, surgem actividades mencionadas por menos cuidadores, nomeadamente os cuidados de higiene e a utilização da sanita. As autoras constataam, deste modo, que as actividades desenvolvidas relacionam-se com as sequelas do AVC

na pessoa, que comprometem a sua autonomia para a realização das actividades supracitadas. Quanto maior a dependência, maior a necessidade de envolvimento pessoal do cuidador.

Nenhum dos cuidadores referiu realizar a actividade de acompanhar o seu familiar a serviços de reabilitação. As autoras justificam o facto como sendo falta de recursos da cidade (apenas uma instituição em que os cuidados de reabilitação são comparticipados pela segurança social), tornando-se o acesso restrito.

Apenas 58,8% dos cuidadores realiza exercícios físicos activos e passivos, ou estimula o seu familiar à realização dos mesmos. Segundo as autoras existem várias razões: uma delas é a falta de tempo por parte do cuidador, uma vez que acumulam diversas tarefas para além de cuidar do seu familiar. Outra razão pode dever-se ao facto de alguns cuidadores serem pessoas idosas e até doentes. A terceira pode ser devido a falta de informação sobre a importância da realização de actividades de reabilitação.

Noutra parte do estudo são evidenciadas as dificuldades referidas pelos cuidadores informais. Considerando o total de cuidadores (35), verifica-se que 22 referem ter dificuldades para cuidar. Para além das dificuldades relacionadas com o esforço físico realçam-se outras, nomeadamente medo, constrangimento e vergonha. As respostas denotam também o desconhecimento, por parte dos cuidadores, a respeito da patologia, da evolução do quadro clínico e suas possíveis complicações.

As autoras referem que as informações/orientações fornecidas a esses cuidadores não foram suficientes para possibilitar-lhes uma acção segura, e que as orientações incompletas, que se limitam aos “alertas”, incutem mais medo e insegurança do que propriamente indicam as acções preventivas de complicações.

O artigo salienta, também, que se o cuidador informal não estiver devidamente capacitado para cuidar da pessoa dependente, poderá sentir ansiedade e maior desgaste, assim como poderão ocorrer danos para a pessoa com AVC e frequentes hospitalizações.

Nas considerações finais, as autoras realçam a importância do comprometimento do enfermeiro na preparação do regresso a casa, e a importância de assumir com a família uma relação de cooperação apoio. Como a recuperação da pessoa está directamente relacionada com o início de um programa de reabilitação precoce, a equipa de enfermagem, especialmente o enfermeiro com experiência em reabilitação, deve estar preparado para realizar esses cuidados e estimular a própria pessoa e seus

familiares a realizá-los de forma correcta. É ainda salientada a necessidade de existir apoio de profissionais de saúde no domicílio.

Tabela III: Análise do artigo III “*Paciente com Acidente Vascular Encefálico e a rede de apoio familiar*”

<b>TÍTULO</b>	<b>Paciente com Acidente Vascular Encefálico e a rede de apoio familiar</b>
<b>AUTORES</b>	Rodrigues, L.; Alencar, A.; Rocha, E. (2009)
<b>PAÍS</b>	Brasil
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Estudo qualitativo (nível VI de evidência)
<b>OBJECTIVOS</b>	Investigar o conhecimento do cuidador informal sobre a doença e o processo de reabilitação, identificar as formas de cuidado realizadas pelo cuidador informal e observar a realização dos cuidados pelo cuidador informal durante a hospitalização.
<b>PARTICIPANTES</b>	Nove cuidadores de pessoas vítimas de AVC isquémico.
<b>METODOLOGIA</b>	A colheita de dados foi realizada durante 3 meses. As técnicas de colheita de dados compreenderam a entrevista, a observação sistemática, a observação participante e a observação não participante.
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	Entre os cuidadores predominou o género feminino, com relação de parentesco à pessoa com AVC. A informação que possuem é deficiente em todos os aspectos. Este estudo permite inferir que as modalidades de cuidado não são totalmente conhecidas pelos cuidadores informais, destacando-se os cuidados físicos como sendo os mais realizados. Este artigo demonstra que o cuidador informal não está preparado para receber e reabilitar a pessoa com AVC que carece de cuidados especiais, conduzindo à reflexão acerca da importância das intervenções de enfermagem

A maioria dos cuidadores informais, entrevistados neste estudo, tem uma relação de parentesco com a pessoa com AVC. Verifica-se que é frequente existir, dentro dos próprios membros da família, mais do que um cuidador.

Os resultados do presente estudo apontam que, relativamente à instrução dos cuidadores acerca da doença, existe falta de informação. O significado de AVC é pouco conhecido, gerando sentimentos tal como medo e incerteza. Os cuidadores sabem, de maneira empírica, como contribuir para a reabilitação, desconhecendo os cuidados de reabilitação necessários a realizar. No que diz respeito aos cuidados a ter com a pessoa com AVC, é explícita a falta de orientação presente no ambiente hospitalar. Os cuidados realizados pelos cuidadores informais no ambiente hospitalar, foram sobretudo de natureza física, nomeadamente cuidados relacionados com alimentação, higiene e eliminação vesical. No momento da alta hospitalar são fornecidas algumas orientações, ficando estas restritas aos cuidados físicos.

Os resultados descritos anteriormente sugerem uma ineficaz preparação do regresso a casa, por parte da equipa de enfermagem. Esta situação, para além de ser desfavorável à pessoa com AVC, visto que poderá não vir a receber os cuidados adequados, pode ser prejudicial ao cuidador, uma vez que pode gerar sentimentos e pensamentos negativos.

Falando especificamente de reabilitação, os autores mencionam que a ausência de informação é demonstrada pelo comportamento dos cuidadores envolvidos no estudo. Alguns destes apresentavam optimismo quanto às possibilidades de reabilitação, demonstrando desejo em contribuir. As orientações de enfermagem devem estar presentes ao longo de todo o internamento da pessoa, no ambiente hospitalar.

Os autores sugerem que façamos uma reflexão referente até onde pode ir a delegação dos cuidados com a pessoa com AVC, aos cuidadores informais. Afirmam que estes devem receber informação e treino sobre os cuidados antes de executá-los, e que os cuidados mais complexos devem ser realizados exclusivamente pela equipa de enfermagem.

Visando uma perspectiva holística, as autoras sugerem que os enfermeiros: envolvam a família no processo de reabilitação, incluam os cuidadores familiares nas

metas dos cuidados de enfermagem de reabilitação, incentivem a família a colaborar na realização dos cuidados e a estimular a pessoa com AVC na reabilitação, executem o seu papel de educadores em saúde, contribuam para que o vínculo familiar não seja afectado, empreendam esforços para que a pessoa com AVC e seu cuidador informal tenham um acompanhamento domiciliar do processo de reabilitação e um suporte social e psicológico.

Tabela IV: Análise do artigo IV “*Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand*”

<b>TÍTULO</b>	<b>Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand</b>
<b>AUTORES</b>	Oupra, R.; Griffiths, R.; Pryor, J.; Mott, S. (2010)
<b>PAÍS</b>	Tailândia
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Ensaio clínico não randomizado (nível III de evidência)
<b>OBJECTIVOS</b>	Desenvolver e implementar um programa de enfermagem de educação/aprendizagem para cuidadores informais (familiares) de pessoas com AVC. Avaliar o efeito do programa na qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais.
<b>PARTICIPANTES</b>	140 Pessoas com AVC e seus cuidadores informais divididos em dois grupos iguais (70).
<b>METODOLOGIA</b>	Um dos grupos de cuidadores recebeu cuidados relacionados com o programa de enfermagem de educação/aprendizagem, enquanto o outro grupo recebeu os cuidados habituais prestados no hospital. A colheita de dados realizou-se antes do regresso a casa dos familiares com AVC e após 3 meses.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os cuidadores informais do grupo do programa demonstraram como resultado melhor qualidade de vida do que o grupo de comparação, bem como menor sobrecarga. Este estudo demonstra a importância das intervenções de enfermagem de reabilitação, pelos resultados positivos que o programa teve para a pessoa com AVC e o seu cuidador informal.

O programa de enfermagem, referido no artigo, é um programa que compreende sessões didáticas de educação, treino para cuidadores informais, um livro descrevendo os cuidados a ter com a pessoa com AVC e três telefonemas, após o regresso a casa.

A primeira sessão focaliza-se nas causas e factores de risco do AVC, nas complicações associadas e métodos para preveni-las ou reduzi-las, como por exemplo, como prevenir úlceras de pressão.

A segunda sessão aborda aspectos tais como as dificuldades na alimentação: alterações da deglutição, e a importância de manter uma hidratação e nutrição adequadas.

A última sessão inclui os cuidados com o cateter vesical, prevenção de infecções do trato urinário, técnicas de reeducação vesical e intestinal; mobilidade, posicionamentos e transferências; o papel dos cuidadores familiares e como cuidar deles próprios. Estes foram supervisionados na prestação de cuidados à pessoa com AVC, nomeadamente nos posicionamentos e alternâncias de decúbito, na alimentação, nos cuidados com o cateter vesical, nas transferências e outras técnicas relacionadas com a mobilidade.

O livro, escrito em língua tailandesa, inclui diagramas para minimizar a quantidade de texto. Este suporte escrito serve de apoio para uma melhor compreensão dos princípios de reabilitação na pessoa com AVC. O livro foi fornecido antes das sessões de educação.

O programa de enfermagem incluiu o apoio, via telefónica, aos cuidadores informais da pessoa com AVC, uma vez por mês durante os 3 meses seguintes à alta hospitalar. O objectivo deste apoio foi oferecer aos cuidadores a oportunidade de discutir os problemas com um profissional de saúde. Segundo os autores do presente artigo, o apoio, após o regresso a casa, via telefónica, possibilita que os cuidadores

obtenham feedback sobre o seu papel, reforçando o conteúdo das sessões em grupo, realizadas anteriormente.

A qualidade de vida foi avaliada através de um questionário que foi aplicado no momento da alta e após 3 meses. Embora ambos os grupos tenham relatado melhoria na qualidade de vida, a análise dos questionários, dos cuidadores atribuídos ao grupo do programa, demonstrou que estes tiveram uma melhor qualidade de vida, tanto a alta como após 3 meses comparativamente com os cuidadores do grupo controle.

Na análise dos resultados, os autores verificaram uma diferença significativa, em ambos os grupos, entre a sobrecarga dos cuidadores informais na alta e após os 3 meses. No entanto, os cuidadores do grupo controle foram o grupo que apresentou níveis de sobrecarga mais elevados.

Os resultados deste estudo demonstram que a educação e apoio, por parte dos enfermeiros, aos cuidadores informais de pessoas com AVC, podem reduzir a sobrecarga do cuidador e melhorar sua qualidade de vida. Este facto deve-se à informação e treino que os capacitou para cuidar da pessoa com AVC, no regresso a casa.

Os autores concluem que, o programa de enfermagem em estudo, é uma abordagem eficaz, e de baixo custo. Sugerem que o programa seja alargado para toda a comunidade, incluindo áreas rurais, através dos profissionais dos centros de saúde, onde poderiam receber instrução e treino, nomeadamente sobre cuidados específicos de reabilitação.

O programa de educação/aprendizagem aos cuidadores informais, cuidadosamente planeado e implementado como parte de um programa de enfermagem de reabilitação, reconhece e apoia o importante papel que os membros da família desempenham na reabilitação após um AVC.

Os autores afirmam que os cuidadores informais apresentavam motivação para dar continuidade aos cuidados de reabilitação, e que uma adequada preparação pode permitir o desenvolvimento de capacidades neste âmbito, constituindo-se como uma estratégia para compensar a falta de serviços de saúde.

Segundo os autores, este estudo contribuiu para reforçar a importância da enfermagem de reabilitação na Tailândia, uma vez que neste país esta especialidade não é reconhecida.

Finalizando a análise deste artigo, os autores referem que as intervenções do EEER, na preparação do regresso a casa, podem ser benéficas para a pessoa com AVC, suas famílias/cuidadores informais e para o Governo.

Tabela V: Análise do artigo V “*Information provision during stroke rehabilitation: The health professional's perspective*”

<b>TÍTULO</b>	<b>Information provision during stroke rehabilitation: The health professional's perspective</b>
<b>AUTORES</b>	Gustafsson, L. (2008)
<b>PAÍS</b>	Austrália
<b>MÉTODO</b>	Estudo qualitativo (nível VI de evidência)
<b>OBJECTIVOS</b>	Identificar a informação transmitida pelos profissionais de saúde às pessoas com AVC e seus cuidadores; Identificar as percepções dos profissionais de saúde acerca do valor dos tópicos de informação; Identificar os métodos de transmissão da informação usados; Identificar barreiras aos programas de educação, na perspectiva dos profissionais de saúde.
<b>PARTICIPANTES</b>	Sessenta e sete profissionais de saúde, membros da equipa de reabilitação em AVC (internamento e ambulatório) de seis hospitais.
<b>METODOLOGIA</b>	Aplicação de um questionário estruturado com questões acerca do fornecimento de informações á pessoa com AVC e seus cuidadores.
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	A maioria dos participantes no estudo transmite, às pessoas com AVC e seus cuidadores, informação relacionada com expectativas da reabilitação, tratamentos e recuperação pós AVC; e recursos da comunidade. Os profissionais de saúde conhecem os métodos ideais de transmissão de informações, contudo citaram barreiras à prática. A informação fornecida não

	corresponde às necessidades que foram identificadas pelas pessoas com AVC e seus cuidadores. O artigo leva-nos a reflectir sobre a importância dos profissionais de saúde desenvolverem sistemas e práticas para garantir que informações individualizadas sejam fornecidas.
--	--

A necessidade de desenvolver programas educacionais, adequados às pessoas com AVC e seus cuidadores informais, em todos os estádios de reabilitação, sustentou o desenvolvimento do estudo.

Para o presente estudo, foi desenvolvido um questionário estruturado a partir de uma tabela com tópicos de temas pré-determinados, relacionadas com o AVC, e que se baseou em estudos realizados anteriormente. A lista aborda temas tais como definição de AVC, suas sequelas, cuidados a ter, reabilitação, entre outros.

A primeira secção do questionário continha perguntas sobre os profissionais de saúde (participantes) e acerca da sua experiência em reabilitação na pessoa com AVC. Foi solicitado aos participantes para responder a perguntas sobre a sua própria prática clínica. Os participantes foram apresentados com a tabela de temas e foi-lhes pedido que identificassem a informação que transmitiram às últimas dez pessoas com AVC, e aos últimos dez cuidadores informais.

Na segunda secção do questionário foi pedido aos participantes para considerarem todos os tópicos de informação da tabela e identificar os quão valorizados foram pelas pessoas com AVC e cuidadores.

Na secção final do questionário foi requerido aos participantes para identificarem os métodos de transmissão de informações mais eficazes. Os participantes foram convidados a optarem se a informação deve ser fornecida por escrito, oralmente, ambos os formatos ou outros. Foi-lhe ainda pedido que optassem entre sessões de educação individuais ou em grupos, e se os temas a abordar devem ser determinados pelos profissionais de saúde, as pessoas com AVC, ou ambos. A última questão foi uma pergunta aberta solicitando aos participantes para identificar as barreiras, à transmissão de informação, no seu local de trabalho.

Na análise dos resultados verifica-se que, dos sessenta e sete participantes, apenas nove são enfermeiros. Apesar deste trabalho estar relacionado com o EEER

considero importante ter uma visão alargada de toda a equipa de saúde, uma vez que a própria reabilitação em si é uma especialidade multidisciplinar.

Mais de 75% dos participantes referiu que as informações mais frequentemente fornecidas à pessoa com AVC relacionam-se com os seguintes temas: recuperação após AVC, sequelas a nível motor e cognitivo, tratamento após AVC, serviços na comunidade, o que é o AVC, exercícios e actividades, expectativas para o domicílio e equipamentos e produtos de apoio.

Relativamente aos cuidadores informais, mais de 75% dos participantes referiu que as informações mais frequentes são: expectativas da reabilitação, recuperação após AVC, expectativas para o domicílio, serviços na comunidade, sequelas a nível motor e emocional, exercícios e actividades e equipamentos e produtos de apoio.

Na análise dos resultados verifica-se que a maioria dos temas foi identificada como muito valiosos por 80-100% dos participantes. A maioria dos participantes (96%) realiza a sessão de educação individualmente. A maioria dos participantes (77,5%) utiliza métodos combinados de transmissão de informação sendo oralmente com suporte escrito. A maioria dos participantes (91%) refere que os temas devem ser determinados não apenas pelos profissionais de saúde, mas também, pela pessoa com AVC/cuidador.

No que diz respeito às barreiras para uma prática adequada, os participantes referem a limitação de tempo disponível, de recursos, alterações da comunicação ou cognição na pessoa com AVC, restrições organizacionais e falta de comunicação entre a equipa.

A autora alerta para a importância dos profissionais de saúde estarem conscientes da natureza mutável das necessidades de informação, da pessoa com AVC e seus cuidadores, ao longo do tempo.

### 3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo da análise dos artigos surge frequentemente a figura do enfermeiro (generalista) apesar do foco deste trabalho ser o EEER, isto por falta de reconhecimento da especialidade de enfermagem de reabilitação nesses países. Contudo, saliento que os artigos se referem ao enfermeiro com experiência em reabilitação.

Na análise dos artigos evidencia-se a importância da preparação do regresso a casa ter início na admissão da pessoa com AVC, situação também defendida pela DGS (2010).

De uma forma global, verifica-se na análise dos artigos que a maioria dos cuidadores informais tem uma relação de parentesco com a pessoa com AVC. A família é, deste modo, um importante recurso para a pessoa dependente nas AVD, o que vai de encontro às afirmações de MARQUES (2007). É importante que a equipa de enfermagem identifique o futuro cuidador informal ou cuidadores informais, no caso dessa responsabilidade ser partilhada, identificando, deste modo, o cuidador principal e secundários, conforme definiu RODRÍGUEZ *et al.* (2001). Aquando da preparação do regresso a casa, a equipa de enfermagem pode ter de focar as suas intervenções em mais do que uma pessoa. Por um lado, por ser um desafio para a equipa, a nível de recursos humanos e de tempo, de forma capacitar mais do que um cuidador, principalmente se vierem em momentos diferentes. Por outro lado, futuramente no domicílio pode ser benéfico para evitar a sobrecarga do cuidador.

Da reflexão do conjunto de artigos, conclui-se que a preparação do regresso a casa nem sempre é realizada de forma adequada. No que concerne aos cuidadores informais, após a alta hospitalar, nem sempre estão aptos a cuidar da pessoa com AVC dependente nas AVD, sendo visível a falta de conhecimentos.

Apesar do estudo V ser recente, e apontar determinados temas de conhecimentos essenciais, temos de ter particular atenção ao facto de que o processo de ensino/aprendizagem deve ser individualizado e personalizado a cada situação específica da pessoa com AVC e seu cuidador. Existem muitas variáveis que influenciam o tipo e a forma de informações que devemos providenciar. A título de exemplo, relativamente à pessoa com AVC os possíveis déficits neurológicos, em particular deficit cognitivo ou afasia que podem alterar a capacidade de aprendizagem.

Considero que o profissional de saúde, em particular o EEER está apto, pela sua experiência e conhecimentos, a determinar quais as informações importantes para a pessoa com AVC e seu cuidador. Porém, o artigo leva-nos a reflectir acerca da importância de envolver os interessados neste processo. Parece-me uma ótima sugestão na medida em que poderá contribuir para avaliar as necessidades de formação e a motivação. Por outro lado, o facto da pessoa estar interessada em receber aquela

informação poderá facilitar o processo de ensino/aprendizagem. No entanto, o EEER tem de saber avaliar se a família tem capacidades para colaborar neste processo de selecção de informação, pois se desconhecer a doença e suas especificidades, pode também ser incapaz de reconhecer qual a informação pertinente para o futuro regresso a casa.

Para além de falta de informação acerca da doença, verificou-se nos cuidadores informais desconhecimento dos cuidados a prestar, falta de treino para a realização das AVD, medo e incertezas. É evidente a necessidade da pessoa com AVC e seu cuidador receberem informação adequada. Todavia, se não for associada a um processo de treino das AVD, é insatisfatório, uma vez que apenas a informação não será suficiente para capacitar o cuidador informal a cuidar da pessoa com AVC. BOCCHI (2004) e PETRONILHO (2007) salientam o treino de AVD como um recurso essencial no desenvolvimento de competências do cuidador informal. O EEER pode contribuir para desenvolver as capacidades do cuidador para a prestação de cuidados informais através de educação para a saúde e treino de AVD.

No artigo II são descritas as actividades mais realizadas pelos cuidadores. Estes dados possibilitam ao EEER traçar linhas de orientação para a preparação do regresso a casa da pessoa com AVC e seu cuidador informal. Nenhum dos cuidadores referiu realizar a actividade de acompanhar o seu familiar a serviços de reabilitação. Este é um dado que suscita reflexão, uma vez que é bem provável que a pessoa necessite desses cuidados, então porque é que tal não acontece? Neste estudo em particular, as autoras referem que o acesso é restrito por escassez de recursos. Existem zonas de Portugal onde a situação poderá ser semelhante. Tendo em conta a situação socioeconómica do nosso país esta situação não tende a melhorar. Procurar serviços de reabilitação privados ultrapassa o orçamento de numerosos portugueses.

Torna-se evidente a efectiva necessidade de realização de actividades de reabilitação, por parte da pessoa com AVC, juntamente com os cuidadores informais, em ambiente domiciliário. No artigo III e IV verifica-se que os cuidadores demonstraram desejo e motivação para dar continuidade aos cuidados específicos de reabilitação, no domicílio. Contudo, como verificado no artigo II, é frequente desconhecerem as técnicas e as vantagens dos mesmos.

O EEER, pelos conhecimentos e competências específicas que possui, descritas no enquadramento teórico (DECRETO-LEI nº 125/2011), é um profissional habilitado

para trabalhar estas questões. Tendo em consideração as características de cada pessoa e seu cuidador informal, o EEER pode instruí-los e treiná-los, adaptando, com criatividade, as actividades de reabilitação a realizar no domicílio. Deste forma, e se compreenderem a importância das mesmas, calculo que seja mais difícil o abandono destas práticas. Uma adequada preparação pode permitir o desenvolvimento de capacidades neste âmbito, constituindo-se como uma estratégia para compensar a falta de serviços de saúde. Adotar esta estratégia em Portugal seria uma mais-valia, principalmente para algumas famílias que apresentam dificuldade em conseguir cuidados formais de reabilitação após o regresso a casa.

No artigo V é citada a falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar, o que se constituiu como uma barreira à prática adequada. Quando falamos de uma equipa multidisciplinar em reabilitação é sabido que algumas intervenções podem estar sobrepostas entre os diferentes profissionais. Em casos de equipas multidisciplinares envolvidas no processo de reabilitação da pessoa/família com AVC, seria uma mais-valia, para todos os intervenientes, a realização de reuniões de equipa, e até mesmo reuniões envolvendo a família. Esta prática é frequente nos centros de reabilitação em Portugal. Desta forma, seria possível uma comunicação entre os diversos elementos da equipa, para a definição de estratégias e metas, e rentabilização de recursos, e uma melhor compreensão das necessidades de formação dos cuidadores.

É clara a concordância dos diversos autores quanto à utilização de suporte escrito, que reforce os ensinamentos realizados, e possibilite ao cuidador rever a informação, o que sustenta o afirmado por PETRONILHO (2007).

O artigo III conduz à reflexão acerca da delegação dos cuidados de enfermagem. Considero que, antes de iniciar qualquer tipo de preparação, os EEER devem avaliar a capacidade do futuro prestador informal de cuidados, a diversos níveis, entre os quais capacidade física, cognitiva, emocional e social. Parece-me evidente que o EEER saiba distinguir quais as actividades que requerem intervenção especializada, assegurando que estas só serão realizadas por profissionais qualificados. Este é um aspecto que se deve ter em atenção na preparação do regresso a casa, e se necessário, contactar o centro de saúde, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Alguns artigos abordam o acompanhamento, após a alta hospitalar, da família no domicílio por telefone e eventualmente através de visitas domiciliárias. Parece-me ser uma ótima estratégia para consolidar os conhecimentos adquiridos durante o

internamento, uma vez que é frequente que as dúvidas surjam após o regresso a casa. Sabendo a realidade de Portugal, quando tal acompanhamento, pelo EEER do hospital, não for possível, sugiro o encaminhamento para o centro de saúde da área de residência.

Em cada centro de saúde, componente do agrupamento de centros de saúde, funciona uma unidade de cuidados à comunidade. Esta presta cuidados de saúde de âmbito domiciliário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, o que vai de encontro às pessoas com AVC, dependentes nas AVD, e seus cuidadores. A equipa desta unidade é composta por diversos profissionais de saúde nomeadamente enfermeiros, podendo ou não ter na sua constituição um EEER (DECRETO-LEI nº 28/2008). Se eventualmente houver, na equipa de enfermagem, um EEER, este poderá dar continuidade às intervenções realizadas pelo colega especialista, em ambiente hospitalar, no que diz respeito às intervenções de reabilitação junto da pessoa com AVC, mas também no que concerne a capacitação do cuidador.

Deste modo, fortaleço a importância das intervenções do EEER na preparação do regresso a casa, focando diversos aspectos que englobem informação oral e escrita, treino para realizar as AVD, no qual se englobam actividades e exercícios específicos de reabilitação, e acompanhamento no domicílio. Considero que estas intervenções melhoram os conhecimentos e capacidades do cuidador, diminuem as dificuldades sentidas, tornando-o mais capaz de prestar cuidados informais, em confiança e segurança.

#### 4. CONCLUSÃO

Os deficits neurológicos limitam a capacidade da pessoa com AVC, para realizar as AVD de forma independente. A família é um elemento fundamental para assegurar a prestação de cuidados informais, no domicílio. No entanto, o cuidador informal tem de ser submetido a todo um processo até estar apto a cuidar da pessoa com AVC, dependente nas AVD.

A equipa de enfermagem tem um papel essencial na preparação do regresso a casa, e o EEER, pelos conhecimentos e competências específicas é o profissional mais habilitado a intervir junto do cuidador informal, de modo a capacitá-lo para cuidar da pessoa com AVC, dependente nas AVD. Este facto deve-se à sua preparação para cuidar de pessoas com necessidades especiais, desenvolvendo as capacidades da pessoa com deficiência e/ou limitação da actividade, bem como as do seu cuidador informal, de modo a serem o mais funcionais possível (DECRETO-LEI nº 125/2011).

Tendo em conta que a reabilitação é um processo dinâmico, progressivo e principalmente educativo, o EEER deve, não só instruir, mas também treinar, repetidas vezes, as actividades de reabilitação adaptadas a casa situação em particular, bem como os restantes cuidados que a pessoa com AVC necessita, na sua globalidade. O EEER poderá desenvolver um trabalho de excelência no âmbito da preparação do regresso a casa.

Contextualizando esta análise na pergunta PI[C]O definida, pode-se deduzir que a intervenção do EEER, na preparação do regresso a casa, capacita o cuidador informal a cuidar da pessoa com AVC, dependente nas AVD. Desta capacitação advém mais confiança e segurança na prestação de cuidados, assim como melhor qualidade de vida para a pessoa com AVC e seu cuidador informal.

Considero que os objectivos do presente trabalho foram atingidos. A realização deste revelou-se frutífera, tanto pela reflexão que emergiu da análise crítica das actividades realizadas ao longo do Estágio II, assim como pelo contributo da análise dos

artigos científicos seleccionados, que possibilitaram o desenvolvimento de competências para a revisão sistemática da literatura, como suporte à prática baseada na evidência.

Ao longo do trabalho foram surgindo dificuldades. Destaco a dificuldade na realização de um discurso predominantemente reflexivo em vez de descritivo, durante a reflexão crítica das actividades; dificuldade na formulação da pergunta PICO e o obstáculo da língua inglesa na análise dos artigos. Entendo que o conjunto de esforços pessoais, empenho e motivação, conjugado com as directrizes das orientadoras, possibilitaram ultrapassar os obstáculos sentidos ao longo do percurso.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉ, C. (1999). **Manual do AVC**. Rio de Janeiro, Revinter,

BOCCHI, Sílvia – O Papel do Enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC – **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: (2004) p.569-573.

CERQUEIRA, M. M. A. (2005). **O Cuidador e o Doente Paliativo: Análise das Necessidades/Dificuldades do Cuidador para Cuidar do Doente Paliativo no Domicílio**, 1ª ed. Coimbra, Formasau.

CARDOSO, Rita; EUSÉBIO, Ana – Actividades da vida diária: Abordagens e praxis como contributo para a melhoria da qualidade de vida na pessoa com deficiência. **Revista Cidade Solidária**. Lisboa: Santa Casa de Misericórdia de Lisboa. Nº 25 (2011) p.30-35.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. (1999). **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa, Edições Técnicas.

DECRETO-LEI nº 28/2008. “DR II Série”. 38 (2008-02-22) 1182-1189

DECRETO-LEI nº 122/2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8648-8653

DECRETO-LEI nº 125/2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8658-8659

DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE (2005). **Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração - Relatório preliminar**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE (2010a). **Acidente Vascular Cerebral-Itinerários Clínicos**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE (2010b). **Elementos estatísticos-Informação geral Saúde/2008**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

GUSTAFSSON, Louise – Information provision during stroke rehabilitation: The health professional's perspective. **International Journal of Therapy and Rehabilitation**. [Em linha]. N° 3 (2008) [Consult. 2011-09-04]. Disponível em WWW: URL:<http://http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=116&hid=111&sid=500e260c-e116-490c-b135-b373e246ce44%40sessionmgr110&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009897611>.

HOEMAN, Shirley. (2000). **Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e processo**. Lisboa, Lusodidacta.

LEITE, Valéria – O cuidar do Enfermeiro Especialista em Reabilitação físico-motora – **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo: Universidade de São Paulo. vol. 39, N° 1 (2005) p. 92-96.

MAHONEY, F.; BARTHEL, D. – Functional Evaluation: The Barthel Index. **Maryland state medical journal**. USA. N°14. (1965) p.61-65.

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

MARQUES, Sónia. (2007). **Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC**. Coimbra, Formasau.

MeSH Browser [Em linha] [Consultado a 2011.09.15] Disponível em WWW: <URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>>

MONIS, C; LOPES, G; CARVALHAS, J; MACHADO, S - Sobrecarga do Cuidador Informal - **Revista Informar**. Ano XI, N° 35 (2005) p.49-55.

OMS,2011 - **The top 10 causes of death** [Em linha]. [Consult. 2011-11-20]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>>).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009a). **Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebral Medular**. Lisboa: ordem dos

enfermeiros (Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – Mandato de 2004 / 2007).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009b). Caderno temático: **Modelo de desenvolvimento profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

O'SULLIVAN, S.; SCHMITZ, T. (1993). **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. São Paulo, Manolo.

OUPRA, R.; GRIFFITHS, R.; PRYOR, J.; MOTT, S. – Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. **Health and Social Care in the Community**. [Em linha]. N° 18 (2010) [Consult. 2011-09-04]. Disponível em WWW: URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=114&hid=111&sid=500e260c-e116-490c-b135-b373e246ce44%40sessionmgr110&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010509434>.

PERLINI, Nara; FARO, Ana – Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. [Em linha]. N° 39 (2005) [Consult. 2011-08-05]. Disponível em WWW: URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16060302&lang=pt-br&site=ehost-live>.

PETRONILHO, Fernando. (2007). **Preparação do regresso a casa**. Coimbra, Formasau.

PHIPPS, W. J.; SANDS, J.K.; MAREK, J. F. (2003). **Enfermagem Médico – Cirúrgica: conceitos e prática clínica**. Loures, Lusociência.

RODRIGUES, Livia; ALENCAR, Ana; ROCHA, Edilma – Paciente com Acidente Vascular Encefálico e a rede de apoio familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. N° 62 (2009) [Consult. 2011-08-05]. Disponível em WWW: URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=d90d4444-2f43-4de4-8019-dcb73f45ac69%40sessionmgr104&vid=1&hid=111&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=19430688>.

RODRÍGUEZ, Bibiana; ALVAREZ, Estela; CORTES, Olga – Cuidadores Informales – Necesidades y Ayudas. **Revista ROL de Enfermería**. Barcelona. ISSN 0210-5020, Vol. 24, Nº 3 (2001) p. 183-189

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison. (2011). **O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney**. Lisboa, Climepsi editores.

SHYU, Yea-Ing.; CHEN, Min-Chi.; CHEN, Sien-Tsong.; WANG, Hsiao-Ping.; Shao, Jung-Hua – A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. **Journal of Clinical Nursing**. [Em linha]. Nº 17 (2008) [Consult. 2011-09-04]. Disponível em WWW: URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=97&hid=111&sid=500e260c-e116-490c-b135-b373e246ce44%40sessionmgr110&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010006378>.

SMELTTZER, Suzanne; BARE, Brenda. (2002). **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION (2004). **WGO Practice Guidelines: Disfagia**. USA: World Gastroenterology Organisation.

## **ANEXOS**



Anexo I – Projectos de Estágio





***PROJECTO INDIVIDUAL***

**NEUROLOGIA NÃO TRAUMÁTICA**



Christelle Sousa

Orientadores:

Sra. Enf.<sup>a</sup> Especialista em Reabilitação Cristina Silvestre

Professor Joaquim Simões

Alcoitão, Outubro de 2010



## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho surge no âmbito do estágio II, e na continuidade do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. O Ensino Clínico é um momento único de vivência de outras realidades, mobilização de conhecimentos e aquisição de competências, permitindo a articulação entre a teoria e a prática, possibilitando o crescimento a diversos níveis.

Este Ensino Clínico realiza-se no serviço de Reabilitação de Adultos, 3.1., do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no período compreendido entre 4 de Outubro de 2010 e 29 de Novembro de 2010. Os utentes internados neste serviço apresentam patologias do foro Neurológico, na maioria de origem não traumática, contudo existem utentes do foro Neurológico de origem traumática nomeadamente utentes com Traumatismos Craneo-Encefálicos ou amputações. O presente Estágio incide na patologia neurológica não traumática pelo que será a área do conhecimento mais aprofundada. Neste sentido, o diagnóstico mais frequente é o AVC. Os utentes são de ambos os sexos a partir dos 18 anos.

Este trabalho é constituído pela presente introdução, seguido da apresentação do plano de actividades, com definição de objectivos e actividades, e respectivo cronograma.



## **1. PROJECTO INDIVIDUAL DE TRABALHO**

A formulação de um projecto individual de trabalho com definição de objectivos a atingir é uma mais valia para o formando uma vez que serve de fio condutor das actividades a desenvolver no Ensino clínico.

O projecto proposto compreende os objectivos gerais e objectivos específicos, actividades a desenvolver e tempo necessário para a sua realização. Na sua elaboração foram considerados diversos factores, nomeadamente tipologia de doentes internados no serviço e as suas necessidades, bem como motivação e necessidades de formação da formanda.

### **Objectivos Gerais:**

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares /interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença neurológica não traumática, 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.

De seguida, serão apresentados, objectivos a alcançar durante o período de ensino clínico no serviço 3.1. do CMR de Alcoitão e respectivas actividades que irão contribuir para a sua realização.

Objectivos	Actividades	Intervenientes	Duração
<p><u>Objectivo 1:</u> Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional do serviço de Reabilitação de Adultos 3.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita guiada do serviço 3.1;</li> <li>- Consultar manuais do serviço de normas e protocolos existentes;</li> <li>- Apresentação e interacção com a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Identificar a dinâmica de funcionamento e organização do serviço 3.1., nomeadamente agenda de reuniões multidisciplinares, horários e rotinas;</li> <li>- Observar a dinâmica orgânico-funcional;</li> <li>- Identificar a população de utentes e principais patologias.</li> </ul>	<p>Enfermeira Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Utentes</p>	<p>1 semana</p>

Objectivos	Actividades	Intervenientes	Duração
<p><u>Objectivo 2:</u> Desenvolver competências, inerentes ao Enfermeiro de Reabilitação, no cuidar da pessoa com Hemiparésia e sua família, visando a sua independência máxima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar na admissão e acolhimento de utentes com hemiparésia e sua família;</li> <li>- Avaliar a capacidade funcional dos utentes com hemiparésia;</li> <li>- Planear cuidados de enfermagem dirigidos a cada situação;</li> <li>- Prestar cuidados de enfermagem gerais e específicos de reabilitação personalizados a cada utente e família;</li> <li>- Realizar actividades terapêuticas e exercícios para aumento da força muscular;</li> <li>- Realizar treino de actividades de vida com ensino de estratégias que visam a aquisição de independência funcional;</li> <li>- Articular com a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Avaliar os cuidados prestados;</li> <li>- Realizar um estudo de caso com apresentação à equipa de Enfermagem.</li> </ul>	<p>Enfermeira Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Utentes Família</p>	<p>4 semanas</p>

Objectivos	Actividades	Intervenientes	Duração
<p><u>Objectivo 3:</u> Desenvolver competências a nível comunicacional e relacional com doentes com afasia e sua família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar na admissão e acolhimento de utentes com afasia e família;</li> <li>- Avaliar a capacidade de compreensão e expressão de utentes;</li> <li>- Planear cuidados de enfermagem dirigidos a cada situação;</li> <li>- Prestar cuidados de enfermagem gerais e específicos de reabilitação personalizados a cada utente e família;</li> <li>- Realizar ensino de estratégias facilitadoras da comunicação ao utente e família;</li> <li>- Articular com a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Avaliar os cuidados prestados.</li> </ul>	<p>Enfermeira</p> <p>Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Utentes</p> <p>Família</p>	<p>4 semanas</p>

Objectivos	Actividades	Intervenientes	Duração
<p><u>Objectivo 4</u>: Desenvolver competências no cuidar da pessoa/família com alterações neurológicas da deglutição: disfagia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar na admissão e acolhimento de utentes com disfagia e sua família;</li> <li>- Avaliar o utente relativamente à alimentação e hidratação e identificar tipos de disfagia;</li> <li>- Planear cuidados de enfermagem dirigidos a cada situação;</li> <li>- Prestar cuidados de enfermagem gerais e específicos de reabilitação personalizados a cada utente;</li> <li>- Realizar ensino de estratégias adaptativas para os diferentes tipos de disfagia, ao utente e família;</li> <li>- Articular com a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Avaliar os cuidados prestados.</li> </ul>	<p>Enfermeira</p> <p>Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Utentes</p> <p>Família</p>	<p>4 semanas</p>

Objectivos	Actividades	Intervenientes	Duração
<p><u>Objectivo 5:</u> Desenvolver competências inerentes ao perfil de Enfermeiro de Reabilitação na preparação da alta de utentes com sequelas de AVC e suas famílias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar na admissão e acolhimento de utentes e família com sequelas de AVC;</li> <li>- Avaliar os conhecimentos anteriores dos utentes e família;</li> <li>- Planear cuidados de enfermagem tendo em conta a situação social e familiar;</li> <li>- Prestar cuidados de enfermagem gerais e específicos de reabilitação personalizados a cada utente e família;</li> <li>- Realizar ensinios ao utente/família relativamente às diversas actividades de vida;</li> <li>- Articular com a equipa de Enfermagem do Centro de Saúde da área de residência;</li> <li>- Avaliar os cuidados prestados.</li> </ul>	<p>Enfermeira Orientadora  Equipa multidisciplinar  Utentes Família</p>	<p>3 Semanas</p>

### 3. CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES

<b>Mês</b>	<b>Outubro</b>			
<b>Semanas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Objetivo 1</b>				
<b>Objetivo 2</b>				
<b>Objetivo 3</b>				
<b>Objetivo 4</b>				
<b>Objetivo 5</b>				





INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR DE ESTAGIO II E RELATÓRIO

ANO LECTIVO 2010/2011

# ***PROJECTO INDIVIDUAL***

## **NEUROLOGIA TRAUMÁTICA**



**Mestranda:** Christelle Sousa

nº 090430008

**Orientadores:**

Enf.º Especialista Fernando Santos

Prof. Joaquim Simões

Alcoitão, Novembro de 2010



## ÍNDICE

	P.
1. INTRODUÇÃO	3
2. PROJECTO INDIVIDUAL DE TRABALHO	5
3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	10
4. CONCLUSÃO	11



## **1. INTRODUÇÃO**

O presente trabalho surge no âmbito do Estágio II, e na continuidade do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A formulação de um projecto individual de trabalho com definição de objectivos a atingir é benéfico para o formando, isto porque o guiará nas actividades a desenvolver no estágio. Este último oferece oportunidade para os mestrandos colocarem em prática a teoria, e vivenciarem novas experiências que irão contribuir para a sua formação enquanto enfermeiros especialistas.

Este trabalho tem como objectivos definir objectivos pessoais para o estágio e planear as actividades a realizar ao longo do estágio para os atingir. Assim, o projecto proposto compreende os objectivos pessoais específicos, actividades a desenvolver, intervenientes e tempo necessário para a sua realização. Na sua elaboração foram considerados diversos factores, nomeadamente tipologia de doentes internados no serviço e as suas necessidades, bem como motivação e necessidades de formação da formanda.

Este estágio realiza-se no serviço de Reabilitação de Adultos, 1.2., do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no período compreendido entre 2 de Novembro de 2010 e 29 de Novembro de 2010. Os utentes internados neste serviço apresentam patologias do foro neurológico, na maioria de origem traumática. Este serviço, antigamente denominado serviço de lesões vertebro-medulares (LVM) por ser a única patologia foi reestruturado há cerca de um ano recebendo agora, embora em pequeno numero, utentes com outras patologias nomeadamente utentes com sequelas de acidente vascular cerebral. O presente estágio incide na patologia neurológica traumática pelo que será a área do conhecimento mais aprofundada. Neste sentido, o diagnóstico mais frequente é a lesão vertebro-medular. Os utentes são de ambos os sexos a partir dos 18 anos.

Este trabalho é constituído pela presente introdução, seguido da apresentação do plano de actividades, com definição de objectivos e actividades, e respectivo cronograma. Por fim, surge uma breve conclusão.

## 2. PROJECTO INDIVIDUAL DE TRABALHO

### 1. Desenvolver competências, inerentes ao Enfermeiro de Reabilitação, no cuidar da pessoa/família com lesão vertebro-medular.

Actividades	Intervenientes	Duração
<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação da capacidade funcional dos utentes com lesão vertebro-medular, tendo em consideração diversos aspectos:<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação da força muscular, tónus muscular e sensibilidade;</li><li>- Avaliação do equilíbrio;</li><li>- Classificação do tipo de lesão;</li></ul></li><li>- Avaliação do padrão respiratório;</li><li>- Planeamento de cuidados de enfermagem personalizados;</li><li>- Prestação de cuidados de enfermagem gerais e específicos de reabilitação personalizados a cada utente e família;</li><li>- Realização de actividades terapêuticas e exercícios para manter/aumentar a força muscular</li></ul>	Enfermeiro Orientador  Equipa interdisciplinar  Utentes  Família	Ao longo do estágio:  4 Semanas

<p>e o equilíbrio;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de treino de actividades de vida com ensino de estratégias e recurso a produtos de apoio, se necessário, visando a aquisição de independência funcional;</li> <li>- Realização de reeducação funcional respiratória;</li> <li>- Realização de ensinamentos ao utente e família relativamente às diversas actividades de vida, após validação dos conhecimentos anteriores;</li> <li>- Articulação com a equipa interdisciplinar;</li> <li>- Avaliação dos cuidados prestados.</li> </ul>		
<p><b>2. Compreender o papel do Enfermeiro de Reabilitação no grupo de Reeducação Funcional Respiratória dirigido ao utente com lesão vertebro-medular.</b></p>		
Actividades	Intervenientes	Duração
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação do funcionamento do grupo de reeducação funcional respiratória;</li> <li>- Observação do papel dos diferentes enfermeiros de reabilitação;</li> <li>- Compreensão do modo de selecção dos utentes a participar neste grupo;</li> </ul>	<p>Enfermeiro Orientador</p>	<p>Na 4ª feira da 1ª e 3ª semana</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação na realização de actividades com os utentes com lesão vertebro-medular, na sessão de grupo;</li> <li>- Consulta e análise de documentos;</li> <li>- Reflexão, em conjunto com o enfermeiro orientador acerca do papel do especialista de reabilitação neste grupo e da importância do mesmo para os utentes com lesão vertebro-medular;</li> <li>- Observação do modo de colaboração e da motivação dos utentes que frequentam o grupo.</li> </ul>	<p>Enfermeiros de reabilitação dos serviços 1.1 e 1.2</p> <p>Utentes</p>	
--	--	--

**3. Compreender o papel do Enfermeiro de Reabilitação no departamento de Actividades de Vida Diárias, face à pessoa/família com lesão vertebro-medular.**

Actividades	Intervenientes	Duração
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação e compreensão da dinâmica de funcionamento do departamento de actividades de vida diárias;</li> <li>- Observação do papel dos diferentes enfermeiros de reabilitação;</li> </ul>	<p>Equipa de enfermagem do departamento</p>	<p>Uma semana: Na 2ª semana do estágio</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação no planeamento e prestação de cuidados aos utentes e família com lesão vertebro-medular, relativamente às diferentes actividades de vida;</li> <li>- Consulta e análise de documentos;</li> <li>- Identificação dos produtos de apoio existentes no departamento;</li> <li>- Reflexão, em conjunto com os enfermeiros de reabilitação do departamento, acerca do papel do especialista de reabilitação neste departamento e da importância do mesmo para os utentes com lesão vertebro-medular;</li> <li>- Observação do modo de colaboração e da motivação dos utentes e família que frequentam este departamento.</li> </ul>	<p>Utentes</p> <p>Família</p>	
--	-------------------------------	--

**4. Desenvolver competências que permitam agir como formadora, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos de reabilitação.**

Actividades	Intervenientes	Duração
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem do Serviço 1.2;</li> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador e enfermeira chefe para validação das necessidades</li> </ul>	<p>Enfermeiro Orientador</p>	<p>Ao longo do estágio: 4 Semanas</p>

<p>de formação identificadas;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação de uma formação sobre a “Disreflexia autónoma”: complicação frequente em utentes com lesão vertebro-medular;</li><li>- Avaliação da compreensão da informação transmitida;</li><li>- Participação activa nas passagens de turno, envolvendo a equipa em discussões pertinentes para melhoria dos cuidados de enfermagem, ao longo do processo de reabilitação dos utentes com lesão vertebro-medular;</li><li>- Reflexão, em conjunto com o enfermeiro orientador, acerca da importância do papel do especialista de reabilitação enquanto formador.</li></ul>	<p>Enfermeira chefe</p> <p>Equipa de enfermagem</p>	
---	---	--

### 3. CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES

<b>Mês</b>	<b>Novembro</b>			
<b>SEMANAS</b>	<b>1ª</b>	<b>2ª</b>	<b>3ª</b>	<b>4ª</b>
<b>Objectivo 1</b>				
<b>Objectivo 2</b>				
<b>Objectivo 3</b>				
<b>Objectivo 4</b>				

#### **4. CONCLUSÃO**

De modo a elaborar este projecto foi necessário realizar uma análise do campo do estágio e também uma reflexão acerca do pretendido para este estágio, não só relativamente a desejos de aprendizagem e motivações pessoais, mas também reflectir acerca do que considero importante para ser futuramente especialista em reabilitação. Por tudo isto, a elaboração deste projecto por si só revelou-se um forte contributo no desenvolvimento de capacidades de análise, reflexão e síntese uma vez que é necessário ter em conta o tempo de estágio de 4 semanas.

Pretende-se que este trabalho sirva de fio condutor ao longo do estágio de modo a atingir os objectivos pessoais. No entanto poderá sofrer alterações se estas se verificarem pertinentes ou inevitáveis.

Desejo, com a realização deste estágio, ter situações que sejam fruto de uma aprendizagem e que me orientem para atingir o nível de excelência nos cuidados de enfermagem de reabilitação. Acredito que este campo de estágio tem condições físicas e humanas capazes de me oferecer experiências riquíssimas.





INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Estágio II e Relatório

Ano Lectivo 2010/2011

## ***PROJECTO INDIVIDUAL***

*Estágio de opção - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA*

**CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE – HOSPITAL DE ALCOBAÇA**



**Mestranda:** Christelle Sousa      nº 090430008

**Orientadores:**

Enf.º Especialista Victor Lopes

Prof. José Lourenço

Alcobaça, Janeiro de 2011



## ÍNDICE

	P.
1. INTRODUÇÃO	4
2. PROJECTO INDIVIDUAL DE TRABALHO	5
3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	13
4. CONCLUSÃO	14



## **SIGLAS**

AVC – Acidente vascular cerebral

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

## **ABREVIATURAS**

Enf.º - Enfermeiro

nº - número

p. – página

Prof. - Professor



## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho surge no âmbito do estágio II em continuidade do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. O estágio é um momento único de vivência de outras realidades, mobilização de conhecimentos e aquisição de competências, permitindo a articulação entre a teoria e a prática, possibilitando o crescimento a diversos níveis.

O actual estágio de opção realiza-se no serviço de Medicina Interna do Hospital de Alcobaça, no período compreendido entre 24 de Janeiro e 18 de Fevereiro e tem a duração de 100 horas. Os utentes internados neste serviço apresentam, na sua maioria, patologias do foro neurológico nomeadamente AVC, e do foro respiratório em particular pneumonia e DPOC. Estas patologias têm um considerável impacto sobre a vida da pessoa e família, pelo que a intervenção de enfermagem de reabilitação é fundamental, de modo a diminuir as incapacidades, tornando a pessoa/família a mais autónoma possível. Por ser uma experiência nova e pela diversidade de situações em fase aguda que podem existir, e nas quais o enfermeiro de reabilitação pode e deve actuar, optei por este campo de estágio.

Este trabalho tem como finalidade definir objectivos pessoais para o estágio e planear as actividades a realizar ao longo do mesmo para os atingir. Assim, o projecto proposto compreende os objectivos pessoais específicos, actividades a desenvolver, intervenientes e tempo necessário para a sua realização. Na sua elaboração foram considerados diversos factores, nomeadamente tipologia de doentes internados no serviço e as suas necessidades, bem como motivação e necessidades de formação da formanda.

Este trabalho é constituído pela presente introdução, seguido da apresentação do plano de actividades, com definição de objectivos e actividades, e respectivo cronograma. Por fim, surge uma breve conclusão.



## 2. PROJECTO INDIVIDUAL DE TRABALHO

### 1. Conhecer a estrutura física e a dinâmica do serviço de Medicina do Hospital de Alcobaça, com vista à integração na equipa;

Actividades	Intervenientes	Duração
<ul style="list-style-type: none"><li>- Visita guiada ao serviço de modo a conhecer o espaço físico, materiais existentes para a prática dos cuidados de reabilitação e os locais onde ficam armazenados;</li><li>- Apresentação e interacção com a equipa multidisciplinar, de modo a identificar os diversos profissionais com vista ao trabalho de equipa nos cuidados de reabilitação;</li><li>- Identificação das principais características dos doentes e patologias existentes de modo a compreender as principais áreas de intervenção do enfermeiro de reabilitação;</li><li>- Observação das intervenções do enfermeiro de reabilitação face à pessoa e família, e a sua interacção com a equipa multidisciplinar;</li><li>- Identificação da metodologia utilizada pelo enfermeiro de reabilitação nos registos, assim como o tipo de informação registada.</li></ul>	Mestranda Enfermeiro Orientador Equipa multidisciplinar Utentes Família	1 Semana

## 2. Desenvolver competências, inerentes ao Enfermeiro de Reabilitação, no cuidar da pessoa/família com AVC.

Actividades	Intervenientes	Duração
<p>- Avaliação global da pessoa, tendo em consideração diversos aspectos:</p> <p>Avaliação do nível de dependência nas actividades de vida;</p> <p>Avaliação neurológica e Funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow – Abertura dos olhos, Resposta verbal, Resposta motora)</li> <li>• Diâmetro pupilar (Isocórias, Anisocórias, Miose, Midríase)</li> <li>• Padrão do movimento (Plégia, Parésia, Normal – Direita, esquerda)</li> <li>• Força muscular (Escala da Força Muscular)</li> <li>• Tónus muscular (Hipotonia, Hipertonía)</li> <li>• Equilíbrio corporal (Estático, Dinâmico)</li> </ul>	<p>Mestranda</p> <p>Enfermeiro Orientador</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Utentes</p> <p>Família</p>	<p>Ao longo do estágio: 4 Semanas</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcha</li> <li>• Atenção Espacial (Heminegligência – ausente, presente)</li> <li>• Grau de Espasticidade (Escala de Ashworth)</li> <li>• Sensibilidade (superficial, profunda)</li> <li>• Fala (afasia, disartria) ;</li> <li>• Deglutição (disfagia – líquidos, sólidos)</li> <li>• Eliminação (vesical, intestinal)</li> </ul> <p>- Consultado processo clínico e exames complementares de diagnóstico, de modo a poder planear cuidados de enfermagem de reabilitação personalizados;</p> <p>- Prestação de cuidados de enfermagem gerais e específicos de reabilitação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de treino de actividades de vida com ensino de estratégias e recurso a produtos de apoio, se necessário, visando a aquisição de independência funcional;</li> <li>• Realização de mobilizações osteo-articulares passivas, activas assistidas, resistidas e</li> </ul>	<p>Mestranda</p> <p>Enfermeiro Orientador</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Utentes</p> <p>Família</p> <p>Mestranda</p> <p>Enfermeiro Orientador</p>	<p>Ao longo do estágio: 4 Semanas</p>
--	--	---

<p>livres;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de actividades terapêuticas: ponte, rotação da anca, rolar no leito e automobilização dos membros superiores;</li> <li>• Realização de exercícios para tonificação muscular (exercícios isométricos e isotônicos), exercícios com pedaleira e tábua de Freeman;</li> <li>• Estimulação da sensibilidade e propriocepção através da aplicação de talas de Margaret Jonhstone;</li> <li>• Realização de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé;</li> <li>• Realização de treino de transferências e treino de marcha com andarilho e tripé;</li> <li>• Realização de treino para subir e descer escadas;</li> <li>• Realização de técnicas de reeducação funcional respiratória e cinesiterapia respiratória, sempre que se justificar;</li> <li>• Realização de ensinamentos à pessoa/família, preparando-os para o regresso a casa (focando</li> </ul>	<p>Mestranda</p> <p>Enfermeiro Orientador</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Utentes</p> <p>Família</p>	<p>Ao longo do estágio:</p> <p>4 Semanas</p>
---	--	--

<p>aspectos tais como barreiras arquitectónicas/acessibilidades);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação com a equipa multidisciplinar, com vista a otimizar os cuidados de reabilitação prestados;</li> <li>- Avaliação dos cuidados de reabilitação prestados;</li> <li>- Registo das intervenções de enfermagem de reabilitação efectuadas.</li> </ul>		
<b>3 .Desenvolver competências, inerentes ao Enfermeiro de Reabilitação, no cuidar da pessoa/família com patologia respiratória, nomeadamente pneumonia e DPOC.</b>		
Actividades	Intervenientes	Duração
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do padrão respiratório da pessoa;</li> <li>- Consultado processo clínico e exames complementares de diagnóstico, em particular o raio-X, de modo a poder planear cuidados de enfermagem de reabilitação adequados à situação;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem gerais e específicos de reabilitação:</li> </ul>	<p>Mestranda</p> <p>Enfermeiro Orientador</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Utentes</p>	<p>Ao longo do estágio: 4 Semanas</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da necessidade de realização de aerossóis/atmosfera húmida;</li> <li>• Promoção de uma correcta hidratação;</li> <li>• Realização de técnicas de reeducação funcional respiratória (exercícios de correcção postural, exercícios para consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, técnicas de reeducação costal e diafragmática);</li> <li>• Realização de técnicas para drenagem das secreções brônquicas (posições de drenagem postural modificada, realização de vibrações, compressões e percussões);</li> <li>• Ensino de manobras de expiração forçada (técnica do huff) e ensino da tosse, para eliminação de secreções, realizando, se necessário, tosse assistida, dirigida ou aspiração de secreções;</li> <li>• Aplicação de técnicas de ventilação não invasiva;</li> </ul> <p>- Articulação com a equipa multidisciplinar, com vista a otimizar os cuidados de reabilitação prestados;</p>	<p>Família</p>	
---	----------------	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação dos cuidados de reabilitação prestados;</li> <li>- Registo das intervenções de enfermagem de reabilitação efectuadas.</li> </ul>		
<b>4.Desenvolver competências que permitam agir como formadora, no âmbito dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação.</b>		
<b>Actividades</b>	<b>Intervenientes</b>	<b>Duração</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem, na área da reabilitação;</li> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador para validação das necessidades de formação identificadas;</li> <li>- Elaboração e apresentação de uma formação sobre o treino de vestuário na pessoa com AVC;</li> <li>- Participação activa, no seio da equipa, em discussões pertinentes para melhoria dos cuidados de enfermagem, ao longo do processo de reabilitação dos utentes;</li> <li>- Reflexão, em conjunto com o enfermeiro orientador, acerca da importância do papel do</li> </ul>	<p>Mestranda</p> <p>Enfermeiro Orientador</p> <p>Equipa de enfermagem</p>	<p>Ao longo do estágio: 4 Semanas</p>

especialista de reabilitação enquanto formador.		
<b>5 - Desenvolver capacidade de análise reflexiva sobre o processo de aprendizagem.</b>		
<b>Actividades</b>	<b>Intervenientes</b>	<b>Duração</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise crítica das intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas ao longo do estágio;</li> <li>- Realização de reuniões informais, com o enfermeiro orientador, para discussão e reflexão de situações relevantes, na prática da reabilitação;</li> <li>- Elaboração do relatório de contexto;</li> <li>- Realização da auto-avaliação, após reflexão acerca do desempenho em estágio;</li> <li>- Realização de reunião de avaliação com o enfermeiro orientador e o professor.</li> </ul>	<p>Mestranda</p> <p>Enfermeiro Orientador</p> <p>Professor orientador</p>	<p>Ao longo do estágio:</p> <p>4 Semanas</p>

### 3. CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES

<b>Mês</b>	<b>Janeiro/ Fevereiro</b>			
<b>SEMANAS</b>	<b>1ª</b>	<b>2ª</b>	<b>3ª</b>	<b>4ª</b>
<b>Objectivo 1</b>				
<b>Objectivo 2</b>				
<b>Objectivo 3</b>				
<b>Objectivo 4</b>				
<b>Objectivo 5</b>				



#### **4. CONCLUSÃO**

Para a elaboração deste Projecto Individual foi fundamental realizar uma análise do local do estágio e também uma reflexão acerca do ambicionado para este estágio de opção, não só relativamente a desejos de aprendizagem e motivações pessoais, mas também reflectir acerca do que considero importante para futuramente tornar-me profissional em reabilitação. Assim sendo, a elaboração deste trabalho contribui para o desenvolvimento de capacidades de análise, reflexão e síntese uma vez que é necessário considerar o tempo de estágio de 4 semanas.

Ao longo do estágio, o actual projecto irá auxiliar na condução do processo de aprendizagem, no entanto, se for pertinente ou inevitável, poderá sofrer reformulações.

Para este estágio de opção tenho como expectativas ter situações diferentes do habitual na minha pratica diária, que me conduzam para novos desafios e constante aprendizagem e que me orientem para atingir o nível de excelência nos cuidados de enfermagem de reabilitação. Acredito que este campo de estágio tem condições físicas e humanas capazes de me oferecer experiências riquíssimas.



Anexo II – Estudo de Caso: “*A intervenção do EEER na pessoa com AVC*”



## ESTUDO DE CASO

# A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com AVC



Orientadores:

Enf.<sup>a</sup> Especialista Silvestre

Prof. Joaquim Simões

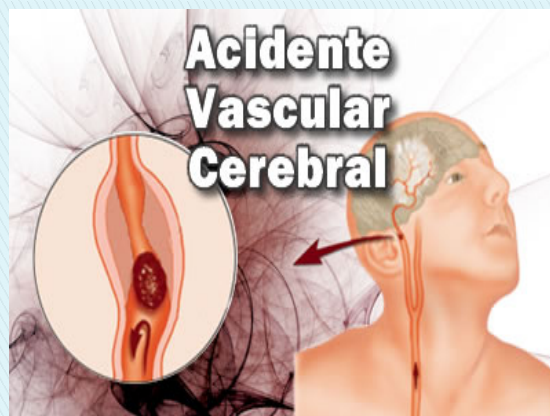
*Outubro de 2010*

**Christelle Sousa**

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Acidente Vascular cerebral (AVC)

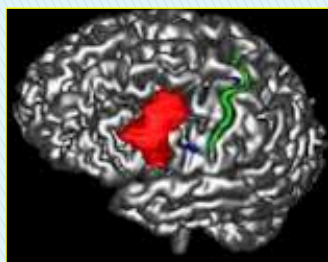
Déficit neurológico focal com reversão em menos de 24 horas com sinais de lesão cerebral em estudo de neuroimagem



(NETO, 2002)

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### AVC



Principais causas de morte da população portuguesa

(PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde, 2003)

80% são de etiologia Isquémica

20% são de etiologia Hemorrágica

(NETO, 2002)

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Factores de Risco



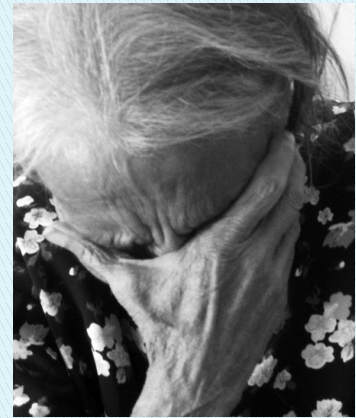
### Sintomas



### AVC

# SEQUELAS AVC

- ▶ Muscular
- ▶ Sensibilidade
- ▶ Incontinência de esfínteres
- ▶ Alterações psicológicas e emocionais
- ▶ Alterações da compreensão/percepção
- ▶ Consequências Familiares e Sociais



## REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC



Os múltiplos problemas que atingem a pessoa com AVC podem afectar a sua capacidade para realizar as actividades de vida diárias.

## ESTUDO DE CASO



## ESTUDO DE CASO

---

- ▶ J.P. 75 anos
- ▶ Sexo Feminino, raça caucasiana
- ▶ Casada, sem filhos
- ▶ Sofreu AVC Isquémico do hemisfério direito a 30/7/10
- ▶ Antecedentes Pessoais de HTA, dislipidémia, obesidade e Diabetes Mellitus tipo II (?)

## ESTUDO DE CASO

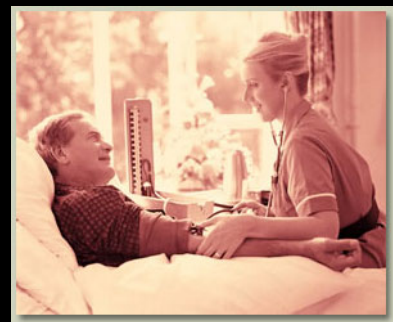
---

- ▶ Internada no CMR Alcoitão a 20/9/10
- ▶ Quadro de hemiparésia esquerda
- ▶ Disartria
- ▶ À entrada, necessita de ajuda total para a realização de todas as AVD
- ▶ MIF 63

# ESTUDO DE CASO

▶ A 6/10/10:

- ✓ Estabelece comunicação eficaz
- ✓ Melhoria no estado de nutrição, glicémias controladas
- ✓ Dependente nas AVD, Colaborante
- ✓ Avaliação Neurológica NIH 6



Plano de  
Cuidados

Início	Problemas	Objectivos	Acções de enfermagem	Fim
20/09	<b>Alimentação</b> Incapacidade em alimentar-se de forma autónoma	Promover um padrão de hidratação e alimentação adequado	-Providenciar dieta -Preparar os alimentos em cada refeição -AP na alimentação	
20/09	Diabetes Mellitus? Antecedentes pessoais de Obesidade e dislipidémia	Promover um padrão de ingestão calórico adequado	-Dieta diabética -Ensino à utente/família acerca de uma alimentação adequada	

Início	Problemas	Objectivos	Acções de enfermagem	Fim
20/09	<b>Higiene e Vestuário</b> Incapacidade em realizar a higiene pessoal e vestuário de forma autónoma	Promover realização da actividade; Promover Conforto; Diminuir o grau de dependência	-Banho em c.b. com AT -AT cuidados parciais higiene -AT vest. cintura para cima -AT vest. cintura para baixo - AT no calçado -AT na higiene oral -AT para pentear o cabelo -Ensino/Treino à utente e família	10/10 7/10
7/10 10/10			-AP vest. cintura para cima -AP cuidados parciais de higiene	

Início	Problemas	Objectivos	Acções de enfermagem	Fim
19/02	<b>Eliminação</b>  Incapacidade em realizar a actividade de forma autónoma	Promover padrão de eliminação adequado e diminuir o grau de dependência	-AT na transferência para a sanita -AT para colocação da arrastadeira, quando se encontra no leito -AT na colocação de fralda -AT na eliminação >6xdia -Ensino de estratégias para controlo dos esfíncteres	

Início	Problemas	Objectivos	Acções de enfermagem	Fim
20/10	<b>Movimentar-se</b>  Hemiparésia esq:  MSE ↓ da força musc., espasticidade grau 1  MIE com movimentos activos ao nível da coxa-femural e joelho  Força grau 3  Ausência de mov activos na tibio-társico e dedos	Manter amplitudes articulares;  Manter a força muscular;  ↓ padrão espástico  Prevenir limitações osteo-articulares  Promover independência;	-Tala pneumática MS esq. -MP/AT no MS esq.  - Mobilizações AA/AT no MI esq.  Excepto na tibio-társica e dedos MP/AT  Actividades terapêuticas: Ponte, rolar, gancho	

Início	Problemas	Objectivos	Acções de enfermagem	Fim
13/03	<b>Movimentar-se</b> Incapacidade para se transferir e alternar decúbitos	Promover conforto, diminuir o grau de dependência	-AT nas transferências -AT nas alternâncias de decúbito  -Ensino utente/família da técnica de transferência e alternância dec	
13/03	Equilíbrio estático e dinâmico deficitário na posição de pé	Promover equilíbrio	-Posição de pé em SF -Treino de equilíbrio em pé	

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ▶ A Sra. J.P. tem apresentado uma **Evolução Positiva**
- ▶ Apresenta dificuldade na concentração, dispersando-se, no entanto com orientação do Enfermeiro de Reabilitação colabora nas actividades, mostrando-se motivada.



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envolver a família/cuidadores informais

Preparação da alta precoce



## CONCLUSÃO

A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação melhora o nível de independência nas AVD da pessoa com sequelas de AVC



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

•HOEMAN, Shirley. (2000) – Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e processo. Lisboa: Lusodidacta

•NETO, Alcindo. (2002) - **Acidente vascular cerebral** - . [Em linha]. [Consultado a 2010.10.12]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.medstudentes.com.br/neuro/neuro8.htm>

•PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares**. Lisboa, 2003. [Em linha]. [Consultado a 2010.10.12]. Disponível em WWW: <URL: [http:// www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005644.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005644.pdf)

•PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. **Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral - Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares**. Lisboa: MS, 2007.

Anexo III – Acção de formação: “*Treino de vestuário na pessoa com AVC*”



# *Treino de Vestuário na pessoa com AVC*

**Elaborado por:**  
**Christelle Sousa**

*Fevereiro de 2011*

**Orientadores:**

**Enf.º Especialista Victor Lopes**

**Prof. José Lourenço**



**Treino de Vestuário na pessoa com AVC**

## **VESTUÁRIO**

### **Preferências e estilo de cada pessoa**

Largo, elástico, confortável e prático

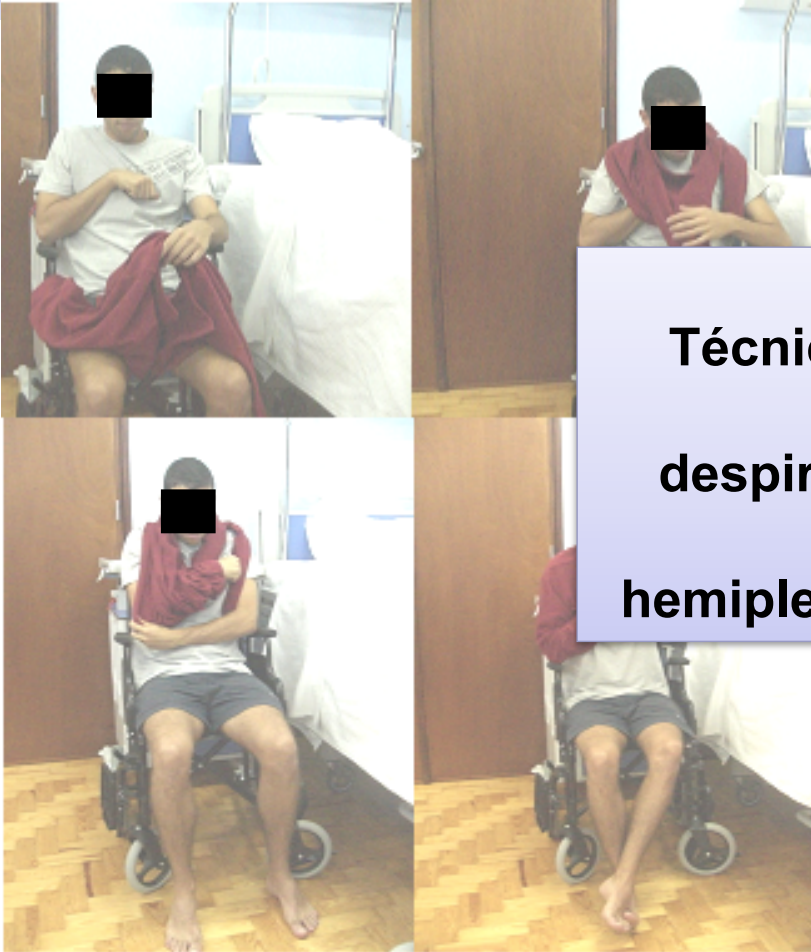
Botões grandes

Velcro

Calças elástico na cintura

Sapatos que se adaptem bem ao pé e permitam  
estabilidade





**Técnicas de vestir e  
despir a pessoa com  
hemiplegia/hemiparésia**

## **TÉCNICA DE VESTIR SOUTIEN - FECHADO**



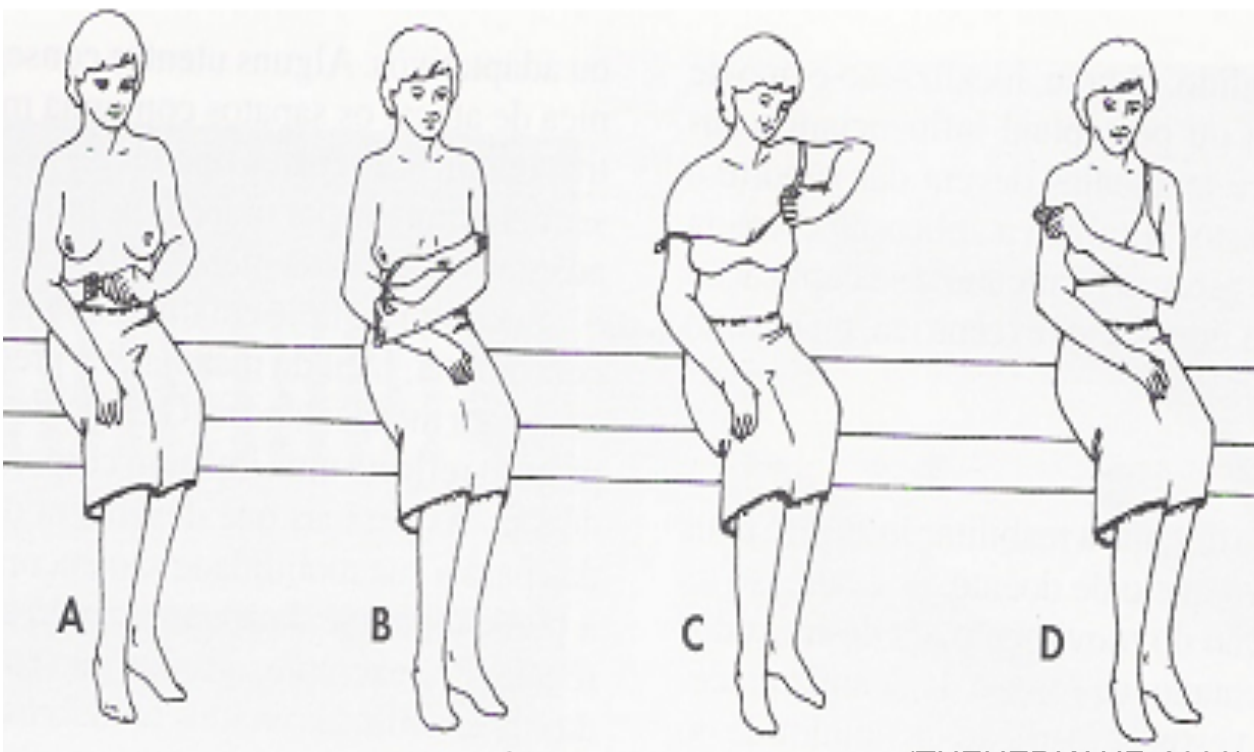
1. Colocar o soutien fechado pela cabeça até à região abdominal

## TÉCNICA DE VESTIR SOUTIEN - FECHADO



2. Usar a mão não afectada para colocar o membro superior afectado na alça
3. Inserir o membro superior não afectado na respectiva alça

## TÉCNICA DE VESTIR SOUTIEN - ABERTO



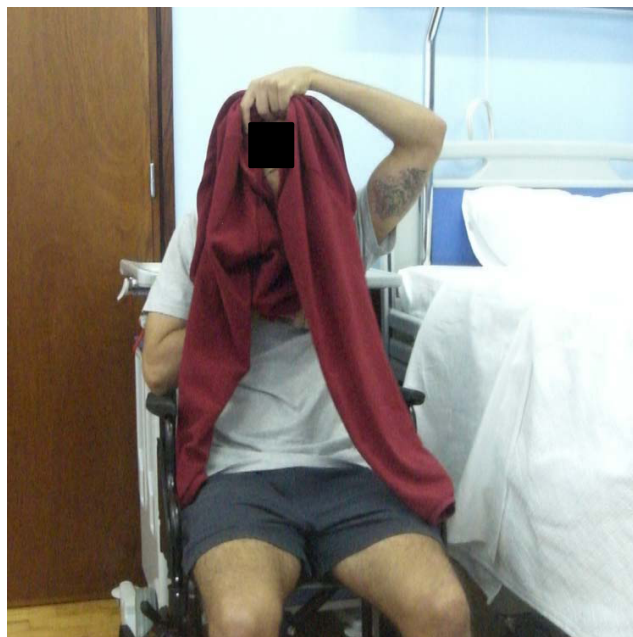
(THEUERKAUF, 2000)

## TÉCNICA DE VESTIR CAMISOLA



1. Colocar a camisola sobre as coxas ;com a mão não afectada, agarrando pela parte posterior, juntar o cós à gola

## TÉCNICA DE VESTIR CAMISOLA



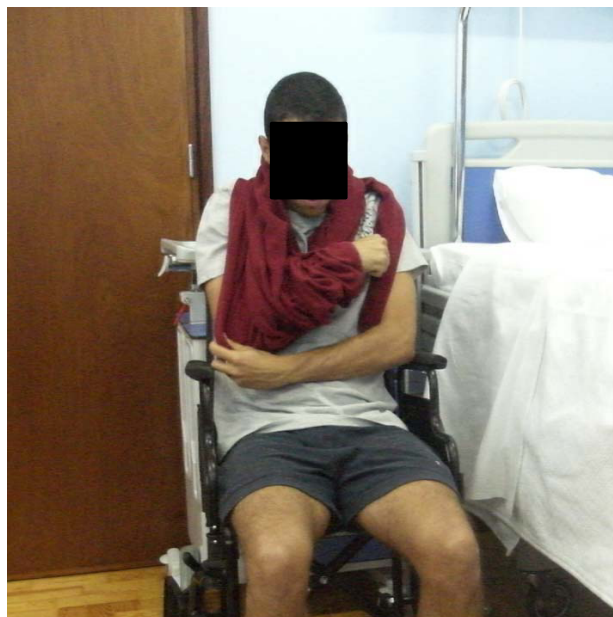
2. Introduzir a cabeça na gola com a mão não afectada

## TÉCNICA DE VESTIR CAMISOLA



3. Rodar a camisola de forma a posicionar o buraco da manga do membro afectado na linha média anterior do corpo

## TÉCNICA DE VESTIR CAMISOLA



4. Com a mão não afectada introduzir a mão afectada na manga, puxar a manga até chegar ao ombro

## TÉCNICA DE VESTIR CAMISOLA



5. Introduzir o membro não afectado na respectiva manga

## TÉCNICA DE VESTIR CAMISOLA



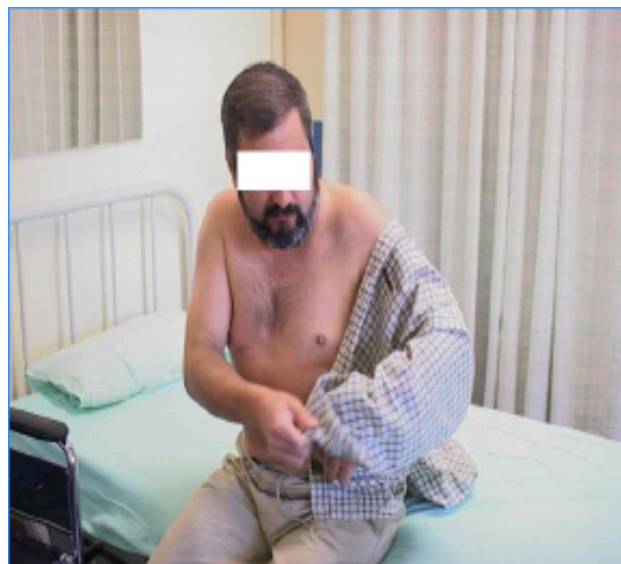
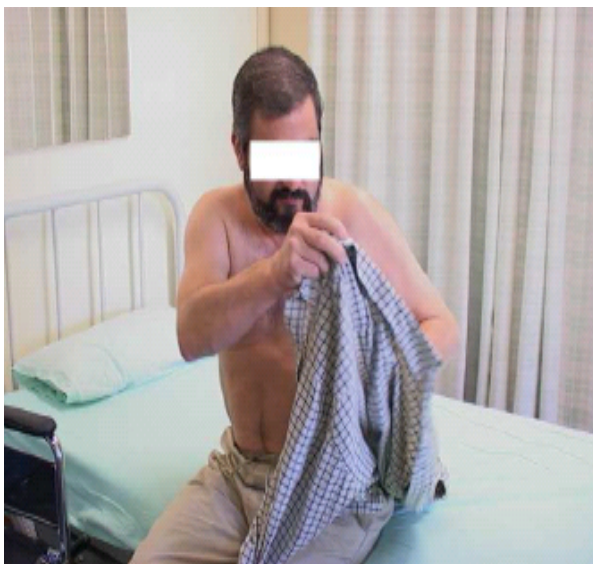
6. Ajeitar a camisola anterior e posteriormente.

## TÉCNICA DE DESPIR CAMISOLA

1. Com a mão não afectada agarrar na região posterior da gola;
2. Puxar a camisola para cima e para a frente despindo-a;
3. Despir o membro superior não afectado;
4. Com a mão não afectada despir o membro afectado.



## TÉCNICA DE VESTIR CAMISA



1. Com a mão não afectada introduzir a mão afectada na manga, puxar a manga até chegar ao ombro

## TÉCNICA DE VESTIR CAMISA



2. Agarrar o colarinho com a mão não afectada por trás da cabeça e puxar para o lado não afectado
3. Introduzir a mão não afectada na manga respectiva. Abotoar.

## TÉCNICA DE DESPIR CAMISA ABERTA

1. Com a mão não afectada desabotoar os botões;
2. Com a mão não afectada retirar a do ombro de forma a despir superior não afectado;
3. Pegar pelo colarinho, na região posterior, afastar a camisa para o lado afectado;
4. Com a mão não afectada despir o membro superior afectado.



## TÉCNICA DE VESTIR CALÇAS



1. Cruzar a perna afectada sobre a não afectada

## TÉCNICA DE VESTIR CALÇAS



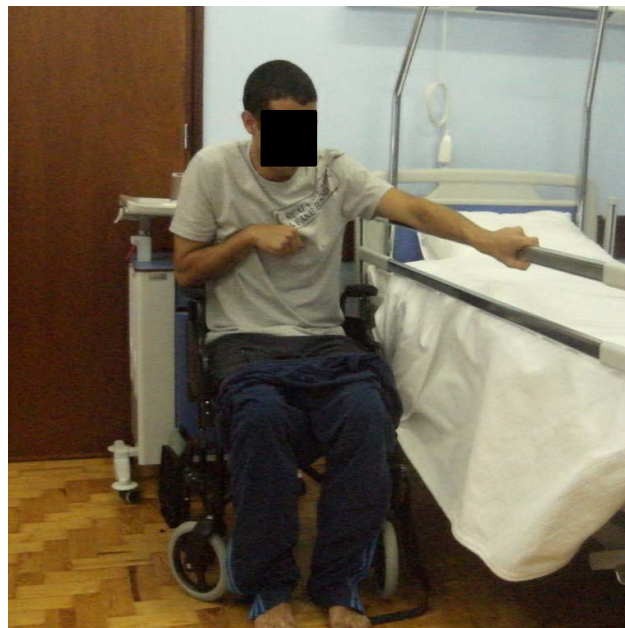
2. Com a mão não afectada colocar a calça primeiro na perna afectada até ao joelho

## TÉCNICA DE VESTIR CALÇAS



3. Colocar a calça na perna não afectada

## TÉCNICA DE VESTIR CALÇAS



4. Puxa as calças o mais para cima possível

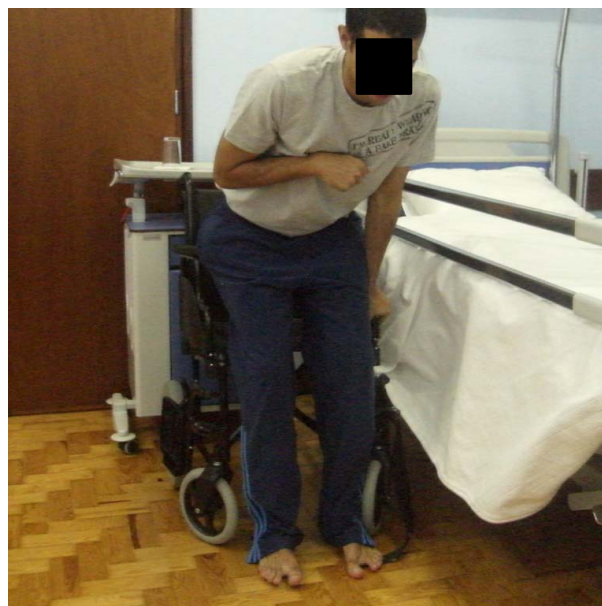
5. Adota a posição de pé (calçado ou descalço sem meias)

## TÉCNICA DE VESTIR CALÇAS



6. Puxa as calças usando a mão não afectada

## TÉCNICA DE VESTIR CALÇAS



7. Abotoar as calças ou puxar o fecho na posição de sentado

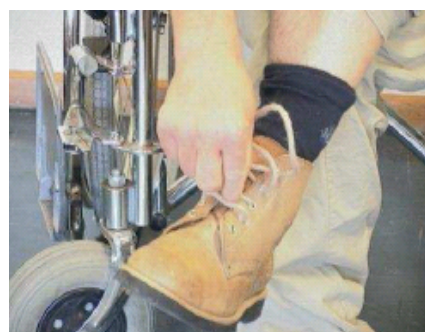
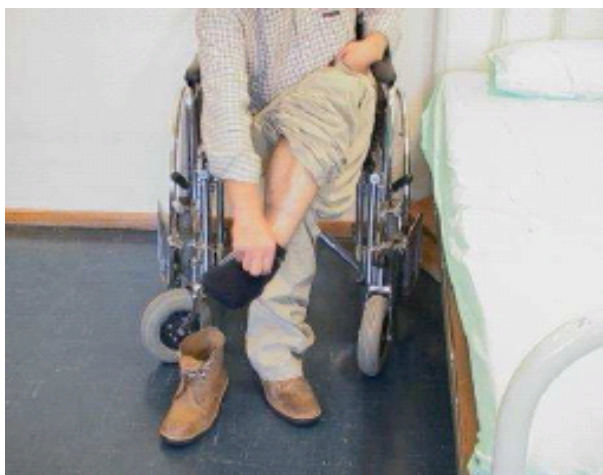
## TÉCNICA DE DESPIR CALÇAS

1. Desapertar o cinto/fecho ou botão com a mão não afectada;
2. Adoptar posição de pé para baixar as calças;
3. Sentado, retirar a calça da perna não afectada;
4. Cruzar a perna e retirar a calça da perna afectada.



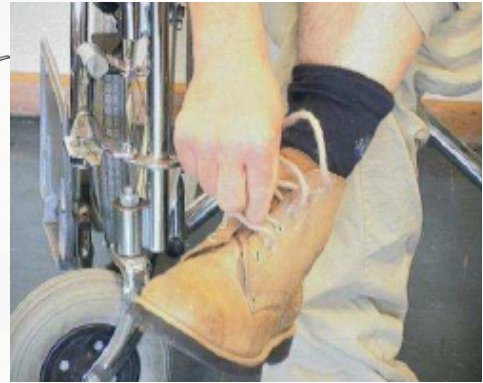
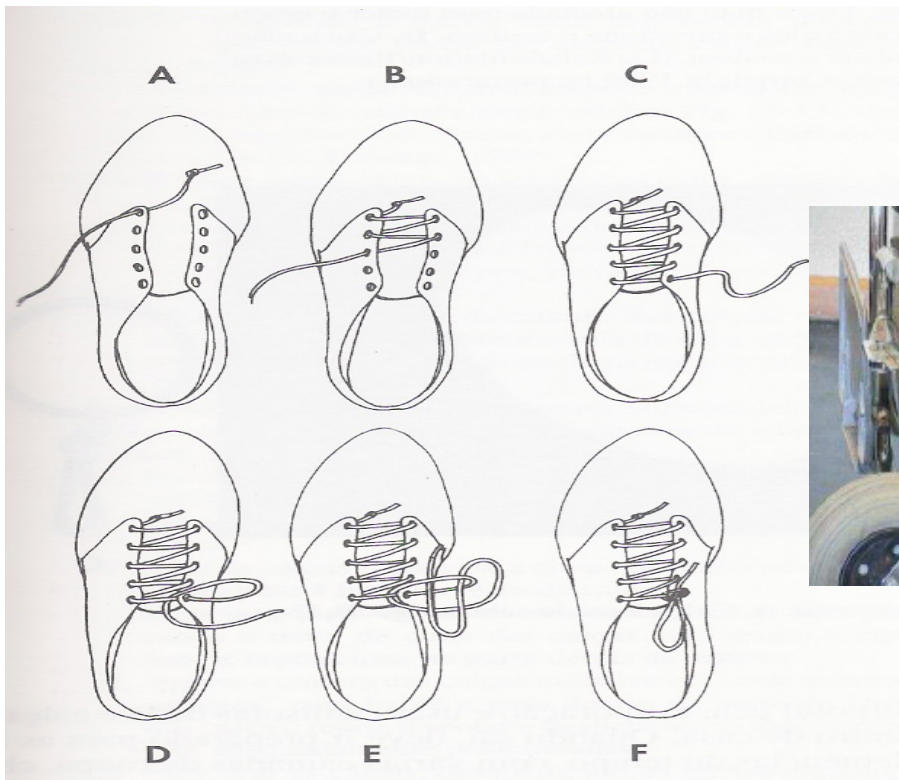
*Se o utente não tem bom equilíbrio é preferível vestir ou despir as calças deitado na cama, para conseguir realiza o exercício da ponte*

## TÉCNICA DE VESTIR MEIAS E SAPATOS



1. Cruzar as pernas. A meia é mantida aberta com o polegar e os dedos indicador e médio da mão não afectada;
2. Introduzir a meia e o sapato com a mão não afectada;

## ATACADORES - SAPATOS



(THEUERKAUF, 2000)

Enfermeiro de  
Reabilitação

Família  
Cuidadores

Equipa de  
Enfermagem



Melhor funcionalidade no desempenho  
Maior independência  
Melhor auto estima

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOBATH, Berta. (2001) - **Hemiplegia em adultos: Avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole.
- HESBEEN, Walter. (2001) - **A reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência.
- THEUERKAUF, Anaise. (2000) - **Autocuidado e actividades da vida diária**. In HOEMAN, Shirley P. **Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo**. (2ª Ed.). (pp173-207). Loures: Lusociência.
- OREM, Dorothea. (1993) - **Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica**. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas SA.
- PERRY, Anne; POTTER, Patricia. (2006) - **Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos**. (5ªed.). Loures: Lusodidacta.

Anexo IV – Critérios de inclusão/exclusão para a selecção dos artigos



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

<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>
Incluídos artigos publicados entre 2001 e 2011 (inclusive).	Excluídos artigos publicados antes de 2001 (não inclusive).
Incluídos artigos publicados que incluam indivíduos de ambos os sexos, vítimas de AVC, dependentes nas actividades de vida.	Excluídos artigos publicados que incluam indivíduos que não sofreram AVC, ou que sofreram AVC e são independentes na realização das actividades de vida.
Incluídos artigos publicados cuja população alvo seja o cuidador informal da pessoa com AVC.	Excluídos artigos publicados cuja população alvo não seja o cuidador informal, ou seja o cuidador informal de pessoas com outras patologias que não o AVC.
Incluídos artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos com idades a partir dos 19 anos de idade.	Excluídos artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos com menos de 18 anos de idade.
Incluídos artigos publicados que abordem a enfermagem.	Excluídos artigos publicados que não abordem a enfermagem.



Anexo V - Resultado da pesquisa de artigos, segundo os diferentes descritores



Tabela nº 6 – Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em *full text*, publicados entre 2001 e 2011, para cada descritor.

<b>DESCRITORES</b>	<b>EBSCOhost CINAHL Plus MEDLINE</b>
Nursing	82432 Artigos
Rehabilitation	23329 Artigos
Homecoming preparation	0 Artigos
Discharge planning	350 Artigos
Activities of Daily Living	11282 artigos
Stroke	14255 Artigos
Caregivers	6829 Artigos

Tabela nº 7 – Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em *full text*, publicados entre 2001 e 2011, resultantes do cruzamento entre descritores

<b>DESCRITORES</b>	<b>EBSCOhost</b> CINAHL Plus MEDLINE
Rehabilitation <b>and</b> Discharge planning <b>and</b> Stroke <b>and</b> Caregivers	6 Artigos
Rehabilitation <b>and</b> Discharge planning <b>and</b> Caregivers <b>and</b> Activities of Daily Living	3 Artigos
Rehabilitation <b>and</b> Discharge planning <b>and</b> Stroke <b>and</b> Activities of Daily Living	6 Artigos
Rehabilitation <b>and</b> Stroke <b>and</b> Caregivers <b>and</b> Activities of Daily Living	40 Artigos
Discharge planning <b>and</b> Stroke <b>and</b> Caregivers <b>and</b> Activities of Daily Living	4 Artigos
<b>Total</b>	<b>59 Artigos</b>

Anexo VI – Níveis de Evidência



Tabela nº 8 – Níveis de Evidencia

Level I:	Evidence from a systematic review or meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs
Level II:	Evidence obtained from a least one well-designed RCT
Level III:	Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization
Level IV:	Evidence from well-designed case-control and cohort studies
Level V:	Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies
Level VI:	Evidence from a single descriptive or qualitative study
Level VII:	Evidence from the opinion of authorities and/or reports of expert committees

Rating System for the Hierarchy of Evidence (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005)

